

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS Y NIVELES DE RIESGO  
DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
DE DISTINTAS CARRERAS PROFESIONALES**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Presentada por las Bachilleres:**

**Angella Lucía Colonna Sotomayor  
Katherine Gloria La Torre Cayetano**

**Asesor:**

**Dr. Héctor Hugo Sánchez Carlessi**

**Lima – Perú  
2020**



## Dedicatoria de Lucía Colonna Sotomayor

A mi papá, Miguel Ángel, mi mayor modelo a seguir, ejemplo de fortaleza, honor y perseverancia. Tu amor y recuerdos, los llevo siempre conmigo, en cada paso que doy y en cada logro que alcance. Por darme lo mejor de ti, te dedicaré siempre lo mejor de mí.

A mi mamá Angella y mi hermano Mac, por acompañarme durante toda mi etapa universitaria y proceso de elaboración de tesis. Por alcanzar grandes logros en sus campos y motivarme a seguir sus pasos.

A mi abuela Susana, a mis tías Lola, Yésica, Roxana y Elena, a mi tío Martín y mis primos Ariam, Joshua, Luisa, Marcolino, Carla, Mayra y Fabiana. Mi amada familia. Por su inmenso cariño y apoyo, a lo largo de mi vida.

A las personas más leales que he conocido, Jonathan Bendezú, Fiorella Flores, Mireya Maldonado y Ricardo Quevedo. Por apoyarme, quererme y motivarme siempre. Por darme fuerzas y hacer mi vida más bonita. Hacen de este mundo, un lugar mejor.

## **Dedicatoria de Katherine La Torre Cayetano**

A Misolina Ysla Reyes, mi mamá-abuelita, por haberme educado con disciplina, constancia y aspiración al éxito y por siempre haberme motivado a cumplir mis objetivos. Gracias infinitas hasta el cielo querida mamita.

A Godofredo La Torre Gastelú, mi amado padre, quien fuera pieza fundamental de mi autodeterminación, por apreciar cada pequeño logro de mi vida y por su infinito amor que trasciende el tiempo, el espacio y lo físico.

A Gloria Cayetano Ysla, mi apreciada y admirada mamá, y Karla la Torre Cayetano, mi hermana mayor y mejor amiga, por su apoyo incondicional y guía en cada momento de mi vida, por ser desde siempre mis dos modelos a seguir y por inspirarme y motivarme a dar siempre lo mejor de mí y servir a los demás. Gracias por ser la luz que guía y acompaña mi camino. Me siento en deuda con la vida por haberlas puesto a mi lado.

## Agradecimientos

Agradecemos a nuestro querido asesor, el Dr. Héctor Hugo Sánchez Carlessi, por su paciencia, entrega y compromiso con nuestro proyecto y por impulsarnos a trabajar por y para el desarrollo científico de la psicología.

A nuestros estimados docentes, Dr. William Torres, Dra. Ana María Montero, Mag. Carlos Reyes, Mag. Carmen Segura, Mag. Ana María Cossío, Mag. Carlos Gutiérrez, Dra. Liliana Pando, Mag. Doris Woolcott, Dr. Carlos Yañez, Dra. Maria del Carmen Espinoza, Dra. Natividad Espíritu y el Dr. Ernesto Manfredi, por su valiosa contribución en nuestra formación profesional y para el desarrollo de esta tesis.

A nuestros mentores, Mag. Wendy Flores, Mag. María Belén Rodríguez, Mag. Francisca Ruiz y el Lic. César Morales, por enseñarnos mediante su ejemplo, el honor de ejercer nuestra profesión con ética y pasión.

A los docentes de nuestra casa de estudio, que nos apoyaron abriéndonos las puertas de sus aulas, para el desarrollo de nuestra investigación.



## Introducción

Actualmente el consumo de sustancias psicoactivas representa una realidad alarmante, siendo el alcohol una de las sustancias mayormente consumidas. Esta problemática no solo afecta al individuo, sino que repercute negativamente en las esferas en las que se desenvuelve tales como la familiar, social, laboral y educativa.

A nivel global, en la población juvenil, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol se encuentra en su punto máximo en el rango de edades entre los 20 a 24 años, cuyo consumo es evidentemente mayor en comparación con la población total. Cabe mencionar que, al realizar comparaciones de acuerdo al sexo, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es más elevada en los hombres (OPS, 2019).

Respecto a la realidad nacional, en el Perú, la tasa de estudiantes universitarios exhibe un consumo riesgoso o perjudicial en un 20.5%. En cuanto a los consumidores recientes de alcohol, un 8,9% indicó síntomas de dependencia alcohólica de acuerdo con el estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017).

Tomando en consideración los puntos previamente expuestos, la presente investigación eligió como población de estudio a los jóvenes varones, estudiantes de una universidad privada de Santiago de Surco, con el fin de examinar las características psicopatológicas de la personalidad que puedan presentar y el nivel de riesgo de consumo de alcohol en el que se encuentran. De esta manera, se busca comprender la relación existente entre las manifestaciones psicopatológicas de los no consumidores y consumidores de alcohol.

Esta investigación está compuesta por 6 capítulos. El primero de ellos consta del planteamiento del estudio, formulando el problema de investigación, expresando la importancia y justificación del estudio y estableciendo los objetivos y limitaciones que se hayan tenido al momento de realizarlo.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico. Esto abarca distintas bases teórico-científicas del estudio, incluyendo también el marco histórico, algunas investigaciones relacionadas con las variables de estudio de la presente investigación y concluyendo con la definición de términos básicos.

El tercer capítulo se presenta en función de las hipótesis y variables del estudio, tomando en cuenta los supuestos científicos en los que se basa la investigación.

En el cuarto capítulo se expone el método que se usó para este estudio. Inicialmente, se expone el diseño de investigación, seguidamente se señala la población de estudio, la muestra de investigación, los procedimientos utilizados para la recolección de los datos y finalmente las técnicas relacionadas al procesamiento y análisis de estos.

El capítulo cinco está compuesto por los resultados en función a los objetivos generales y específicos. Estos resultados se presentan en tablas cuyo contenido indica el análisis de los datos y concluyendo en la discusión de dichos resultados.

Finalmente, el capítulo seis se compone por las conclusiones generales y específicas de la investigación, seguidas de algunas recomendaciones para futuros trabajos de investigación y culminando con el resumen de la investigación con los términos claves correspondientes.



## Índice

|   |     |
|---|-----|
| Dedicatoria de Lucía Colonna Sotomayor .....                    | iii |
| Dedicatoria de Katherine La Torre Cayetano.....                 | iv  |
| Agradecimientos.....  | v   |
| Introducción .....  | vii |
| Índice.....   | ix  |
| Índice de tablas.....   | xi  |
| CAPÍTULO I.....   | 1   |
| PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO .....                                 | 1   |
| 1.1. Formulación del problema .....                             | 1   |
| 1.2. Objetivos .....  | 2   |
| 1.2.1. Objetivo general .....                                   | 2   |
| 1.2.2. Objetivos específicos.....                               | 3   |
| 1.3. Importancia y justificación del estudio .....              | 3   |
| 1.4. Limitaciones del estudio.....                              | 4   |
| CAPÍTULO II .....   | 5   |
| MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL .....                                  | 5   |
| 2.1. Marco Histórico.....                                       | 5   |
| 2.1.1. Consumo de alcohol .....                                 | 5   |
| 2.1.2. Psicopatología de la personalidad .....                  | 7   |
| 2.2. Investigaciones relacionadas con el tema.....              | 9   |
| 2.2.1. Investigaciones nacionales .....                         | 9   |
| 2.2.2. Investigaciones internacionales.....                     | 11  |
| 2.3. Bases teórico-científicas del estudio .....                | 16  |
| 2.3.1. Características psicopatológicas.....                    | 16  |
| 2.3.2 Drogas y Adicciones .....                                 | 38  |
| 2.3.4 Psicopatología del alcoholismo .....                      | 55  |
| 2.4. Definición de términos básicos .....                       | 62  |
| CAPÍTULO III .....  | 63  |
| HIPÓTESIS Y VARIABLES.....                                      | 63  |
| 3.1. Supuestos científicos .....                                | 63  |
| 3.2. Hipótesis.....   | 63  |
| 3.2.1. General .....  | 63  |
| 3.2.2. Específicas.....   | 63  |
| 3.3. Variables de estudio .....                                 | 64  |
| 3.3.1. Características psicopatológicas de la personalidad..... | 65  |

|   |     |
|---|-----|
| 3.3.2. Niveles de riesgo del consumo de alcohol .....     | 66  |
| CAPÍTULO IV .....   | 68  |
| MÉTODO .....  | 68  |
| 4.1. Diseño de investigación .....                        | 68  |
| 4.2. Población de estudio.....                            | 69  |
| 4.3. Muestra de investigación o participantes .....       | 69  |
| 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 71  |
| 4.5. Procedimiento para la recolección de datos .....     | 75  |
| 4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....  | 75  |
| CAPÍTULO V .....  | 77  |
| RESULTADOS .....  | 77  |
| 5.1. Presentación de datos .....                          | 77  |
| 5.2. Análisis de datos.....                               | 79  |
| 5.3. Análisis y discusión de resultados.....              | 91  |
| CAPÍTULO VI.....  | 99  |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....                      | 99  |
| 6.1. Conclusiones .....                                   | 99  |
| 6.2. Recomendaciones.....                                 | 100 |
| 6.3. Resumen. Términos clave .....                        | 102 |
| 6.4. Abstract. Keywords.....                              | 103 |
| Referencias .....   | 104 |
| Anexo A: Consentimiento informado .....                   | 114 |
| Anexo B: Test de Personalidad .....                       | 115 |
| Anexo C: Cuestionario sobre el consumo de alcohol.....    | 117 |

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables demográficas de la muestra de estudiantes universitarios (N=80).....  | 70 |
| Tabla 2 Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes según el nivel de riesgo de consumo de alcohol.....   | 77 |
| Tabla 3 Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes por grupos .....  | 78 |
| Tabla 4 Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes por ciclos.....   | 78 |
| Tabla 5 Distribución de frecuencias y porcentajes por carreras.....  | 79 |
| Tabla 6 Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones generales de los rasgos psicopatológicos en estudiantes de distintas carreras de una universidad privada de Santiago de Surco..... | 80 |
| Tabla 7 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico de depresión de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.....  | 81 |
| Tabla 8 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de depresión .....   | 81 |
| Tabla 9 Comparación del rasgo del rasgo psicopatológico Desviación Psicopática entre los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol utilizando la prueba t de Student.....       | 82 |
| Tabla 10 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de desviación psicopática.....  | 82 |
| Tabla 11 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Esquizofrenia de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.....  | 83 |
| Tabla 12 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de esquizofrenia .....  | 84 |

|   |    |
|---|----|
| Tabla 13 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico hipocondría de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.....                           | 84 |
| Tabla 14 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de hipocondría.....  | 85 |
| Tabla 15 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Hipomanía de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.....                             | 85 |
| Tabla 16 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de hipomanía .....   | 86 |
| Tabla 17 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Histeria de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol .....                             | 87 |
| Tabla 18 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de histeria  | 87 |
| Tabla 19 Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Paranoia de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol .....                             | 88 |
| Tabla 20 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de paranoia .....  | 88 |
| Tabla 21 Comparación del rasgo del rasgo psicopatológico Psicastenia entre los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol utilizando la prueba t de Student | 89 |
| Tabla 22 Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de psicastenia .....   | 90 |
| Tabla 23 Comparación de las categorías de los rasgos psicopatológicos entre los no consumidores y los consumidores de alcohol .....   | 90 |

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

### 1.1. Formulación del problema

En la actualidad existe una realidad alarmante con respecto a la ingesta de sustancias psicoactivas, siendo el alcohol una de las más comúnmente ingeridas a nivel global. Cabe precisar, que el consumo de esta sustancia etílica es particularmente alarmante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es superior al promedio; asimismo, debido a que existen evidencias recientes del aumento del consumo excesivo. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015; Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019).

El consumo exacerbado o problemático del alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001, citado por OEA, 2019) puede repercutir en múltiples dificultades sociales, de salud y económicas, e incluso, acortar la vida útil y aumentar la mortalidad por accidentes relacionados a la ingesta de alcohol. En adición a ello, la OPS (2019) resalta que existen evidencias de que el uso nocivo de alcohol contribuye a la carga de enfermedades infecciosas como la producida por el VIH, las hepatitis virales, la tuberculosis y también las infecciones de transmisión sexual. Además, el consumo nocivo de alcohol genera más del 5% de la carga mundial de morbilidad.

Con respecto a la población de jóvenes, a nivel mundial, los episodios de consumo excesivo de alcohol ocurren con una mayor frecuencia a la edad de 20 a 24 años, siendo el consumo notoriamente mayor que en la población total. Los jóvenes consumidores de alcohol, de 15 a 24 años, con frecuencia beben en circunstancias de consumo excesivo. Al establecer comparaciones según el sexo, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres (OPS, 2019).

En el Perú, la tasa de estudiantes universitarios que presentan un consumo riesgoso o perjudicial es de un 20.5%. Asimismo, en cuanto a los consumidores recientes de alcohol, un 8,9% evidenció signos de dependencia alcohólica según el estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017).

Respecto a las implicancias en la salud mental de los individuos, la evidencia científica detalla que una ingesta de alcohol de alto riesgo podría generar ansiedad, trastornos del estado de ánimo, personalidad antisocial, además de trastornos relacionados a sustancias. Incluso existe data que indica que quienes padecen de trastornos relacionados con el alcohol pueden presentar una tasa sustancialmente elevada en suicidios en comparación con la población general (Sadock, Sadock, y Ruiz, 2015). Por las razones expuestas, la presente investigación cuestiona lo siguiente:

¿Existen diferencias en la presencia de indicadores psicopatológicos de la personalidad entre los estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol que estudian a una universidad privada de Santiago de Surco?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general**

**O1:** Determinar y comparar los indicadores psicopatológicos de Depresión, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Hipocondría, Hipomanía, Histeria, Paranoia y Psicastenia; entre *no consumidores de alcohol* y *consumidores de alcohol*, que estudian en una universidad privada de Santiago de Surco.

### 1.2.2. Objetivos específicos

**O2:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *depresión* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O3:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *desviación psicopática* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O4:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *esquizofrenia* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O5:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *hipocondría* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O6:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *hipomanía* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O7:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *histeria* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O8:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *paranoia* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

**O9:** Comparar los indicadores psicopatológicos de *psicastenia* en estudiantes universitarios, no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol.

### 1.3. Importancia y justificación del estudio

La importancia del presente estudio se debe a que permite comprender la manera en que permutan las manifestaciones psicopatológicas de los no consumidores y consumidores de alcohol, tomando en cuenta a estudiantes universitarios varones.

Otro aspecto por destacar es que la realización investigación está dirigida a aportar un conocimiento más amplio sobre esta problemática social relacionada al consumo elevado

del alcohol que afecta no solo al individuo, sino en las esferas en las que se desenvuelve tales como la familiar, social, laboral y educativa. Es más, se examina esta temática, en participantes que serán los futuros profesionales y un futuro cercano tendrán la tarea de tomar decisiones trascendentales en el desarrollo de la sociedad, con implicancias para las políticas públicas y sociales.

Por lo señalado, se puede expresar que la justificación estaría basada en el hecho de recoger información sobre participantes que tomarán funciones de liderazgo en una sociedad cada vez más exigente, debido entre otros factores, al acelerado desarrollo del conocimiento actual.

Con respecto a la justificación de la presente investigación, esta se desarrolla ante el hecho de que actualmente en nuestro contexto sociocultural, el Perú, pese encontrarse datos sobre la epidemiología del consumo de alcohol; se han realizado recientemente pocos estudios referidos propiamente al impacto psicopatológico del consumo del alcohol en estudiantes universitarios.

#### **1.4. Limitaciones del estudio**

Una limitación de carácter metodológico en el presente estudio es la generalización de resultados, pues siendo el tamaño de la muestra conformado por 80 participantes, no podrían ser generalizables. Por tanto, la información recogida solo es válida para la muestra de investigación.

Otra limitación fue que no todos los participantes evidenciaron una disposición favorable respecto a la evaluación, por lo que se tuvo que eliminar aquellas evaluaciones cuyos perfiles denotaron escasa sinceridad y tendencia a la deseabilidad social.

Asimismo, se presentó la dificultad de encontrar aulas de clase que cuenten con la disposición y tiempo de completar ambos cuestionarios necesarios para la investigación.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

#### 2.1. Marco Histórico

##### 2.1.1. Consumo de alcohol

Desde el período Paleolítico, existen pruebas evidentes del consumo de sustancias con efectos embriagantes, no obstante, existe escasa información acerca de los hábitos de consumo, en cuanto a la frecuencia y los propósitos, precisa Kontxi (2001). El registro de la primera toxicomanía, vinculada a un producto alcohólico derivado de la fermentación de la cebada, proviene del periodo Neolítico. En la cultura griega se introdujo el cultivo de La Vid, pero fue la cultura romana la encargada de extenderlo, contexto en el que se halló una de las primeras evidencias de toxicomanía masificada asociada al consumo de vino debido a que se aplicaba en la refinada gastronomía del imperio, así como sus efectos lúdicos.

El decaimiento del cultivo del viñedo ocurre con los visigodos, de esa forma prolifera el uso de la cerveza. Con relación a la actitud de la iglesia romana cristiana, se puede reflejar en los concilios anteriores al siglo IX, que existe una oposición al consumo tanto de vino como de cerveza. En el mundo árabe, al encontrar viñedos optaron por eliminarlos por completo, desaparece la cerveza. A lo largo del Medioevo, la Península se caracterizó por ser un espacio geográfico totalmente abstemio (Kontxi, 2001).

En los siglos XVI, XVII y buena parte del XVIII, según señala Kontxi (2001), la superficie vitivinícola aún es muy pequeña, se usó el alcohol para complementar las comidas. Durante el reinado de Felipe II, se empieza a hablar del valor nutricional y el uso en tratamientos del vino, en 100 textos dicha etapa de la historia hace hincapié en la práctica de la sobriedad como parte de un hábito social. Fue a partir de la mitad del siglo XVIII, que empezó a cambiar la situación del alcohol, tornándose su consumo con fines embriagantes,

pero la connotación de su función anterior hizo un papel de para justificar ideológicamente su consumo.

El uso del alcohol era más alto en el territorio europeo. En el siglo XVII, se produjo un vino estable, el cual se logró conservar por varios años y transportar en botellas o toneles sin que este se eche a perder, lo cual provocó la apertura de un mercado europeo de alcohol. Fueron los holandeses, según describe Kontxi, 2001, quienes popularizaron el aguardiente, al idear un sistema de producción y distribución especialmente a las colonias ultramarinas, de esa manera se expandió la intoxicación alcohólica al resto de culturas del mundo.

A principios del siglo XIX, resulta ser bastante notoria la transición de una situación en la que preponderaba la abstinencia a un consumo generalizado y expansivo. Por lo que, según lo que menciona Kontxi, 2001, ocurre la institucionalización del alcoholismo que compite con el tabaquismo, como la sustancia tóxica social más consumida. Desde el término del siglo XVIII hasta 1860, se percibe la coexistencia de 2 pautas de consumo de alcohol: La tradicional "alimenticia", que por lo general no se convertía en una dependencia alcohólica, y la moderna, en la que el alcohol es utilizado en medios urbanos y proletarios con el fin de escapar de una realidad insoportable, la cual se constata en las altas cargas laborales.

Entre la población occidental del siglo XIX, refieren Pons y Berjano. (1999), se resalta gran magnitud el consumo de bebidas alcohólicas a forma de droga, es decir, para fines embriagantes, desinhibidores y ansiolíticos. En este periodo, se empieza a referir al alcoholismo como un problema social y sociosanitario de crucial importancia. Surgen, entonces, las denominadas campañas redentoras de este mal social por parte de diversas instancias de las iglesias predominantes de la época en occidente, la católica y la protestante. Cabe mencionar, que en un principio se intentó abordar la problemática del alcoholismo de una forma cargada de consideraciones religiosas y morales.

Desde el inicio del siglo XX, surge la imposición de un modelo científico médico que aborda la problemática con mayor objetividad. Durante este periodo, debido a intereses claramente comerciales, se promueve nuevamente la alcoholización Universal. En las sociedades industrializadas, señalan Pons y Berjano (1999), la manera de vivir durante fines del siglo XX se asocia a factores de tensión y competitividad, los mismos que dan paso a una creciente demanda de alcohol, propia de la llamada sociedad del consumismo.

### **2.1.2. Psicopatología de la personalidad**

Salaverry (2012) plantea que la noción de enfermedad mental aparece en el periodo grecorromano. Le atribuye una explicación demonológica, la cual abarcó el campo de las conceptualizaciones sobre la locura como consecuencia de la posesión de espíritus que los dioses enviaban. Además, durante este periodo, en el Perú, en el Mediterráneo oriental y en el norte de África, se emplearon técnicas como trepanaciones craneanas y el chamanismo, con el objetivo de liberar de espíritus malignos a las personas afectadas. Mientras que, en Babilonia y Jerusalén, la enfermedad mental es considerada una consecuencia para los pecadores y los sacerdotes aparecen como curanderos.

Durante el periodo de la Edad Media, Alberto el Grande y Tomás de Aquino perciben la locura como una enfermedad causada por pasiones que se interponen con el uso adecuado de la razón, o de un aparato físico que se encontraba intoxicado, plantea Salaverry (2012). Otra concepción que se tuvo en la Edad Media fue atribuir la enfermedad mental, como causa de obras de Brujería. Mientras que, en la cultura árabe, los médicos consideraron que la locura era provocada por una mezcla de humores o una inflamación cerebral. Surge la teoría de Avicena durante los años 980-1037 d.C., acerca de los cuatro tipos de melancolía: sanguínea, colérica, flemática y natural.

En la época de Alberto Magno, aproximadamente durante el año de 1206, se consideraron los rasgos patológicos como la timidez, arrogancia, resentimiento e impulsividad; como causas de factores somáticos. Según lo que sostiene Salaverry (2012), durante el periodo de Tomás de Aquino, años comprendidos alrededor de 1225, se describió la manía como ira patológica, la psicosis orgánica como pérdida de memoria y la epilepsia.

En la etapa de la edad Moderna, de acuerdo con la información recogida por Salaverry (2012), Johann Weyer (1515), describió la psicosis tóxica, la epilepsia, la psicosis senil, las pesadillas, la histeria, las convicciones delirantes, la paranoia y la depresión. Mientras que Paracelso (entre los 1493 y 1541), con el propósito de establecer cuadros clínicos para la psicosis maníaco depresivo y la personalidad psicopática; planteó que las enfermedades mentales eran una desviación de la normalidad y por eso se precisaba encontrar los factores de origen y los métodos terapéuticos necesarios para que el paciente pueda retomar su estado original de salud. Posteriormente, Griesinger (periodo comprendido entre los años 1817 y 1868) relaciona las enfermedades neurológicas con las mentales, planteando la existencia de lesiones cerebrales específicas que pueden causar cada una de las psicosis. Durante la Edad Contemporánea, en el siglo XIX se correlacionó la constitución física con el tipo de personalidad, temperamento y alteración emocional.

Desde mediados de la década de 1950, la psiquiatría siguió principalmente la corriente psicoanalítica de Freud. En 1956, Erikson plantea las conceptualizaciones de la identidad del Yo, difusión del Yo y crisis de identidad, para argumentar el desarrollo complejo de la personalidad. Por otro lado, cabe mencionar que, gracias al desarrollo psicofarmacológico, los pacientes con enfermedades mentales pudieron llevar una vida más funcional, íntegra y aceptable en las instituciones psiquiátricas (Salaverry 2002).

## **2.2. Investigaciones relacionadas con el tema**

### **2.2.1. Investigaciones nacionales**

Estrada (2019) realizó un estudio con el fin de analizar el vínculo de la depresión con la ingesta de alcohol. Incluyó en su estudio a académicos varones de medicina de la Universidad Privada Ricardo Palma. Para ello, empleó la prueba validada de evaluación de rasgos depresivos de Zung, encontró que el consumo de alcohol y la depresión tienen un vínculo de significatividad. Además, se halló que el Odd Ratio (OR=9.4) para el Consumo de Alcohol establece que existe un 9.444 mayor riesgo de presentar depresión en aquellos universitarios varones que consumen más de una vez por semana alcohol, al ser comparados con quienes consumen alcohol una vez a la semana o menos.

Feliciano (2017) desarrolló una investigación cuyo objetivo fue el conocer la relación entre el balance decisional y los rasgos de personalidad en adultos de Lima Metropolitana. Para tal fin empleó el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) y Cuestionario de Balance Decisional (CBD). La muestra se integró por 209 personas mayores de 18 años. Los resultados no evidenciaron una relación de significatividad entre las variables estudiadas, sin embargo, indicaron una baja relación estadísticamente significativa entre Neuroticismo-Ansiedad, Impulsividad-Búsqueda de sensaciones y Agresión-Hostilidad con la percepción de ventajas con relación al consumo del alcohol. También se encontraron distinciones en cuanto al género, siendo las mujeres las que presentaron mayor impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Aramburú (2017) se propuso analizar el vínculo entre el sentido de vida y el consumo problemático de alcohol en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana. Para ese fin, evaluó a una muestra de 346 estudiantes de los dos primeros años de sus carreras. Para la recolección de datos se emplearon: la prueba de Sentido de Vida (PIL) y el

Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). A manera de resultado, se evidenció que el 30.6% de la población analizada presentó un patrón problemático de ingesta de alcohol, siendo en mayor medida por los varones. En cuanto a la relación entre el consumo problemático de bebidas alcohólicas y el sentido de vida, no se verificó la existencia de una relación de significatividad; tampoco se encontraron distinciones significativas en el nivel de sentido de vida en el grupo de varones y en el de mujeres.

Arana (2013) investigó la relación entre la personalidad y las características de consumo de bebidas alcohólicas, en 76 estudiantes de una facultad de letras de Lima. Se empleó el NEO PI-R versión S para estudiar la personalidad; y para las características de consumo de alcohol se modificaron los instrumentos de Chau y Windle. Los resultados reflejaron una mayor asociación entre Extraversión y Apertura a la Experiencia con el consumo de alcohol. Además, se encontró Agradabilidad como un probable factor protector frente a distintas dificultades relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas; y Neuroticismo como un posible indicador de riesgo en la ingesta de bebidas alcohólicas como recurso de afrontamiento.

Tello (2010) exploró la relación entre las expectativas frente al consumo de alcohol y la autoeficacia de resistencia al alcohol en estudiantes de universidades de Lima, en cuanto a frecuencia y cantidad. Se empleó un cuestionario sobre el consumo de bebidas alcohólicas diseñado por la investigadora y el Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso. Se encontró relación entre una alta autoeficacia y menor consumo de alcohol en cuanto a frecuencia y cantidad. Asimismo, se halló una asociación entre las expectativas positivas frente a la ingesta de alcohol y mayor ingesta de esta sustancia etílica, considerando la frecuencia, además de la cantidad.

### 2.2.2. Investigaciones internacionales

Díaz y Moral (2018) estudiaron una muestra de 212 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años, con el propósito de analizar el vínculo entre el uso de alcohol y la conducta antisocial. Para la recolección de datos se usaron: la Escala Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI), la Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en Adolescentes, y la Escala de Impulsividad de Barratt. Como resultado, se evidenció que las variables que mejor predicen la conducta antisocial en adolescentes son el consumo de alcohol y la impulsividad cognitiva; además de encontrarse diferencias significativas en la conducta antisocial según el género, habiendo una mayor puntuación en las mujeres. Finalmente, no se encontraron distinciones de significatividad en función al consumo de alcohol

Gonzálvez, Espada, Guillén- Riquelme, Secades, y Orgilés (2016) plantean que, durante la adolescencia, el consumo de sustancias posee el carácter de una conducta de riesgo. En su estudio, analizan la asociación entre los distintos factores de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes de cinco provincias españolas (Alicante, Oviedo, Castellón, Granada y Murcia), con una muestra de 1455 estudiantes de nivel secundario. Aplicaron el Inventario de Personalidad 16PF en la versión española para medir la Calidez, Estabilidad, Gregarismo, Amigabilidad, Sensibilidad, Confianza, Apertura, Sociabilidad, Perfeccionismo y Calma. Además, se cuestionó a los jóvenes sobre los tipos de sustancias que alguna vez habían probado. De esa forma se evidenció que el uso de alcohol, cannabis y cocaína son influidos de cierta manera por los factores de personalidad. Los rasgos de Confianza y Calma influyen en consumir alcohol, cannabis y cocaína, por otro lado, se encontró que Sociabilidad carecía de influencia estadísticamente significativa sobre alguna las tres sustancias.

Carpio (2015) ejecutó un análisis transversal de las facetas de personalidad de estudiantes universitarios con señales de consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, en

Ecuador. Dividió una muestra de alumnos universitarios en aquellos con patrones peligrosos y nocivos del consumo de alcohol (N=40) y otros estudiantes sin la presencia de dichos síntomas (N=35). Además, se empleó el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Los resultados demostraron una mayor prevalencia de estudiantes del sexo masculino (77.5%) en el grupo de elevado consumo de alcohol; además de distinciones de significatividad estadística observadas en los dos grupos, en el dominio de personalidad de extroversión, y también en las facetas de hostilidad, gregarismo, búsqueda de emociones, actividad, emociones positivas, autodisciplina y deliberación. Los estudiantes con consumo perjudicial de alcohol presentaron puntuaciones más altas en la faceta de hostilidad; además en el dominio de extroversión, y puntajes mejores en las facetas de gregarismo, emociones positivas y búsqueda de emociones y actividad. Por otro lado, los estudiantes no consumidores evidenciaron menores puntajes en la faceta de ansiedad; no se encontraron diferencias significativas en los dominios de apertura y amabilidad.

Betanzos, Colli, y Paz (2014) buscaron describir el vínculo existente entre la ingesta de alcohol y la variable de personalidad resistente, la misma que comprende los componentes de: autoeficacia para la búsqueda de empleo, compromiso con la carrera y sensibilidad emocional. Se empleó una muestra de 212 estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), ciudad de Morelos, México, 2012. Constataron que el consumo elevado de alcohol perjudica a los estudiantes en su capacidad de percatarse de sus propias habilidades para la vida diaria y sus estados afectivos. Además, la personalidad resistente, caracterizada por la percepción de la acción como desarrollo personal a través de reto, control y compromiso, sería un factor protector para los académicos. Esto debido a que tiene un papel moderador en los procesos de estrés y salud, debido a que disminuye el riesgo de presentar comportamientos de abuso de sustancias.



Castañeda y Chávez (2013) realizaron un estudio transversal para encontrar correspondencias entre estilos de personalidad y tipos de ingesta de alcohol en el municipio de El Retiro, Antioquia, Colombia. Se empleó una muestra de 61 personas, asimismo, se aplicaron: El inventario de personalidad de Millon (MIPS) y el test de identificación de trastorno de consumo de alcohol (AUDIT). Como resultado, se halló que el "consumo sin riesgo" era el tipo de consumo más habitual, en adición, hallaron diferencias en cuanto al tipo de consumo de alcohol de acuerdo con el sexo, los varones registraron dependencia al alcohol. También se encontró con respecto a los estilos de personalidad asociados con el consumo de alcohol, que los varones tienen características tales como: Innovación, discrepancia y dominio; mientras que, las mujeres poseen predominantemente estilos como: Discrepancia, expansión, modificación y adecuación. En cuanto a las similitudes de ambos géneros, el consumo de riesgo se encuentra relacionado con el estilo de sistematización el consumo perjudicial, con la protección y la dependencia al alcohol, con la carencia de toma de decisiones. Concluyeron que el vínculo entre estilo de personalidad e ingesta de alcohol evidencian una marcada diferencia acorde al género.

Sánchez, Álvarez, y Rodríguez (2012) investigaron dos grupos, uno conformado por 100 pacientes incluidos en el Programa de Alcoholismo, diagnosticados con trastorno mental vinculado a un consumo de tipo perjudicial, en España. Además del grupo control conformado por 284 pacientes alcohólicos sin patología psiquiátrica asociada. Se halló un porcentaje del 47% de mujeres afectadas de trastorno psiquiátrico asociado a alcoholismo, siendo más elevado que el de la muestra control, que reportó un 10,56% de casos. Asimismo, respecto a los trastornos psiquiátricos más usualmente relacionados con el alcoholismo, se evidenció la siguiente prevalencia: trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%), de ansiedad (18%), esquizofrenia (11%) y en trastornos bipolares (9%). Finalmente, luego de 2 años de seguimiento de los pacientes se evidenció

una abstinencia del 28% de los pacientes con patología psiquiátrica y un 41.9% en la muestra control. De esa forma, se muestra una evolución poco favorable en los enfermos que padecen otros trastornos psiquiátricos.

Gantiva, Rodríguez, González y Vera (2011) realizaron un estudio de tipo descriptivo con 215 estudiantes universitarios colombianos, de 20,9 años como edad media; a los cuales se les realizó una encuesta de consumo de sustancias psicoactivas y el Cuestionario Big Five (BFQ). Ello con el fin de establecer distinciones entre los perfiles de personalidad de 2 tipos de consumidores de sustancias psicoactivas: moderados y excesivos. Dicha población de estudiantes evidenció un consumo de 3 sustancias como las más predominantes: Alcohol, tabaco y marihuana. El 50,7% del total son consumidores de dos o más sustancias psicoactivas, dentro de los cuales el 47% tiene un consumo perjudicial. Además, se hallaron correlaciones negativas significativas entre el factor de personalidad de Tesón y los subfactores: Cooperación, Escrupulosidad, Perseverancia y Apertura a la cultura; con lo cual se validó la hipótesis que postula que la habilidad de autocontrol modula el avance hacia un consumo de sustancias de tipo perjudicial.

Poo y Montes (2010) estudiaron la vinculación existente entre los patrones de uso de alcohol y los rasgos de personalidad. Su muestra fue integrada por un grupo de 247 personas de 18 a 29 años, en Mar del Plata, Argentina. Se evaluaron los patrones de consumo de alcohol analizando cantidad ingerida, la selección de la bebida y la frecuencia de consumo. La personalidad fue analizada empleando el cuestionario ZKPQ-50-CC (versión de España), que mide: Agresión - Hostilidad; Impulsividad - Búsqueda de Sensaciones, Ansiedad - Neuroticismo, Sociabilidad y Activación. Como resultado, se evidenció una asociación entre el rasgo de búsqueda impulsiva de sensaciones y la ingesta excesiva episódica; en cuanto al patrón de ingesta de alcohol elevada, se encontraron asociados el rasgo de ansiedad, el de activación y el de búsqueda impulsiva de sensaciones. En lo que respecta al menor uso de la

sustancia etílica, este se vinculó con puntajes altos en el rasgo Sociabilidad, además de bajos puntajes en el rasgo de Ansiedad.

Pérez, De Vicente, García, y Romero (2008), examinaron la prevalencia de psicopatología en sujetos adictos al alcohol que inician tratamiento y establecieron las diferencias considerando el sexo, en Alicante, España. Para ello, emplearon el Symptom Checklist 90 Revised (SCL 90-R) a 518 sujetos dependientes del alcohol, siendo el 25,1% mujeres. Encontraron una elevada presencia de casos patológicos, siendo mayor en las mujeres alcohólicas. A nivel global, tanto hombres como mujeres, las dos puntuaciones más elevadas fueron en la escala de psicoticismo y en la de sensibilidad interpersonal. Para el caso de las mujeres, en tercer lugar, se ubicó ideación paranoide y en los varones, la puntuación de depresión.

Bravo de Medina, Echeburúa, y Aizpiri (2008) analizaron las diferencias en cuanto al sexo de la dependencia del alcohol, tomando en consideración las dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. La muestra estuvo compuesta por 158 pacientes de la Clínica de Medicina Psicoorgánica (Bilbao) entre 2003 y 2006. Se distribuyeron en 2 grupos de 105 hombres y 55 mujeres, con diagnóstico de dependencia del alcohol. para medir la personalidad se emplearon: la Escala de Impulsividad, la Escala de Búsqueda de Sensaciones y el STAI. Asimismo, para medir la presencia de psicopatología se usó las pruebas: SCL-90-R, BDI y Escala de Inadaptación. Como resultado se obtuvo que las dimensiones de personalidad no presentaban diferencias sin embargo, se encontró una gran cantidad de trastornos de personalidad en ambos grupos, con un 41% presente en las mujeres y un 65% en los hombres. Los desórdenes de personalidad más frecuentes de las mujeres son el obsesivo compulsivo (18,2%), el dependiente (9,1%) y el histriónico (5,5%). En el caso de los varones, los más frecuentes fueron el trastorno de personalidad paranoide (17,1%), el obsesivo (15,5%), el narcisista

(13,6%) y el antisocial (11,7%). En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión, se hallaron en mayor cantidad y de manera significativa, en las mujeres, también una mayor inadaptación a la vida cotidiana.

## **2.3. Bases teórico-científicas del estudio**

### **2.3.1. Características psicopatológicas**

Zeigarnik (1981) define psicopatología, como aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

Butcher, Dahlstrom, Graham, Kaemmer y Tellegen (1989) elaboraron la segunda edición del El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI, agrupando distintas características psicopatológicas de la personalidad, en ocho escalas clínicas. Su contenido es variable al abarcar áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas. A continuación, se presentan con mayor detalle cada una de las escalas clínicas.

#### **2.3.1.1 Depresión**

La OMS (2017), brinda la definición de depresión, como un trastorno mental, caracterizado por la presencia de tristeza, baja implicancia en intereses, disminución del placer, sensación de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito, fatiga y dificultades para mantener la atención.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 (2016) y los de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2014). La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39) considerando que el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, presentándose dos de los siguientes signos: estado de ánimo depresivo, disminución en los intereses y disfrute, y aumento del agotamiento y fatiga. Mientras que en el DSM-V, se divide la clasificación previa de “trastornos del estado de ánimo” a “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”.

De acuerdo con Núñez de Arco y Viveros (2004), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI, presenta esta escala con el fin de explorar los síntomas de la depresión, tales como pensamientos pesimistas, sensación de inutilidad, escasa confianza en sí mismo, respuesta desajustada ante los estímulos, apatía, anhedonia y poca iniciativa, además de alteraciones del sueño y la alimentación.

Según Núñez (1999), los puntajes altos en la escala de depresión indican que la persona examinada presenta afecciones recurrentes de culpabilidad, ideas acusatorias, infelicidad, preocupación excesiva; además de pensamiento orientado al negativismo y carente de interés sobre el futuro; sensación de agotamiento, padecimiento físico y cansancio; baja autoestima y confianza en sí mismos. También denotaba dificultad en la resolución de problemas, cierto retraimiento, irritabilidad, nerviosismo, agitación y discontinuidad en la práctica de actividades o poca capacidad para concentrarse.

Además, como mencionan Núñez de Arco y Viveros (2004), puntuaciones bajas en la escala de depresión, evidencian pensamiento optimista hacia la vida, confianza en sí mismo, estabilidad emocional, niveles bajos de depresión, buena capacidad para la resolución de problemas, felicidad, energía, competitividad, liderazgo, creatividad y bajo control de impulsos.

Según lo indicado por Núñez de Arco y Viveros (2004), dentro de un grupo normal, quienes presentan un puntaje alto en la escala de depresión, se caracterizarían por ser serios,

modestos, individualistas, con intereses estéticos, de baja satisfacción con el medio y consigo mismos, con tendencia a preocuparse excesivamente. Además de presentar rasgos como apatía, conductas de evasión, convencionalismo, indiferencia, retraimiento y pasividad. Se caracterizan también por ser muy indecisos, responsables, desconfiados en sus propias capacidades y pesimistas. La elevación moderada sugiere conciencia de problemas personales y motivación para cambiar esas situaciones. Una puntuación muy alta puede significar un severo aislamiento y falta de energía, que requieren de un tratamiento psicofarmacológico. Al tratarse de una escala altamente sensible, respecto al humor como a los estados de ánimo del individuo; es necesario que su interpretación depende de la configuración del resto del perfil.

### **2.3.1.2. Desviación psicopática**

En relación a la desviación psicopática, el DSM-V (APA, 2014), manifiesta que el rasgo característico del trastorno antisocial de la personalidad es la desestimación y trasgresión hacia los derechos de las demás personas, lo cual se presenta desde la niñez o a comienzos de la adolescencia y persiste hasta la adultez. Dicho trastorno inicia a temprana edad, siendo los criterios diagnósticos, los siguientes: carencia de remordimiento por actos delictivos, búsqueda de satisfacción a largo plazo, negligencia laboral o escolar, indiferencia hacia los sentimientos ajenos, narcisismo, predisposición al consumo y abuso de drogas, tendencia al suicidio y dificultad en la toma de decisiones.

De acuerdo con Núñez de Arco y Viveros (2004) el objetivo de la escala de desviación psicopática en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI, es identificar los reactivos relacionados con características de personas antisociales o que se involucran constantemente en problemas legales como robar, promiscuidad sexual, mentir o dependencia de sustancias como el alcohol o las drogas, insatisfacción familiar, problemas

con la autoridad, entre otros. Las puntuaciones altas en esta escala sugieren lo siguiente: Postura rebelde y rechazo hacia las normas sociales y legales; presencia de problemas familiares y legales, inadaptación social y sexual; altos niveles de impulsividad, agresividad, sarcasmo, rencor y ausencia de culpa; tendencias a cometer actos delictivos como mentir, robar, estafar, abuso de alcohol u otras drogas; rasgos narcisistas, exhibicionistas, egocéntricos y egoístas; impaciencia, impulsividad y poca tolerancia a la frustración; tendencia delegar responsabilidades de sus actos a otras personas; problemas de pareja; escasa sensibilidad hacia los sentimientos ajenos; antecedentes escolares y laborales deficientes que revelan conflicto con sus pares; inteligencia, seguridad e intelectualización; individuos que se muestran amistosos, amables y conversadores; incapacidad para establecer vínculos profundos o íntimos con los demás; respuestas emocionales superficiales y pronóstico terapéutico poco favorable.

Mientras que puntajes bajos en la subescala de desviación psicopática, señalan las siguientes características: tendencia al conformismo y pasividad, postura sumisa frente a lo que dictan los reglamentos legales o normas sociales, angustia frente a la opinión de los demás, sinceridad y confianza hacia los demás, baja espontaneidad y competitividad y bajo nivel de satisfacción personal.

Examinando a una población normal, las personas que ofrecen una puntuación elevada en esta escala tienen como características principales: presentar una postura rebelde, cinismo, ignorar las reglas establecidas por su entorno, ser agresivos, egoístas y por otra parte, mostrarse entusiastas, francos e individualistas. Núñez de Arco y Viveros (2004), refieren que los grupos de estudiantes universitarios que presentan una elevación en la escala de desviación psicopática son personas que resienten la autoridad y se tiene una conducta hostil con sus padres, a quienes culpan por sus problemas. Por lo general, el universitario con elevación en esta escala se resiste a la psicoterapia y tiende a la intelectualización.

La frecuencia de esta escala entre adolescentes y adultos de aproximadamente 20 años puede ser atribuida a la rebeldía y dudas, características que se presentan propias de la edad. Así como también la dificultad para relacionarse con figuras de autoridad, debido a que conlleva sus intentos por conseguir independencia social y económica de su familia.

La puntuación baja en la escala de desviación psicopática está representada por personas que, de acuerdo con la descripción de Hathaway y Meehl (1951, citados en Nuñez, 1999) son convencionales y de pocos intereses. Se caracterizan por ser sumisas, complacientes y aceptar la autoridad. Asimismo, tienen buen temperamento, son persistentes, y se trazan metas adecuadas. Entre otras características, son agradables, tímidas, sinceras y confiables. Esta escala refleja una dimensión principal que varía desde el conformismo restringido hasta la conducta o impulsos antisociales. Es un buen indicador para evaluar la predisposición a manifestar rasgos caracterológicos como impulsividad, baja tolerancia a la frustración y pobre adaptación social. El contenido de la escala de desviación psicopática fue diseñado para obtener mayor información acerca de las ideas del individuo respecto a problemas con figuras autoritarias, mala adaptación familiar, actitud de imperturbabilidad social y adaptación social.

Muchas personas normales, entre ellos adolescentes, ofrecen una puntuación elevada en la escala de desviación psicopática, lo cual puede indicar conflicto con los padres o con la sociedad. Dentro de una población normal, las personas con una puntuación elevada (T mayor que 70) se caracterizan por ser agresivas, rebeldes y desacatan las reglas. La manera en que estas personas manejan su resentimiento e impulsos difieren grandemente, lo cual depende de las elevaciones que presenten en otros aspectos del perfil. En general, son impulsivos, presentan un mal juicio en sus relaciones interpersonales, actos imprevisibles, alineación social, reducido sentido de responsabilidad y de valores morales, además de ser desadaptados tanto en su entorno laboral como en la vida matrimonial. Su capacidad para



anticipar las consecuencias de sus actos es limitada y sacrifican metas a largo plazo por satisfacer de manera inmediata sus deseos. Las relaciones sociales son típicamente superficiales y nunca presentan lealtades duraderas. Aunque a veces dan una buena impresión de sí mismos, muy pronto se vuelve a presentar egocentrismo, carencia de integridad, conducta manipuladora y resentimiento. Estas personas frecuentemente provienen de hogares en los que no se preocupaban por ellas, no recibían cuidados y posteriormente tuvieron que valerse por ellas mismas, lo cual es un mecanismo de defensa para evitar el dolor ocasionado por la sensación de abandono.

### **2.3.1.3. Esquizofrenia**

De acuerdo con el DSM-V (APA, 2014), el individuo con esquizofrenia presenta alteraciones a nivel cognitivo y emocional. Siendo los criterios para su diagnóstico, los siguientes: Ideación delirante, alucinaciones, desorganización del lenguaje, comportamiento catatónico o altamente desorganizado.

La clasificación de la segunda edición del CIE-10 (OPS, 2018) plantea los siguientes criterios para diagnosticar esquizofrenia:

Ideación y percepción delirante.

- Alucinaciones auditivas que discuten entre ellas.
- Alucinaciones de otro tipo, acompañadas de ideación delirante no estructurada y fugaz sin compromiso afectivo, o ideas sobrevaloradas.
- Pensamiento alterado que genera una desorganización del lenguaje.
- Episodios catatónicos.
- Desgano y embotamiento emocional.
- Cambios en el comportamiento, manifestados en aislamiento social y disminución de intereses y objetivos.

Según Núñez (1999) la esquizofrenia se caracteriza por la disociación de la personalidad y por la pérdida del funcionamiento de los mecanismos psíquicos normales, lo cual genera un comportamiento inadecuado y falta de contacto con la realidad. “Esquizofrenia” como término fue utilizado por primera vez por Bleuler en 1908, la cual se define como una profunda enfermedad mental caracterizada por alteraciones de todas las funciones de la personalidad, más notablemente del pensamiento, la afectividad y la conducta. El pensamiento está alterado tanto en su curso como en su contenido, mientras que, en el aspecto afectivo, se observa una profunda inestabilidad e inadecuación emocional. En la conducta, existe tendencia al aislamiento, extravagancia y actuaciones impredecibles. Por lo general, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres categorías:

- Delirios y alucinaciones que ocurren cuando el paciente ha perdido el contacto con la realidad.
- Síntomas desorganizados que incluyen ideas y habla confusas y comportamiento que no tiene sentido alguno para los demás.
- Los síntomas negativos incluyen embotamiento emocional o falta de expresión, incapacidad de comenzar y terminar actividades, habla breve aparentemente incoherente y falta de interés y placer en la vida.

Considerando la complejidad de los síntomas característicos de la esquizofrenia, de acuerdo con Núñez de Arco y Viveros (2004), la escala del MMPI fue desarrollada en base a la consideración diagnóstica de pacientes esquizofrénicos, considerando que muchos de los síntomas antes mencionados no siempre pueden ser de origen orgánico, puesto que también pueden ser generados por abuso de drogas Delirium Tremens.

Puntuaciones elevadas en la escala de esquizofrenia, indican lo siguiente: Manifestación de encontrarse desorientado, objetivos de vida desajustados con la realidad,

tendencia a refugiarse en sueños y fantasías para evitar conflictos, dificultad para discriminar entre lo real y lo irreal, manifiesta delirar o alucinar, dificultad para tolerar situaciones frustrantes, bajo o nulo juicio, ansiedad generalizada, quejas por sensaciones de dolores mínimos, conflictos relacionados a su sexualidad, tendencias esquizoides como apatía y hostilidad, en la adolescencia suelen mostrarse rebeldes hacia lo que perciben como amenazante para ellos y el pronóstico hacia la psicoterapia es negativo, se deriva a psiquiatría y farmacoterapia.

Cabe señalar que las puntuaciones bajas caracterizan a una persona equilibrada, con poca imaginación, tendencia al convencionalismo, posturas sumisas, presencia de pensamientos rígidos, interés y preocupación por lo que piensan los demás

De acuerdo con Núñez de Arco y Viveros (2004), en una población normal, los examinados pueden brindar un puntaje por encima de T 70 sin ser esquizofrénicos. Personas con tendencia al neuroticismo superan esta puntuación, como también sujetos con personalidad esquizoide, de comportamiento extraño, individualista, poco convencional con sus amistades pero que aún mantienen la capacidad de adaptarse adecuadamente en un grupo de personas, con una actitud positiva frente al trabajo que hacen. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona con dificultades en sus relaciones interpersonales, que se caracteriza por ser apático y extraño. Por otra parte, el estudiante universitario que presenta una puntuación alta en esquizofrenia se caracteriza por su frecuente preocupación, buen estado de ánimo, y contar con una amplia cantidad de intereses, mayormente estéticos, es sincero, bondadoso, sentimental y tranquilo. La joven universitaria también se caracteriza por su sinceridad, modestia y bondad. Mientras que los estudiantes universitarios con la escala de esquizofrenia demasiado alta en el perfil presentan dificultades a nivel interpersonal, se angustian por aspectos sexuales, muestran fantasías atípicas, sin presentar psicosis como en el grupo de adultos. Entre los adolescentes si se

encuentra una elevación moderada en esta escala, se puede atribuir a una rebeldía hacia los patrones de conducta establecidos por el grupo adulto, puede ser además oposición al convencionalismo y al conformismo social que la rodea.

El contenido de la escala de esquizofrenia fue diseñado para obtener mayor información acerca de las ideas del individuo respecto a su alienación social, alienación emocional, falta de control del yo y distorsiones cognoscitivas, dominio del yo de aspectos emotivos, inhibición defectuosa y experiencias sensoriales fantásticas.

#### **2.3.1.4. Hipocondría**

Los criterios diagnósticos de la hipocondría más empleados en el área clínica son los del CIE-10 (OPS, 2018) y los del DSM-V (APA, 2014). Este último atribuye la característica esencial de la hipocondría a la angustia y el miedo a enfermarse o estar convencido de estar gravemente enfermo, en base a su propia percepción sobre sus signos o síntomas somáticos. La persona con hipocondría se preocupa con frecuencia sobre la probabilidad de padecer de alguna enfermedad somática grave. Usualmente, el individuo con hipocondría percibe sensaciones típicas como síntomas alarmantes, enfocándose en uno o dos órganos o sistemas de su cuerpo. Por lo general, consideran también la probabilidad de padecer otros trastornos somáticos además del destacado por este.

Como señala Núñez (1999), la escala de hipocondría examina la ansiedad elevada y desmedida ante las propias funciones corporales del individuo. Esto puede atribuirse a un mecanismo de defensa o de protesta hacia el medio, dado que la soledad u otros sentimientos se transforman en autorreproche y quejas persistentes por enfermedades somáticas inexistentes, a pesar de existir resultados médicos que indican la ausencia de enfermedad. Es un síndrome psíquico constituido por la preocupación angustiosa, a menudo infundada,

hacia la propia salud. En la base de la hipocondría, suele existir una disposición personal que induce al sujeto a la autoobservación y la interpretación.

Las puntuaciones elevadas en la escala de hipocondría sugieren: Baja capacidad de introspección, angustia elevada y desmedida por su salud, pensamiento egoísta y narcisista, inmadurez para afrontar problemas personales, manifiestan agresividad, ideación pesimista, baja capacidad de expresarse verbalmente, creencia de que están realmente enfermos y necesitan atención profesional, manifestaciones psicósomáticas y el pronóstico hacia la psicoterapia es negativo. Por otro lado, las puntuaciones bajas representan una ausencia de preocupación de corte somático, ánimo optimista y de satisfacción, confianza personal e inteligencia, así como un buen ajuste en la vida cotidiana. Por todo ello y por la introspección como rasgo, se denotará un pronóstico favorable en psicoterapia y un buen ajuste contextual.

Núñez de Arco y Viveros (2004), indican que la escala de hipocondría elevada (superior a T 70), se encuentra en personas preocupadas por múltiples malestares, que perciben sus cuerpos como fuente de sufrimiento e incomodidad. Con frecuencia se quejan, son enfermizos, narcisistas, egocéntricos, y utilizan sus molestias para imponerse a los demás y controlar la conducta de los que les rodean. Generalmente, manejan su propio enojo de tal manera que las personas que le rodean se sientan infelices, y los perciban como personas testarudas, pesimistas, amargados por la vida y carentes de ambiciones. A veces, las puntuaciones altas se encuentran en personas con padecimientos físicos reales, aunque en estos casos, las elevaciones en esta escala son moderadas. Además, se encontró en la mayoría de los casos, que estos individuos o sus familiares cercanos padecieron de alguna enfermedad severa real en la infancia o sufrieron abuso físico. Lo cual, les generó temor e impulsó su búsqueda de mecanismos autoprotectores.

Mientras que las puntuaciones muy bajas (menos de T 40) se encuentran en personas con las siguientes que posiblemente crecieron dentro de familias en las que las enfermedades no causaban ninguna preocupación, se enorgullecen de su salud, pueden haber tenido familiares que utilizaban sus malestares para manipular a los demás y actualmente reaccionan de manera extrema ante esas experiencias, rechazando molestias reales.

### **2.3.1.5. Hipomanía**

El DSM-V (APA, 2014), define hipomanía como una condición afectiva que se caracteriza por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo o irritable, además de la presencia de pensamientos y comportamientos consecuentes a dicho ánimo, que distan de un estado de ánimo normal.

La clasificación del CIE-10 (OPS, 2018), agrupa la hipomanía como uno de los estados alterados de la personalidad dentro del trastorno bipolar, el cual se caracteriza por episodios reiterados en los que el individuo presenta un nivel de actividad severamente alterado, intensificación de los estados anímicos, incremento de la energía; o por el contrario, se da un descenso de los estados anímicos y una disminución de la energía y del nivel de actividad regular. A diferencia de otros trastornos afectivos, la presencia de la hipocondría en ambos sexos es la misma aproximadamente. Pocos casos que manifiestan períodos repetitivos de manía cuentan con características similares como antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de inicio y pronóstico a largo plazo. Otros casos, quienes presentan depresión, son clasificados en otro trastorno bipolar (F31.8).

El objetivo de la escala Ma - Hipomanía, es diagnosticar los estados de ánimo en personas que presentan características maniacodepresivas tipo maníaco. De acuerdo con Núñez de Arco (2004), el signo característico de la hipomanía es la elevada actividad, inatención, conformar relaciones inestables, además de presentar insomnio, hipertiroidismo,

desconfianza hacia los demás y megalomanía. Por lo general, presentan taquifasia, indicando tensiones en el pensamiento, especialistas consideran que la hipomanía es un mecanismo de defensa contra la depresión.

Núñez de Arco y Viveros (2004), señalan que esta escala evalúa los rasgos en la personalidad relacionados a pensamientos y comportamientos hiper productivos, dado que los ítems se encuentran ligados a ideación narcisista y altos niveles de actividad. Las personas que presentan puntuaciones elevadas manifiestan las siguientes características: individuos que alucinan o presentan delirios de megalomanía y fuga de ideas, nula introspección, dificultad para afrontar situaciones frustrantes, comportamiento hiperactivo, se muestran hostiles sin un motivo real, tienden a aburrirse en situaciones cotidianas, pueden atravesar períodos de depresión con un bajo nivel de satisfacción consigo mismo, se muestran emocionalmente inestables y con niveles de angustia exagerados, dificultad para controlar impulsos, agrado hacia la interacción social pero estableciendo relaciones sociales superficiales, las personas los describen como manipuladores y poco confiables, constante búsqueda de metas que no cumple, ideas optimistas lejanas de la realidad, pueden ser personas muy inteligentes o creativas y el pronóstico hacia la terapia no es favorable dado que se resisten ante la opinión o interpretación del profesional y muestran una postura de hostilidad. Por otro lado, una puntuación baja en la escala de Hipomanía sugiere lo siguiente: apatía, adecuado control de impulsos, tendencia a la depresión, convencionalismo, postura indiferente y poco interés por situaciones rutinarias y niveles bajos de actividad.

Según Núñez (1999) el sujeto normal que indica una puntuación elevada en esta escala, es una persona optimista, decidida y presenta apertura sin ataduras hacia las costumbres sociales que lo rodean. El estudiante universitario que cuenta con una puntuación elevada en esta escala es también optimista, enérgico, sociable, entusiasta, eficiente y

responsable, muestra iniciativa, es expresivo, imaginativo, ansioso y demuestra sus sentimientos.

Cuando la escala de Hipomanía es la puntuación más elevada en el perfil, los evaluados no necesariamente presentan un cuadro hipomaniaco. Estudiantes universitarios con problemas emocionales muestran tendencias homosexuales, en tanto que la universitaria muestra dificultades para lograr el control adecuado de sus impulsos agresivos y muestra infantilismo, egoísmo y rebeldía con sus padres, a quienes clasifica como dominantes.

Los evaluados con puntuación más baja en esta escala son modestos, convencionales, aislados y humildes. Si la puntuación es baja, pero no la más baja en las escalas clínicas, como los evaluados del estudio de Hathaway y Meehl (1951, como se citó en Nuñez, 1999). Son personas prácticas, confiables, adaptables y ordenadas. Es decir, la puntuación baja es un buen indicador para predecir conducta adecuada, principalmente en perfiles de adolescentes (Hathaway y Monachesis, 1963, citados por Nuñez, 1999). Existen personas normales que se sienten y parecen estar muy bien; son entusiastas, enérgicas y optimistas, pero el grado en que utilizan sus energías es por lo general insuficiente porque intentan hacer muchas cosas a la vez. Por lo general, estas personas poseen un sinnúmero de ideas, que pueden ser básicamente buenas, pero no están bien elaboradas y las concretizan rara vez llegando a resultados satisfactorios. Estas personas se muestran con una felicidad exacerbada, aunque son también impacientes y expresan ideas de tristeza y frustración. Su estado de ánimo presenta a menudo cambios intempestivos de duración variable sin correspondencia a los estímulos del medio. Es verificable durante largos periodos de observación que estas personas sufren de fases definidas más bien por depresión que por euforia. Entre sus características también se encuentran el egocentrismo, falta de apreciación de la ineptitud de la conducta, cierto desprecio por las demás personas y los convencionalismos sociales. De esta forma, pueden llegar a tener dificultad con las autoridades.



De acuerdo con Núñez (1999) la hipomanía se divide en los siguientes niveles: hipomanía, manía aguda y manía leve; el individuo puede ser ambulatorio, presentar altos niveles de energía, deseos de desarrollar muchos trabajos, monopolizar las pláticas, sentirse dueño del mundo, pero no solamente eufórico y animado sino que además podría reaccionar de manera impulsiva; como por ejemplo ser promiscuo en el periodo de manía y posteriormente, considerar su conducta anterior con culpabilidad y remordimiento. La diferencia entre el hipomaniaco y la persona con sentido del humor genuino reside en que el primero se siente muy irritado ante la más ínfima frustración.

En el cuadro de manía aguda el paciente se exalta, presentando verborrea y pensamiento acelerado, agitación motora, ideación megalómana con pensamientos sobrevalorados de poder, riqueza, fuerza o inteligencia brillante. Es amistoso, conforme se exalta puede reaccionar con sarcasmo, irritabilidad, vulgaridad, agresividad y violencia. Además, tiende a ignorar las consecuencias de sus actos, muestra episodios de llanto de acuerdo con su fluctuación emocional, no le importa su apariencia y habla incesantemente.

El cuadro de manía delirante es caracterizado por la excitabilidad y furia, el paciente suele reírse y gritar de manera constante, habla tan rápidamente que es difícil comprenderlo, rompe su ropa y desordena los muebles de un lado a otro, presenta ideas de persecución y grandeza. Su memoria y orientación permanecen intactas durante el ataque y puede vivenciar alucinaciones. (Núñez, 1999).

#### **2.3.1.6. Histeria**

El DSM-IV (APA, 2002), retiró la condición de "histeria" y clasifica a estos trastornos en dos grupos, siendo estos los trastornos disociativos de conversión y los trastornos somatomorfos. El trastorno somatomorfo se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas orgánicos crónicos, con elevados niveles de angustia y preocupaciones que

dificultan el funcionamiento regular del individuo en sus actividades cotidianas. Por otro lado, de acuerdo con a dicho sistema clasificatorio, el aspecto básico del trastorno disociativo de conversión es la manifestación de signos que repercuten en las funciones motoras voluntarias o sensoriales, esto indica la presencia de un estado patológico general. Sin embargo, en su causa están involucrados factores psicológicos.

La CIE-10 (OPS, 2018) define al trastorno disociativo de conversión como una disminución que se da parcial o completamente en la integración típica entre algunos hechos que han acontecido en el pasado, la autoconciencia, algunas sensaciones y control del movimiento corporal. Regularmente, existe un nivel parcial de control acerca de los recuerdos y sensaciones pueden ser seleccionadas por la memoria a corto plazo y sobre qué movimientos hay que realizar. En el trastorno de histeria disociativa, el individuo pierde la capacidad para controlarse de manera consciente y selectivamente, generalmente, es complicado identificar hasta qué nivel algún déficit funcional se encuentra bajo control voluntario.

De acuerdo con Núñez de Arco y Viveros (2004), la histeria es un trastorno psicógeno, que pertenece al grupo de las neurosis. Esta escala se elaboró con el objetivo de identificar a pacientes que padecen de histeria de conversión y de esta manera, diferenciar los síntomas que ellos presentan ante situaciones tensas.

Las personas que presentan puntuaciones elevadas manifiestan características como: poca seguridad en sí mismo, conductas pueriles, egocentrismo y narcisismo; también puede que evidencien síntomas de enfermedad, pero con propósitos instrumentales vinculados a la evasión de la responsabilidad; además pueden ser manipuladores y tienden a evitar la expresión abierta de resentimiento hacia los otros. En sus relaciones suelen establecer vínculos superficiales y en el contexto laboral o escolar suelen manifestar un pobre rendimiento. Por otro lado, se caracterizan por su poca habilidad introspectiva.

Entre sujetos normales que presentan una puntuación elevada en esta escala, se encuentran características de la personalidad como idealista, ingenuo, social, perseverante, comunicativo, afectuoso, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta, accesible y colaborador en actividades sociales. Se encuentra con mayor frecuencia, puntuaciones elevadas en mujeres que en varones. En la población normal, la mujer con esta escala elevada es generalmente irritable, con molestias de las cuales se queja con frecuencia, dependiente, lisonjera, amistosa y leal.

Cuando la puntuación de Histeria es baja, las personas son generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas y restringidas, no participan con muchas frecuencias en eventos sociales, no les interesa la vida agitada. Puntuaciones bajas en esta escala indican que las personas son generalmente estables, cuyos intereses son estéticos, convencionales, controlados, pacíficos y restringidos, no tienen a participar en situaciones sociales y no les interesa un estilo de vida agitada.

Además, presentan las siguientes características:

- Tendencia al aislamiento.
- Poca preocupación por su salud.
- Desconfianza y suspicacia
- Satisfacción ante una forma de vida monótona
- Evita situaciones de liderazgo.
- Conformista, con pocas metas.

Hathaway y Monachesi (1963, citados en Nuñez, 1999) señalan que la puntuación alta de la escala de Histeria en adolescentes puede indicar aceptación de los valores establecidos por la clase media. Es decir, esta escala se diseñó con el fin de identificar a aquellos individuos que están predispuestos a utilizar sintomatología conversiva como medio para resolver sus conflictos y evitar responsabilidades cuando se encuentran bajo

tensión. Asimismo, el contenido de la escala de histeria fue diseñado para obtener más información acerca de las ideas del individuo respecto a molestias somáticas, necesidad de afecto, negación de adecuadas relaciones interpersonales y angustia social, sentimientos de debilidad e incomodidad e inhibición de agresión.

### **2.3.1.7. Paranoia**

El DSM-V (APA, 2014) define la paranoia como la sensación intensa de sospecha hacia las demás personas, de modo que asume sus intenciones como malévolas. Estos síntomas se presentan desde el comienzo de la etapa adulta en diferentes contextos, y se observan cuatro o más de los siguientes signos:

1. Susplicacia, carente de una base real, de que los otros buscan dañarlo.
2. Preocupación injustificada acerca de la confianza o lealtad de su círculo de amigos o entorno laboral.
3. Preocupación desmedida sobre que se use en contra suyo, la información que pueda brindar a los demás.
4. Percepción de amenazas u ofensas, en palabras o hechos, carentes de malas intenciones.
5. Se encuentra en constante resentimiento con las demás personas.
6. Percepción de ataque que no es perceptible por otras personas y tiende a responder impulsivamente para defenderse.
7. Se encuentra sospechando constantemente sobre si su pareja le es o no, fiel.

La CIE-10 (OPS, 2018) clasifica la paranoia dentro de los trastornos de ideas delirantes persistentes y atribuye que el rasgo más destacado lo conforma la ideación delirante, que no puede ser considerada como orgánica, esquizofrénica o afectiva.

Empleando las palabras de Núñez de Arco y Viveros (2004), la paranoia es un trastorno mental que se caracteriza por la aparición de delirios e ideas fijas. Suele acompañarse de manía persecutoria y/o manía de grandeza. Tiene distintos grados, por lo que puede hablarse de trastornos paranoides o de psicosis paranoica. La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Presenta un delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica que ellos mismos consideran perfecta y sin deterioro intelectual. La escala de paranoia fue elaborada con el objetivo de identificar a pacientes con síntomas paranoides. Durante la evaluación, estas personas tienden a advertir al examinado sobre los propósitos del inventario y se muestran reacios a contestar los reactivos sinceramente, llegando a obtener puntuaciones bajas gracias a su suspicacia.

Núñez (1999), indica que la escala de Paranoia está conformada por frases originalmente diseñadas con el fin de encontrar pensamientos o ideas paranoides. El criterio utilizado para clasificar este grupo, fue usar diferentes categorías de pacientes paranoides, principalmente en estado paranoide, condiciones paranoides, y esquizofrenia paranoide, dado que todas estas clasificaciones tienen en común los síntomas psiquiátricos clásicos, tales como ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, suspicacia, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas. Generalmente, pueden encontrarse estos rasgos en personas que aparentan estar bien orientadas y sus ideas se encuentran integradas en manera de pensar, pero pueden mostrar malas interpretaciones de las situaciones, de tal manera que su percepción pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades e inteligencia.

Los sujetos normales con la escala de Paranoia elevada son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, y dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar o decir de ellos. Son personas amables, afectuosas, generosas. Los varones son especialmente bondadosos sentimentales, con amplitud de intereses. Puede observarse que una persona con puntuación alta dentro de lo normal en la escala contrasta con las características del grupo patológico del que se deriva esta escala.

Algunos adolescentes con problemas de conducta presentan, como los adultos, sensibilidad indebida en las relaciones interpersonales, mostrándose presionados por todo lo que les rodea, por el trabajo, las obligaciones sociales o las críticas ingenuas que se les hacen. Cuando la escala de Paranoia es moderada en su elevación, es decir, la puntuación T es de 65 o menos, no se encuentran sentimientos de persecución o delirios de grandeza; pero si la escala tiene un perfil con escalas de validez aceptables y la escala de Paranoia es de T 80 o más, se puede pensar en pacientes con perturbaciones mentales.

Cuando la escala de Paranoia tiene elevación moderada, la sensibilidad es una fuente frecuente de reacciones depresivas. En estos casos no está clara la función de esta escala como índice de sentimientos de persecución. Por otra parte, Brantner (1961) señala que, si la escala de Paranoia es menor que T 45, pero las personas son conocidas por sus problemas de conducta, la puntuación es índice de procesos paranoides de la misma manera que en puntuaciones elevadas. El contenido de la escala de paranoia fue diseñado para obtener más información acerca de las ideas de persecución, enajenación de sentimientos y actitud ingenua que pueda.

Las personas normales que presentan elevación en la escala de paranoia se caracterizan por ser sensibles, emotivas, bondadosas y tienden a preocuparse mucho. Mientras que las personas normales, que no presentan problemas emocionales, con

elevaciones en esta escala, pueden atribuirse a que tienen confianza en sí mismas, se preocupan y temen a la crítica; son perceptivas, introspectivas, afectuosas, generosas, leales, sensibles, francas, amables, enérgicas y dependientes. Las personas que presentan cuadros clínicos son desconfiadas, rígidas, se ocupan por las motivaciones de los demás, sufren de ideas de referencia, delirios de persecución y de grandeza; pensamiento perturbado, resentido, enojado, extremadamente sensible, carente de introspección, antagonista y paranoide.

Muchas técnicas pueden ser efectivas con estos pacientes una vez que se ha establecido la confianza básica necesaria en el procedimiento psicoterapéutico. Permitirles enojarse y manifestar empatía con su sensibilidad a la crítica y la humillación, es vital en el inicio terapéutico.

Núñez de Arco y Viveros (2004) atribuyen las siguientes características de acuerdo con las distintas puntuaciones en la escala de Paranoia.

Puntuaciones con elevaciones extremas, sugieren: perturbación en el pensamiento, narcisismo, con ideación de referencia, recurren a mecanismos de defensa como la proyección, postura hostil, se sugiere intervención profesional de internación o farmacoterapia.

Puntajes moderados en la escala de Paranoia indican que el individuo se caracteriza por ser sensible, desconfiado, con una postura hostil frente al entorno o la familia, de moral rígida, bajo nivel de introspección y pueden presentar cuadros de depresión.

Puntajes moderadamente altos caracterizan a individuos irritables y resentidos, con alto nivel de deshabilitado social, pueden ser muy inteligentes y trabajadores, de poca confianza en sí mismos, tendencia al nerviosismo y buen nivel de introspección.

Puntuaciones moderadamente bajas en pacientes no psiquiátricos, manifiestan: alegría y equilibrio, tendencia al convencionalismo, interés por las relaciones sociales mostrándose como personas confiables y leales, pueden adaptarse con facilidad.

Puntuaciones moderadamente bajas en pacientes clínicos caracterizan a individuos evasivos y desconfiados, de pocos intereses, se manifiestan insatisfechos consigo mismos, presentan rigidez en sus ideas, tendencia al egocentrismo y bajo nivel de introspección.

Puntajes extremadamente bajos sugieren una posible manifestación de ideas de referencia o delirios, rigidez en el pensamiento, tendencia a la introversión, conductas de evasión, recelo y desconfianza.

#### **2.3.1.8. Psicastenia**

El MMPI versión MINIMULT (Kincannon, 1968), recoge los indicadores de la escala de psicastenia, como una alteración patológica de la personalidad muy próxima al trastorno obsesivo-compulsivo y las fobias. Siendo el rasgo principal del trastorno obsesivo compulsivo, las ideas obsesivas o acciones compulsivas repetitivas. Además, el manual de utilización del MMPI versión MINIMULT, añade que estas personas tienden a experimentar también sentimientos de culpabilidad extremos y anormales, problemas patológicos de concentración o tendencia a la autocrítica.

De acuerdo con el DSM-V (APA, 2014), las fobias son un temor desmedido y recurrente hacia cierto objeto o situación. Las fobias agrupan todo tipo de miedos o temores sin causa aparente, ilógicos de cualquier cosa o situación, así como también abarcan reacciones con mucha carga emocional ante dichos estímulos. Por su parte, el trastorno obsesivo compulsivo es también una manifestación de una saturada carga ansiógena, dado que está acompañada de obsesiones y compulsiones que impiden el desarrollo de una vida normal para el sujeto, en el ámbito laboral, familiar y social. Por lo tanto, esta escala evalúa



lo que antes se denominaba Psicastenia, cubriendo múltiples síntomas y conductas ligadas siempre a factores ansiógenos e irracionales.

Los puntajes elevados en la escala de psicastenia, según Núñez de Arco y Viveros (2004), indican la presencia de las siguientes características: culpabilidad, ansiedad, presencia de miedo irracional, de convicciones rígidas, dificultades relacionadas a obsesiones y compulsiones, bajo nivel de concentración, de pensamiento rumiante y con dificultades en la toma de decisiones, pueden ser personas muy responsables, intelectuales y perfeccionistas, bajos recursos de afrontamiento al estrés, baja satisfacción consigo mismo, presenta dificultades para relacionarse socialmente, tendencia a la dependencia, pueden referir presentar problemas de salud tales como padecimientos cardíacos, gastrointestinales, urinarios o agotamiento físico como debilidad o trastornos del sueño, además pueden atravesar cuadros depresivos

Las puntuaciones bajas en la escala indican la presencia de las siguientes características: Personas equilibradas y adaptadas, carecen de miedos irracionales, aprecian el estatus social, les interesa la opinión de los demás, muestran confianza en sí mismos y cuentan con una variedad de intereses y metas.

Según Nuñez (1999), los evaluados que puntúan alto en la escala de Psicastenia, presentan demasiadas dudas, dificultad para lograr decisiones, gran variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, tienden a ser muy demandantes con los otros y consigo mismos. El comportamiento obsesivo-compulsivo se muestra mediante ansiedad, falta de seguridad, baja autoconfianza y por una percepción del entorno, por lo general como una amenaza. Sienten culpa frecuentemente y cada paciente presenta diferentes temores específicos, preocupaciones diversas y actos compulsivos, lo cual muestra innumerables tipos de conductas obsesivo-compulsivas, pero esto no impide que se les clasifique dentro de un solo grupo caracterizado por un patrón común de

homogeneidad. Sólo en casos extremos, el individuo obsesivo-compulsivo busca ayuda psicológica en hospitales, sin embargo, se le encuentra constantemente en la consulta privada.

Se indica que pocas de las personas con puntuación alta en esta escala se encuentran severamente enfermas para requerir hospitalización. Generalmente estas personas pasan por épocas muy difíciles sufriendo sus síntomas y rara vez se ven en la situación de no poder continuar con sus ocupaciones cotidianas. El cuadro más incapacitante de las variedades de la escala de Psicastenia se caracteriza por una actitud que pudiera llamarse "introspectivamente compulsiva", en la que el paciente se siente incapaz de enfrentarse por sí solo a los problemas que le perturban y se ve en la necesidad de solicitar ayuda.

## **2.3.2 Drogas y Adicciones**

### **2.3.2.1 Consumo de drogas**

La OMS (1994) define el término “droga” desde la farmacología, “como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos.” Adicionalmente, refiere que coloquialmente, este término a menudo suele usarse en mención a las sustancias psicoactivas y, con frecuencia, específicamente, a las drogas ilegales. Sin embargo, para los expertos en la temática, son también drogas: el alcohol, la cafeína, el tabaco, entre otras sustancias frecuentemente empleadas sin una finalidad médica, dado que son consumidas por sus efectos psicoactivos.

- Droga ilegal: se define, según la OMS (1994), como una sustancia psicoactiva que tiene como prohibidas su ingesta, transacción o producción, en un contexto específico.

- Droga legal: es aquella disponible legalmente mediante prescripción médica o en algunas circunstancias, prescindiendo de ella, en un contexto específico. (OMS, 1994)

### 2.3.2.2 Adicciones

Citando a la OMS (1994), la palabra adicción denota un “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.”

Generalmente una adicción presenta una tolerancia que va en incremento y el síndrome de abstinencia, el cual se manifiesta al interrumpir el consumo. La denominación de “adicción” guarda relación con que se presente una ingesta de la sustancia con efectos nocivos tanto para el individuo como en los grupos sociales en los que se desenvuelve. El término alcoholismo es el equivalente a adicción para cuando se hace referencia al uso de alcohol (OMS, 1994).

La definición planteada por Sadock et al. (2015), sugiere que una adicción se conceptualiza como: "consumo repetido y aumentado de una sustancia cuya privación ocasiona síntomas de distrés y una perentoriedad irresistible (ansia) para el consumo repetido de la sustancia y que induce un deterioro físico y mental."

La adicción, de acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004), se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias perjudiciales que generan. Se considera una enfermedad cerebral porque las drogas generan afectaciones cerebrales tales

como la modificación estructural y funcional. Estos cambios cerebrales pueden ser duraderos y pueden conducir a comportamientos nocivos en las personas que abusan de las drogas.

### **2.3.2.3. Características de una conducta adictiva**

Gossop (1989, como se citó en Becoña y Oblitas, 2002), refiere que las características de una adicción son:

- 1) Persistente deseo de consumir la sustancia.
- 2) Deterioro de las capacidades para regular el consumo, tales como manejar el comienzo, mantenimiento o nivel en el que se consume.
- 3) Alteración en el estado de ánimo y malestar, cuando se impide el consumo.
- 4) Insistir en consumir la sustancia, pese a graves consecuencias para la persona.

### **2.3.2.4. Los niveles de adicción**

Teniendo en cuenta a Becoña y Oblitas, (2002), los niveles de adicción son:

1. Experimentación: Se da en la ocasión en la que el individuo prueba una droga por curiosidad, manteniendo el control para luego seguir o detener el consumo.
2. Uso: Se trata de un consumo ocasional, como los fines de semana u oportunidades específicas, en el que no hay presencia de episodios de intoxicación, ni genera dificultades a nivel social, familiar o laboral. Cabe mencionar en este nivel, que toda droga produce dependencia física o psíquica de manera progresiva y es usual caer en el abuso.
3. Abuso: Consiste en consumo regular durante casi todas las semanas y con la presencia de alteraciones en el estado de ánimo y episodios de intoxicación como resaca y lagunas

mentales. El consumo va controlando progresivamente la vida del individuo, y genera dificultades a nivel académico, laboral, social y familiar.

4. Adicción: Ocasiona compulsión hacia la búsqueda de la droga, lo cual rompe relaciones sociales y familiares, además de generar dificultades a nivel académico y laboral. Resulta muy difícil la abstinencia y existe compromiso orgánico. Se da la presencia de conductas de alto riesgo, tales como la promiscuidad sexual, el uso de drogas intravenosas o combinación de diversas drogas, accidentes automovilísticos y el estado de ánimo depende de la etapa del consumo o abstinencia.

#### **2.3.2.5 Consumo de drogas y salud mental en universitarios**

La Secretaría Nacional de la Juventud [SENAJU] (2012), indica que, durante la etapa universitaria, los jóvenes presentan problemas a nivel emocional que involucran su salud mental. En una encuesta, cuyos participantes, fueron universitarios peruanos entre 15 y 29 años, se encontró la presencia de signos que indican ansiedad, depresión, riesgo de consumo de alcohol, trastornos alimenticios y psicóticos. Entre los principales signos se hallaron los cambios en el ritmo del sueño, nerviosismo o tensión, frecuente dolor de cabeza, cuello y espalda, sensación de tristeza, angustia sobre el peso, entre otros. Asimismo, el Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011) refiere que la depresión es el trastorno del estado de ánimo, que se presenta con mayor prevalencia en jóvenes mayores de 18 años, siendo las mujeres quienes lo padecen en un mayor porcentaje que los varones.

En estudiantes universitarios, el estrés se encuentra asociado a síntomas psicológicos y físicos. Los estudiantes afrontan estresores académicos, financieros y sociales que podrían repercutir de manera negativa en su estabilidad emocional y su salud mental (Dusselier, Dunn, Wang, Shelley y Whalen, 2005). El ámbito académico se caracteriza por presentar

diversas demandas desencadenantes de estrés (Barraza y Silerio, 2007; Martín, 2007). Entre estas demandas, destacan los trabajos grupales, la falta de tiempo para cumplir las tareas asignadas, la sobrecarga de tareas, el material de estudio excesivo, las evaluaciones, la participación en clase, las exposiciones, entre otras (Feldman, Goncalves, Chacón Puignau, Zaragoza, Bagés y Pablot, 2008; García, Pérez, Pérez y Natividad, 2012; Menéndez, 2010).

Boullosa (2013), realizó un estudio con 198 jóvenes universitarios peruanos. Se encontró que las principales reacciones psicológicas frente al estrés académico fueron la ansiedad, dificultades para concentrarse, angustia, sentimientos de tristeza y depresión. Respecto a las manifestaciones físicas, se encontró cansancio permanente y dificultades para dormir. Por último, en cuanto a las reacciones comportamentales, se encuentran el desgano, cambios en los hábitos alimenticios, aumento o reducción en el consumo de alimentos, entre otros. Además, los síntomas psicológicos son los más prevalentes, seguidos de los físicos y los comportamentales.

Complementando con la información recaudada respecto a la relación entre la adaptación a la vida universitaria y la salud mental en el contexto peruano, Chau y Vilela (2017) examinaron un grupo de jóvenes universitarios de Lima Metropolitana, en donde encontraron que la capacidad para relacionarse con sus pares, el dominio y manejo de las exigencias en el ámbito académico y la perspectiva futura profesional; predicen la salud mental en estudiantes universitarios. Estos autores señalan que la adaptación a la vida universitaria se relaciona de manera significativa y directa con la salud percibida, especialmente con el área personal. Este hallazgo corrobora lo que plantea Clinciu (2013) respecto a que las dificultades a nivel emocional se relacionan con un mayor nivel de estrés en jóvenes estudiantes.

Por otra parte, diversas investigaciones coinciden además en informar respecto al constante incremento del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales en la población

universitaria (Oliveira et al., 2009). Asimismo, el inicio del consumo está comenzando a edades cada vez más tempranas (Mosqueda y Carvalho, 2011). La escasa percepción de riesgo y la gran tolerancia social existente entre los jóvenes ante la ingesta de sustancias psicoactivas han contribuido a la normalización y generalización de su consumo (Sánchez-Pardo, 2002). En diferentes estudios se ha comprobado que la droga ilegal más consumida es el cannabis, mientras que el alcohol es la más consumida de las drogas legales. Siendo el consumo de alcohol, para la sociedad de países industrializados, el tercer motivo de riesgo. (OMS, 2014). Asimismo, de acuerdo con Terán, Mayor y García (2017), el consumo de drogas en adolescentes es habitual por lo que la percepción de riesgo es baja por parte de los adolescentes. Por tal motivo, es importante conocer los signos y síntomas que conllevan el consumo, para de esta manera, posibilitar una intervención a nivel temprano, desde la prevención.

### **2.3.3. Consumo de alcohol**

Como término químico, el alcohol es un compuesto orgánico proveniente de los hidrocarburos, que está conformado por uno o distintas agrupaciones de hidroxilo (-OH). El etanol ( $C_2H_5OH$ , alcohol etílico) es un compuesto de dichas agrupaciones, además, es el componente psicoactivo por excelencia de las bebidas de alcohol. El “alcohol” como terminología, es empleado en referencia a las bebidas alcohólicas. Se obtiene el etanol a partir de la azúcar fermentada por la levadura. En circunstancias usuales, la concentración de alcohol de las bebidas hechas a partir del proceso de fermentado no es superior al 14%

Para el caso de las bebidas espirituosas que se preparan empleando la destilación, el etanol es evaporado al ebulir la mezcla de fermentación y posteriormente es recogido en la condensación. Es importante precisar que el etanol no solo es usado para el uso humano,

sino que también es empleado en industrias químicas, o como combustible o disolvente (OMS, 1994).

El etanol anhidro o alcohol absoluto es aquel que está conformado por agua, en una proporción igual o menor al 1% en peso. Asimismo, es el que denota cuánto alcohol contiene una bebida, por ejemplo: etanol al 100% (OMS, 1994). El metanol cuya fórmula química es  $\text{CH}_3\text{OH}$  tiene la fórmula química más básica. Este alcohol metílico es empleado como disolvente industrial y adulterante que desnaturaliza el etanol, no es apto consumirlo en forma de bebidas alcohólicas metiladas. El alcohol metílico, de ser consumido en dosis elevadas conduciría a efectos como: alteración de la visión, ceguera, coma y la muerte. También son consumidos en ocasiones otros alcoholes no aptos y nocivos, como el isopropanol y el etilenglicol.

Los efectos que produce el alcohol, de acuerdo con la OMS (1994), son similares a los de los barbitúricos. Se considera al alcohol un sedante/ hipnótico. Asimismo, la intoxicación alcohólica asociada a un consumo social puede causar envenenamiento, llegando a ocasionar la muerte; la intensa ingesta y prolongada puede generar dependencia o afectaciones mentales, físicas y orgánicas.

### **2.3.3.1. Alcoholismo**

El alcoholismo, indica la OMS (1994), es un trastorno de causa biológica primaria, que evoluciona de forma previsible y naturalmente, descripción que se ajusta a una enfermedad. La raíz del concepto de alcoholismo se basó en las concepciones médicas y legales del s. XIX, en el que se consideraba como enfermedad a la embriaguez. Más tarde en el año 1977, investigadores de la OMS, a manera de responder al uso poco preciso del término alcoholismo, propuso sustituirlo, en la práctica psiquiátrica, por la expresión de síndrome de dependencia al alcohol.



“En el alcoholismo patológico, lo característico son los palimpsestos alcohólicos (episodios de amnesia asociados a la intoxicación alcohólica), los cuales van a llevar a la incapacidad de detenerse e incapacidad de abstenerse sin alcohol.” (Oliver, 2004).

Adicionalmente, Oliver (2004) menciona que las complicaciones alcohólicas son:

- a. Intoxicaciones corporales
- b. Alucinosis
- c. Paranoia alcohólica
- d. Delirium Tremens (luego de 2 – 10 días sin alcohol)
- e. Psicosis de Wernicke – Korsakoff
- f. Intoxicación patológica (mínima cantidad de alcohol y gran sintomatología)
- g. Encefalopatía de Wernicke (carencia de Tiamina)
- h. Alcoholismo Crónico (gran deterioro psicofísico)

Luego de 4 a 12 horas de abstinencia, la persona con adicción al alcohol podría presentar alucinaciones, agitación, epilepsia, ello nos da cuenta de la gravedad de esta condición.

### **2.3.3.2. Tipología del consumo de alcohol**

Existen diferentes tipos de consumo de alcohol que van a indicar distintas consecuencias a nivel personal, laboral, social y físico, además pueden marcar un deterioro a nivel psicológico, repercutiendo en la salud del individuo. Para diferenciar los tipos de consumo de alcohol, la OMS (1994) brinda la siguiente clasificación:

- *Consumo abusivo*, se refiere al patrón de ingesta de alcohol que supera el estándar como moderado. Es definido como aquella ingesta que supera un volumen diario determinado o una cantidad concreta por ocasión.
- *Consumo controlado*, corresponde al consumo regulado con el fin de evitar la intoxicación o consumo de riesgo.
- *Consumo por evasión*, consiste en el consumo de alcohol cuyo motivo es evitar situaciones o vivencias afectivas desagradables.
- *Consumo de riesgo*, se refiere al consumo que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias físicas, mentales o sociales para el consumidor. Se refiere a modelos de consumo que repercuten en la salud pública.
- *Consumo excesivo* abarca una frecuencia de consumo por encima del estándar de consumo aceptable, es considerado como una ingesta riesgosa. Corresponde a la intoxicación etílica y se presenta en dos tipos. El consumo excesivo episódico abarca episodios breves que suceden al menos algunas veces al año. Mientras que el consumo excesivo habitual se refiere al consumo frecuente de gran cantidad de alcohol que resulta siendo nociva tanto para el bienestar del individuo como de la sociedad.
- *Consumo experimental* corresponde a las primeras veces que se produce el consumo o se refiere a un consumo muy poco frecuente.
- *Consumo moderado* corresponde a consumir cantidades de alcohol que no generan problemas, es considerado como consumo de bajo riesgo.

### **2.3.3.3. Neurobiología del alcoholismo**

Neurobiológicamente, la adicción al alcohol se explica a través de las manifestaciones de la conducta adictiva al etanol, que implica modificaciones funcionales inducidas por esta sustancia sobre diversas estructuras cerebrales (los ganglios basales, el cerebelo, corteza frontal, áreas de procesamiento cognitivo de la neocorteza, zonas de control neurovegetativo, y demás). Para el carácter reforzador del etanol resultan tener roles importantes el aumento agudo, y las posteriores alteraciones funcionales, en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens del sistema dopaminérgico mesolímbico ante la exposición al etanol. Asimismo, la tolerancia y la abstinencia alcohólica se fundamentan en el deterioro a largo plazo de la inhibición fisiológica y el aumento de la excitabilidad en el sistema nervioso central, consecuencias de modificaciones en el patrón proteico neuronal, inducidas por la exposición crónica al etanol (De Armas, González, León, León y Urquiza, 2014).

### **2.3.3.4. Epidemiología del consumo de alcohol**

#### **Consumo del alcohol en el Perú: niveles y patrones**

Según indica el *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018* (OPS, 2019), En el Perú, la bebida alcohólica de mayor consumo es la cerveza (60%), seguida del vino (8%), bebidas espirituosas (32%) y otras (1%). El consumo de alcohol per cápita anual, de la población general de 15 años a más, se redujo en el periodo (2015- 2017) con respecto al de (2009 -2011), siendo la cantidad de litros de alcohol puro de 6.3 y 8.0, respectivamente.

En tanto, el consumo de alcohol per cápita en la población de bebedores de alcohol en el 2016 fue de 5.6 litros en mujeres (15 años a más edad) y el de los varones (15 años a más edad) fue de 15.6 litros. Evidenciándose un mayor consumo en los hombres. Asimismo,

en ambos sexos se presentó un consumo per cápita anual de 11.8 litros de alcohol puro (OPS, 2019). Respecto a la prevalencia de episodios abundantes de consumo de alcohol, considerando una ingesta superior a los 60 gr de alcohol puro en la última vez de consumo y siendo este en los últimos 30 días, se encontró:

- Un 26.4% en personas de 15 años a más de la población general. (42.1%=M; 10.9%=F)
- Un 49.5% en personas de 15 años a más de la población de bebedores de alcohol. (62.8%=M; 27.4%=F)
- Un 21.9% en personas de entre 15 a 19 años de la población general. (35.2%=M; 7.9%=F)
- Un 57% en personas de entre 15 a 19 años que son bebedoras de alcohol. (68.6%=M; 31.8%=F)

Con relación a la prevalencia de abstinencia al alcohol según la OPS, 2019, en personas mayores de 15 años, se encontró.

- Un 8,8% de Lifetime abstainers, es decir, personas que nunca han probado alcohol. (4.2%=M; 13,3%=F)
- Un 38% de Former drinkers, personas que antes han probado alcohol pero que no lo han hecho en los últimos 12 meses. (28.7%=M; 47,1%=F)
- Siendo un total de 46.8% personas que en el último año no consumieron alcohol en el Perú. (32.9%=M; 60,4%=F)

### **Consecuencias del consumo en la salud de los peruanos:**

Acerca de la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol, tomando los datos del Perú, según refiere la OPS (2019), los cuales incluyen dependencia y uso nocivo de alcohol, se encontró:

Un 14% en la población de varones de más de 15 años.

- Un 3,8% en la población de mujeres de más de 15 años.
- En total un 8.9% en la población de ambos sexos.

En cuanto a la dependencia de alcohol, los datos obtenidos fueron:

- 7.9% de varones de más de 15 años la presentan.
- 1.9% de mujeres de más de 15 años la presentan.
- 4.9% del total de la población presentan dependencia al alcohol. (OMS, 2018)

## **Situación del adolescente y joven de Lima Metropolitana y Callao**

### *Edad media al inicio de consumo*

De acuerdo con el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM) (2012), la edad de inicio del consumo de alcohol promedio en la población adolescente de Lima Metropolitana y Callao es de 13.12 años.

### *Prevalencia de vida de consumo de alcohol*

Asimismo, en relación con la prevalencia de vida de ingesta de alcohol en población adolescente según conos en la ciudad de Lima Metropolitana y Callao, el INSM (2012), señala:

- En el Cono Centro, una prevalencia de 62.8%
- en el Cono Sur, una prevalencia de 67.2%
- En el Cono Este, una prevalencia de 56.5%

- En el Cono Norte, una prevalencia de 57.2%
- En el Callao, una prevalencia de 63.5%
- En total, una prevalencia de 60.8%

### **Uso de alcohol en población universitaria del Perú y países andinos**

De acuerdo con el Tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria (UNODC, 2017), el cual se realizó con muestras de los países de Bolivia, Colombia y Ecuador, se resalta lo siguiente:

- El 70% de los estudiantes universitarios analizados de la región andina evidencia ingesta de alcohol en el último año, lo cual denota una disminución significativa con relación al 2012, año en el que se presentó una tasa del 71,9%. En la población de varones se halló una disminución significativa pasando de 78,4% en 2012 a 75,6% en 2016. La variación registrada con relación a la población de sexo femenino, desde 65,9% en 2012 a 64,7% en 2016, no es estadísticamente significativa, por lo que no debe interpretarse como una disminución (UNODC, 2017).
- Respecto a los indicadores de uso del alcohol, de acuerdo con la OPS, 2017: El 85.2% de los estudiantes encuestados de Perú afirmaron haber consumido alcohol una vez en su vida. En Colombia la cifra es distinta, siendo conformada por un 93.4%, mientras que, en Ecuador, es de 89.4% y en Bolivia, un 77.7%. Relativo al consumo reciente las tasas fueron de: 67.0% en Perú, 82.4% en Colombia, 74.3% en Ecuador y 56.9% en Bolivia. Por otro lado, el consumo actual de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios se conformó por un 37.1% en Perú, un 56.1% en Colombia, un 50.4% en Ecuador y un 32.1% en Bolivia.
- Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a la prevalencia del último año de consumo de alcohol por país, existiendo en el Perú

una prevalencia del 67.0%, en Colombia un 82.4%, en Ecuador, un 74.3% y en Bolivia, un 46.9%.

- En el Perú las diferencias por sexo evidencian un mayor consumo en hombres que en mujeres, por 14 puntos porcentuales. En los demás países los varones se posicionan de la misma manera, en Colombia hay una mayor cantidad por 7 puntos porcentuales, en Bolivia, por 12 y en Ecuador, por cerca de 13 puntos (UNODC, 2017).
- En referencia a la edad de inicio de consumo de alcohol de la población de universitarios, según señala la OPS, 2017, el promedio de edad fue en Perú de 16.8 años, en Colombia, de 15.3 años, en Ecuador de 16.4 años y en Bolivia, 17.5 años.
- En función a la percepción de riesgo, la UNODC, 2017 indicó que: Un 74,5% de los universitarios de Bolivia y Colombia, y cerca de un 79% en Ecuador y Perú perciben el consumo frecuente de alcohol como un comportamiento de gran riesgo. Cabe resaltar que esto ocurre mayoritariamente en las mujeres estudiantes.
- Uso perjudicial y signos de dependencia: Con relación a los estudiantes que consumieron alcohol alguna vez durante el último año (OPS, 2017), se determinó el porcentaje de quienes califican como bebedores en riesgo, por su uso perjudicial del alcohol. Hay diferencias relevantes entre los países, siendo un 20,5% en Perú., un 32,5% en Bolivia y Ecuador y un 27,0% en Colombia Este consumo riesgoso se encuentra en mayor índice en los varones.
- Respecto a los consumidores recientes de alcohol, la UNODC, 2017, señala que presentan rasgos de dependencia a consecuencia de su consumo, se observa un 8,9% en Perú, un 15,2% en Bolivia, 12,8% en Ecuador y 11,4% en Colombia.
- Uso de alcohol en el entorno: En el Perú hay un 46.6% de estudiantes que afirma tener dos o más amigos y familiares que se emborrachan, mientras que, en Colombia,

un 64-7%, en Bolivia, un 58.5%, y en Ecuador un 57.1%, según detalla el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria (UNODC, 2017).

#### **2.3.3.5. Factores socioculturales asociados al consumo de alcohol.**

De acuerdo con Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, & Kraus (2009), el consumo de bebidas alcohólicas como hábito social se inicia con mayor frecuencia durante la adolescencia y juventud. Esto puede ser atribuido a que durante esta etapa, el individuo busca sentirse incluido en una "cultura de edad" caracterizada por sus propios comportamientos, valores, normas, espacios y modas. Según Woolfolk (2008), el adolescente construye su identidad personal en base a las normas de los grupos que conforma, los compromisos que en ellos asuma y los valores que adopta por la interacción grupal. De esta manera, el consumo grupal de alcohol forma parte de la cultura juvenil e implica, para los jóvenes, un espacio simbólico, común y compartido, construido por ellos a través de la interacción. Silbereisen y Lerner (2007) acotan que todo factor de riesgo o de protección actúa en conjunto con otros factores, como pueden ser la familia, escuela, relaciones con los pares y el entorno comunitario y social de la persona.

#### **2.3.3.6. Factores de riesgo de consumo de alcohol**

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004), los factores de riesgo predisponen hacia el abuso de sustancias de distintas maneras. Mientras más son los riesgos a los que el adolescente esté expuesto, mayor será la probabilidad de que abuse de las drogas. Algunos de estos factores pueden influir más que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia (Ahumada, Gámez y Valdez, 2017). Por otra parte, los factores de protección, como un fuerte



vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto efectivo en reducir los riesgos desde los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los indicadores de riesgo y los de protección de modo tal que los indicadores de protección superen a los indicadores de riesgo.

Haciendo un análisis más específico, Musayón, Torres, Sánchez y Chávez (2005), realizaron un estudio descriptivo - transversal para conocer los indicadores de riesgo hacia la ingesta de alcohol en estudiantes de Lima. Se encontró que los principales factores de riesgo para los adolescentes son la presión grupal, baja autoestima (así como también un bajo autoconcepto y autoeficacia), desintegración familiar, necesidad de autonomía, rechazo hacia la protección adulta, estrés, y cambios relacionados con su desarrollo. Otros factores de riesgo encontrados fueron el ofrecimiento constante de bebidas alcohólicas, sentimientos de tristeza, amistades que consumen alcohol, antecedentes de problemas con la policía, abandono académico y falta de supervisión de parte de un adulto. Cabe añadir, que se encontró como factor protector, una buena relación entre el adolescente y sus padres o cuidadores, en donde el adolescente recibe una valoración positiva de parte de ellos, respecto a sí mismo y sus amistades.

#### **2.3.3.7. Factores de protección hacia el consumo de alcohol**

Es importante profundizar sobre cuáles son los factores protectores asociados al consumo de alcohol, para de esta manera, identificar modos eficaces de intervenir desde una pronta y oportuna prevención y promoviendo eficazmente la salud. Distintos autores indican como factores de protección, el apoyo social (Goncy y Van Dulmen, 2010), el monitoreo parental, la adecuada comunicación y el tiempo de interacción en la díada padres-hijos (Goldstein, Davis-Kean y Eccles, 2005; Duffy, 2014).

Ahumada et al. (2017) hacen hincapié en ciertos recursos personales que logran neutralizar el riesgo de consumo de alcohol, ellos son:

- Factores Personales: Contar con una proyección de vida, sumada a una actitud positiva, ser autónomo, independiente y tener habilidades sociales, así como una adecuada gestión del tiempo.
- Familiares: El crecer en un ambiente acogedor, cohesionado, en donde se respeten los integrantes, prevalezca un estilo de comunicación asertivo, existan normas por respetar, constante soporte emocional, tiempo de calidad y que se logren promover hábitos e intereses saludables.
- Psicológicos: Son importantes factores como la buena autoestima, el autocontrol, ser empáticos, asertivos, también ser capaz de tolerar situaciones frustrantes y optar por los objetivos a alcanzar antes de placeres inmediatos.
- Escolares: Ser constante y disciplinado en los estudios, el apoyo social en el contexto educativo que se consolide en lazos de afecto y respeto, además de una relación satisfactoria con los compañeros, el trabajo en grupo, participar en actividades extracurriculares y deportivas y espacios que faciliten la creatividad.
- Ambientales: Ser partícipe de las actividades comunitarias, contar con el apoyo social de los compañeros, vecinos, etc. Todo aquello que pueda manifestar proactividad y que promueva actividades saludables de ocio y adecuada gestión de tiempo libre. También son importantes las leyes y normas que regulen la ingesta de alcohol.

## **2.3.4 Psicopatología del alcoholismo**

### **2.3.4.1 Personalidad, rasgos psicopatológicos y alcoholismo**

En lo que respecta a la psicopatología de la personalidad del individuo que consume alcohol; existen distintas teorías psicológicas que explican el fenómeno. Desde la teoría psicodinámica existe la hipótesis, de que algunos individuos pueden usarlo con la finalidad de poder afrontar un superyó riguroso autopunitivo y reducir los niveles inconscientes de ansiedad. La teoría psicoanalítica clásica postula, además, que al menos algunos alcohólicos pueden quedar fijados en la fase oral del desarrollo y usar el alcohol para mitigar sus frustraciones al tomarlo por vía oral. Por otro lado, la decisión de beber nuevamente tras la primera experiencia y continuar haciéndolo a pesar de los problemas, según las teorías conductuales, es influenciada por las expectativas sobre los efectos gratificantes del alcohol, las actitudes cognitivas hacia la responsabilidad de la propia conducta y los siguientes refuerzos tras la ingestión de alcohol (Sadock et al., 2015).

Profundizaremos a continuación, algunas teorías que describen y explican el origen y mantenimiento del consumo de alcohol.

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social aplicada particularmente al alcoholismo por Nathan (1988), el consumo de alcohol se inicia y mantiene a través del modelado, al imitar las actitudes, conducta y acciones de otros individuos. Siendo que algunas personas no adquieren patrones de bebida apropiados, sino por lo contrario, desarrollan una pauta desadaptativa al consumir alcohol. Asimismo, el comportamiento, las costumbres y la manera en que puede la familia consumir alcohol, se usan como modelo y se evidencian en los hijos, influyendo significativamente en la conducta de ellos frente al alcohol.

Desde una perspectiva del alcohol como reforzador, como lo plantean Seiden y Dykstra, (1977), citados por Grant (2015), un reforzador consiste en cualquier estímulo que incrementa la posibilidad de que un comportamiento se repita en el futuro. Desde la teoría del condicionamiento operante, si los efectos del consumo de alcohol, incrementa la posibilidad de beber en el futuro, entonces estos efectos están funcionando como reforzadores. En la teoría del condicionamiento clásico, el consumo de alcohol cumple el rol de estímulo primario, si al emparejar sus efectos con la aparición de un estímulo neutro, resulta que el estímulo neutro genera los mismos efectos que el consumo de alcohol. El procedimiento de emparejar una respuesta con la aparición o el retiro de un estímulo es refuerzo en la teoría del condicionamiento operante. Mientras que el procedimiento de emparejar un estímulo neutro con un estímulo primario para generar un comportamiento de refuerzo corresponde con la teoría del condicionamiento clásico.

De acuerdo con Stewart y cols. (1984, como se citó en Grant, 2015). El refuerzo condicionado es fundamental en muchas teorías que explican la causa y recaídas hacia el consumo de alcohol. Una de estas teorías, lo sustenta respecto a la motivación por incentivo, en que algunos estímulos condicionados relacionados con el alcohol simulan los efectos del consumo de alcohol y funcionan para incrementar dicho consumo. Por otro lado, Wikler y Pescor (1967, citados en Grant, 2015), plantean la hipótesis de reducción del impulso, en la que el estímulo relacionado con un alto consumo de alcohol genera reacciones condicionadas como la abstinencia y esto incrementa el consumo de alcohol para evitar esta molestia.

El modelo de afrontamiento del estrés, descrito por Wills y Shiffman (1985) atribuye el consumo de drogas, incluyendo al alcohol, como una estrategia para afrontar el estrés de la vida diaria. Por ello, el estrés sería un factor precipitante para el abuso de drogas en los adolescentes. Al tener una dolencia emocional o poco control sobre las situaciones problemáticas, se elevaría la posibilidad de emplear drogas y mientras el estrés persista, se

aumenta la ingesta. El afrontamiento ante el estrés como respuesta podría ser un factor precipitante, como, por lo contrario, un factor protector; si se desarrollan mecanismos adaptativos conductuales o cognitivos. Un ejemplo de un mecanismo de adaptación conductual sería afrontar el problema y actuar directamente para resolverlo; mientras que un mecanismo de adaptación cognitivo sería emplear estrategias y recursos internos para reducir el malestar emocional. Si estas respuestas se generan, se adquiere una mejor capacidad de solución de problemas y competencias normativas. Por lo contrario, si el individuo responde empleando mecanismos desadaptativos como la ira, evitación o impotencia; resultaría una mayor dificultad en la solución de problemas. Cabe mencionar que este modelo otorga relevancia al soporte emocional brindado por la familia como un ente protector.

Según los modelos basados en el enfoque sistémico, el uso de bebidas alcohólicas representa una expresión de conductas inadaptadas de alguno o más miembros de la familia, que generan una alteración en el sistema familiar (Waldron & Turner, 2008). El consumo de alcohol genera una situación en la cual la familia cumple la función de enfrentarse a elementos estresantes internos o externos, o continuar manteniendo otros procesos ya establecidos en la organización del sistema.

Cuando se trata de un adolescente o joven adulto que ingiere sustancias, los sistemas familiares que conllevan al uso desmedido de sustancias suelen ser de mucha similitud, bien sea la droga, el alcohol, el tabaco u otra sustancia (Kaufman, 1994). Tanto la edad como el rol de la familia en la interacción con el consumidor de sustancias podrían influir sobre los patrones familiares, más que la propia sustancia de elección. Por ese motivo, acorde a la evidencia generada en la orientación brindada a las familias, la adicción como síntoma podría vincularse a problemas acerca de la búsqueda de autonomía e independencia del adolescente o joven con respecto a los padres y viceversa. La ingesta de sustancias impide

claramente el desarrollo del proceso de distinción en el cual, el joven se encuentra atrapado en un estilo de vida que le imposibilita la construcción de su vida de adulto.

#### **2.3.4.2. Criterios Diagnósticos para trastornos originados por el consumo de alcohol**

Según la clasificación establecida por el DSM-V (APA, 2014), los criterios a tomar en cuenta para el diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol corresponden al patrón problemático que genera un daño en el individuo y la presencia de dos o más de los siguientes criterios en el periodo de tiempo de un año:

- Consumo de bebidas alcohólicas en mayor cantidad o durante más tiempo de lo esperado.
- Ansias por consumir alcohol y dificultad para graduar o detener el consumo.
- Grandes esfuerzos e inversión de tiempo en todo lo necesario para obtener bebidas alcohólicas, consumir o recuperarse de sus efectos adversos.
- Sensación de deseo o necesidad de beber alcohol.
- Incumplimiento de las tareas asignadas a nivel laboral, académico o del hogar, causado al consumo de alcohol.
- Dificultades a nivel social debido al consumo de alcohol.
- Disminución o detención de otras actividades, provocado por la frecuente ingesta de bebidas alcohólicas.
- La ingesta de alcohol está generando un daño físico.
- Tiene conocimiento de estar sufriendo daños a nivel físico o psicológico, sin embargo, persiste en consumirlo.
- Tolerancia, observada en uno o dos de los siguientes casos:
  - a. Necesidad de aumentar el consumo cada vez más, para obtener la sensación satisfactoria.

- b. Sensación de satisfacción significativamente reducida, luego de haber consumido la misma cantidad de alcohol.
- Abstinencia, observada en uno o dos de los siguientes casos:
  - a. Síndrome de abstinencia característico del alcohol.
  - b. Consumo de bebidas alcohólicas (o ingesta de otra sustancia similar, como una benzodiacepina) con el fin de aligerar los síntomas de abstinencia.

Para especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

#### **2.3.4.3. Comorbilidad del alcoholismo con otros trastornos**

Según Mellos, Liappas y Paparrigopoulos, T. (2010) el alcoholismo es prevalentemente un trastorno complejo de heterogeneidad clínica, genética y neurofisiológica, que tiene gran comorbilidad con otros trastornos mentales. Existen diversos estudios clínicos que indican la existencia de una elevada comorbilidad entre la dependencia alcohólica y variables como estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

De acuerdo con los estudios epidemiológicos y clínicos, refieren Mellos, Liappas y Paparrigopoulos (2010), la prevalencia de los trastornos de personalidad en casos de alcoholismo oscila entre un 22-40% hasta un 58-78%, cantidad similar a la que plantean Newton-Howes y Foulds (2018), quienes refieren que más del 50% de personas con trastorno de personalidad experimentan un trastorno por consumo de alcohol en algún momento del ciclo de vida. Generalmente prevalecen el trastorno antisocial de la

personalidad y el trastorno límite de la personalidad, sin exonerar la posibilidad de comorbilidad con los otros trastornos de personalidad.

Asimismo, Newton-Howes y Foulds (2018) manifiestan que la comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastorno por consumo de alcohol probablemente se relaciona con factores genéticos causales superpuestos y factores de riesgo ambientales tempranos y el efecto de algunos rasgos de personalidad en la génesis de quienes padecen de un consumo perjudicial de alcohol.

Mellos, Liappas y Paparrigopoulos (2010) plantean la evidencia de que los trastornos de personalidad son cuatro veces más frecuentes aproximadamente en pacientes psiquiátricos y adictivos que en la población general. En poblaciones de pacientes hospitalarios con problemas de drogas y alcohol, las cifras de prevalencia de trastornos de personalidad se reportan en más del 70%. Hay amplia evidencia del papel de la patología de la personalidad en la etiología y el desarrollo del alcoholismo, sin embargo, la búsqueda de la denominada “personalidad alcohólica que surgió la primera mitad del siglo XX hoy en día aún no muestra una evidencia consistente ni sólida.

Sadock et al. (2015) mencionan que los diagnósticos psiquiátricos que se vinculan con más frecuencia los trastornos relacionados con el alcohol, además de otros trastornos relacionados con sustancias, son:

### ***El Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA)***

Esto concuerda con lo referido anteriormente. Según refieren Sadock et al. (2015), existen estudios que sugieren que este trastorno es muy frecuente en varones con trastornos relacionados con el alcohol, además que podría anteceder el desarrollo del trastorno relacionado a la dependencia del alcohol. Pese a ello, también señalan que existen



investigaciones que indican que el mencionado trastorno de personalidad y las afectaciones por consumo de alcohol no poseen una relación causal entre ellos.

Para Newton-Howes y Foulds (2018), el trastorno de personalidad antisocial se asocia con mayor nivel de comorbilidad entre los pacientes con trastorno por consumo de alcohol. En tanto, otros trastornos de personalidad están asociados con un menor ajuste del tratamiento para problemas con el alcohol. Cabe precisar, refieren Newton-Howes y Foulds (2018), que el panorama no es del todo negativo, puesto que hay pacientes con alteraciones de la personalidad y problemas de alcohol que llegan a obtener mejoras y beneficios considerables.

### ***Los trastornos del estado de ánimo***

Hay evidencias de la presencia de criterios diagnósticos de depresión mayor en algún momento de su vida en el 30% al 40% de casos de personas con un trastorno relacionado con el alcohol, de acuerdo con Sadock et al. (2015). Frecuentemente las mujeres tienden a presentar depresión en mayor medida que los varones. Asimismo, existen reportes que aseguran que quienes padecen de trastornos relacionados con el alcohol y trastornos de depresión tienen un elevado riesgo de intento suicida. En adición, es probable que exista el riesgo de desarrollar un trastorno relacionado con el alcohol para los pacientes con trastorno bipolar I, quienes podrían emplear la sustancia durante episodios de manía.

### ***Los trastornos de ansiedad***

Es ampliamente reconocido que, con motivo de la mitigación de la ansiedad, muchos emplean el alcohol, ello es mencionado por Sadock et al. (2015). Cerca del 25% al 50% de casos con trastornos relacionados con el alcohol evidencian también cumplir con criterios diagnósticos de cuadros ansiógenos, tales como fobias y trastornos de pánico. El alcohol

incluso podría ser usado en un intento de paliar los síntomas de fobia social o agorafobia, y en los casos de trastorno de pánico o de ansiedad generalizada, es muy probable que sus apariciones sean precedidas por un trastorno relacionado con el alcohol.

#### **2.4. Definición de términos básicos**

##### *Características psicopatológicas*

Las características psicopatológicas son el conjunto de signos y síntomas, cualitativos, que definen una psicopatología.

##### *Indicador psicopatológico*

Señal que evidencia o pone en manifiesto alguna característica psicopatológica.

##### *Psicopatología*

Como término descriptivo, psicopatología, es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

##### *Niveles de riesgo*

Los niveles de riesgo son las probabilidades de que ocurran eventos adversos, así como sus consecuencias.

##### *Consumo de Alcohol*

La OMS (1994) define el consumo de alcohol o drogas como la autoadministración de una sustancia psicoactiva.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Supuestos científicos

En diversas ocasiones, los trastornos psicológicos y su relación con el alcohol han sido motivo de estudio y gran interés, con lo cual actualmente se cuenta con información valiosa sobre este tema. Ibáñez y Alfonso (1983) postulan que el alcohol tiene un papel de causa y efecto dentro de la psicopatología. Es por esto, que es importante abordar las necesidades de los adolescentes y jóvenes que padecen de dificultades que comprometen su salud mental. De acuerdo con la OMS (2019), las intervenciones desde la promoción de la salud mental, se orienta a fortalecer su habilidad para autorregular sus emociones, potenciar sus alternativas frente a las conductas de riesgo, desarrollar su capacidad afrontamiento al estrés y a resiliencia ante situaciones adversas, y promover entornos sociales positivos y redes sociales favorables.

#### 3.2. Hipótesis

##### 3.2.1. General

**H1:** Existen diferencias significativas al comparar los indicadores psicopatológicos entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

##### 3.2.2. Específicas

**H2:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Depresión, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H3:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Desviación Psicopática, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H4:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Esquizofrenia, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H5:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Hipocondría, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H6:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Hipomanía, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H7:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Histeria, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H8:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Paranoia, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

**H9:** Existen diferencias significativas al comparar el indicador psicopatológico Psicastenia, entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco.

### **3.3. Variables de estudio**

Las variables de análisis, de tipo comparativas, para esta investigación serán las siguientes:

- **Variables de comparación:**

- a. No consumidores de alcohol
- b. Consumidores de alcohol.

- **VARIABLES DE ESTUDIO:**

Características psicopatológicas de la personalidad (Depresión, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Hipocondría, Hipomanía, Histeria, Paranoia y Psicastenia)

- **VARIABLES EXTRAÑAS Y DE CONTROL:**

Edades comprendidas entre 18 a 43 años, género masculino, nivel socioeconómico B y C+.

### **3.3.1. Características psicopatológicas de la personalidad**

El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-MINI MULT (Kincannon, 1968), establece las siguientes escalas:

Escala de Depresión (D): Está caracterizado por un bajo estado de ánimo, la pérdida de esperanza hacia el futuro y la insatisfacción general con el estado actual.

Escala de Desviación psicopática (Pd): Presentan comportamientos despreocupados por las normas y costumbres sociales, dificultad para aprender de la experiencia y superficialidad emocional.

Escala de Esquizofrenia (Sc): Presentan síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones y otros signos relacionados con alteraciones en las relaciones familiares, dificultad para controlar impulsos, temores e insatisfacciones.

Escala de Hipocondría (Hs): Consiste en una preocupación exagerada por el funcionamiento corporal, lo que domina su vida y restringe gravemente su actividad y relaciones interpersonales.

Escala de Hipomanía (Ma): Presentan alta actividad, excitabilidad, dificultades en las relaciones familiares y preocupaciones somáticas.

Escala de Histeria (Hy): Se caracteriza por el desarrollo de síntomas de conversión con la intención de evitar responsabilidades o conflictos.

Escala de Paranoia (Pa): Corresponde a ideas de referencia, influencia y grandeza, suspicacia, hipersensibilidad y rigidez.

Escala de Psicastenia (Pt): Presentan características tales como ansiedad, temor, baja autoestima y autoconfianza; correspondientes con el patrón obsesivo - compulsivo.

### **3.3.2. Niveles de riesgo del consumo de alcohol**

El Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001), establece los siguientes niveles de riesgo con relación al consumo de alcohol y el tipo de intervención que requiere. De acuerdo con las pautas establecidas por la Organización Mundial de la Salud;

Nivel I Requiere de educación sobre el alcohol: Este nivel corresponde a la abstinencia o un consumo de riesgo bajo.

Nivel II Requiere de consejo simple: Se refiere al consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de riesgo bajo, requiriendo una intervención breve. Lo más adecuado para estos pacientes es utilizar el consejo simple o consejería y materiales educativos.

Nivel III Requiere de consejo simple más terapia breve y monitorización continua: Se trata del consumo de riesgo que es perjudicial y se puede intervenir a través de una combinación de métodos como el consejo simple, terapia breve y monitorización continua. Si con estos tratamientos, el paciente no responde o se observa una posible dependencia al alcohol, se realiza una mayor evaluación diagnóstica.

Nivel IV Requiere de derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento: Este nivel les corresponde a pacientes que necesitan ser derivados a un especialista para una evaluación diagnóstica y una intervención para la dependencia al alcohol.

Para propósitos del presente estudio, se consideró ubicar a los participantes del nivel I, dentro del Grupo 1, conformado por no consumidores de alcohol, así como agrupar los niveles de riesgo III y IV dentro del Grupo 2, compuesto por consumidores de alcohol.

Pretendemos comparar los niveles de riesgo ubicados a los extremos debido a que, por sus características, se ajustan mejor a los grupos de estudio: consumidores y no consumidores de alcohol. Por ello, prescindimos de los participantes ubicados en el nivel de riesgo 2, quienes tendrían un consumo casual y no se ubicarían dentro de los grupos de análisis.

## CAPÍTULO IV

### MÉTODO

#### 4.1. Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo sustantiva dado que tiene como objetivo principal responder al siguiente problema sustancial: *¿Existen diferencias en la presencia de indicadores psicopatológicos de la personalidad entre los estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de alcohol?*

El método empleado es descriptivo (Sánchez y Reyes, 2015), por el cual se describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de variables que les caracteriza de manera tal como se dan en el presente. Se pretende estudiar el fenómeno en su estado actual y su forma natural. De forma específica, es un método descriptivo por encuestas por muestreo, puesto que toma en cuenta la aplicación de cuestionarios, procedimientos de observación indirecta, con el fin de recolectar información de una parte representativa de esta población.

El diseño de investigación es descriptivo comparativo. Según Sánchez y Reyes (2015), con este diseño se pretende recaudar información relevante de la muestra, para describir las características psicopatológicas y niveles de consumo riesgo de alcohol en estudiantes universitarios, y a partir de ello, posteriormente se puedan comparar los datos obtenidos según las hipótesis planteadas. El esquema para este tipo de investigación es el siguiente:

M1-----O1

M2-----O2



M1: Muestra conformada por consumidores de alcohol.

M2: Muestra conformada por no consumidores de alcohol.

Asimismo, la investigación está orientada a describir, explicar, predecir y retrodecir la realidad, en base a los resultados obtenidos, para lograr organizar una teoría científica (Sánchez y Reyes, 2015).

#### **4.2. Población de estudio**

Estudiantes varones de educación superior de una universidad privada de Santiago de Surco, ubicada en la ciudad de Lima metropolitana, capital de Perú.

#### **4.3. Muestra de investigación o participantes**

Se empleó el tipo de muestreo no probabilístico de tipo intencional. En ese muestreo, refieren Sánchez y Reyes (2015), la representatividad se basa en la intención de quien seleccione la muestra, viéndose influenciada por las preferencias del investigador; por lo tanto, se caracteriza por ser subjetiva.

En un inicio, se evaluó a un total de 255 estudiantes universitarios, de las carreras profesionales de Arquitectura, Ingeniería Civil, Psicología y Traducción e Interpretación. Ellos fueron conformados por 130 mujeres y 125 varones. Se procedió a hacer el análisis de validez de sus encuestas y se eliminaron 15 de ellas, siendo protocolos invalidados debido a los altos puntajes de mentira y deseabilidad social.

Posteriormente se consideró conveniente trabajar con los participantes varones, conformado por un total de 118 debido a que no había mujeres con puntuaciones del nivel de riesgo IV, es decir, no se llegó a conformar el grupo de mujeres consumidoras de alcohol,

el mismo que era relevante para los objetivos de la investigación. Luego se decidió ubicar a los participantes en los 4 niveles de riesgo y posteriormente se eliminaron los participantes ubicados en el nivel de riesgo II, reduciendo la muestra a 80 participantes.

La muestra se conformó en dos grupos: los no consumidores de alcohol (nivel de riesgo 1, evaluados con el test AUDIT) y los consumidores de alcohol (niveles de riesgo 3 y 4, evaluados con el test AUDIT). En la tabla 1, se aprecia las frecuencias y distribuciones porcentuales de la muestra, detallando las carreras, ciclos y grupos a los que pertenecen.

Tabla 1

*Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables demográficas de la muestra de estudiantes universitarios (N=80)*

| Variable  | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| <b>Carreras</b>                                 |            |            |
| Arquitectura                                    | 23         | 28.75%     |
| Ingeniería Civil                                | 34         | 42.50%     |
| Psicología                                      | 12         | 15.00%     |
| Traducción e Interpretación                     | 11         | 13.75%     |
| <b>Ciclos</b>                                   |            |            |
| Quinto  | 21         | 26.25%     |
| Sexto   | 36         | 45.00%     |
| Séptimo   | 23         | 28.75%     |
| <b>Grupos</b>                                   |            |            |
| No consumidores de alcohol (nivel de riesgo 1)  | 43         | 53.75%     |
| Consumidores de alcohol (nivel de riesgo 3 y 4) | 27         | 33.75%     |
| TOTAL   | 80         | 100.00%    |

#### 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para propósitos de la presente investigación, se empleó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult (Kincannon, 1968). Además, se utilizó el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol- AUDIT (Babor, et al., 2001). Ambos instrumentos se sometieron a una prueba de validación por criterio de jueces. Para lo cual, 10 expertos analizaron cada ítem de los instrumentos en base a dos criterios: coherencia y relevancia. Tomando en cuenta las observaciones y recomendaciones de los expertos, se procedió a realizar las modificaciones correspondientes en cada uno de los instrumentos. Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa, (2003) refieren que diez expertos proporcionan una determinación confiable de la validez de contenido de un instrumento, siempre y cuando el 80% de los expertos estén de acuerdo en que un ítem sea válido, entonces el mismo puede incorporarse al instrumento.

*MMPI versión abreviada Mini- Mult (Kincannon, 1968)*

La prueba consta de 71 ítems divididos en las siguientes escalas:

Escalas de validez (4)

Escala de Dudas: ?

Escala de Mentira : L

Escala de Validez : F

Escala de Corrección : K

Escalas clínicas (8)

1 Hs Hipocondría

2 Dp Depresión

|   |    |                        |
|---|----|------------------------|
| 3 | Hi | Histeria               |
| 4 | Dp | Desviación Psicopática |
| 5 | Pa | Paranoia               |
| 6 | Pt | Psicastenia            |
| 7 | Es | Esquizofrenia          |
| 8 | Ma | Manía                  |

### Validez y confiabilidad

De acuerdo con los procedimientos para la abreviación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI, por Kincannon, J. (1968). Para determinar la validez y confiabilidad del MMPI versión Mini- Mult, los reactivos de las escalas se clasifican en subgrupos. Los reactivos contaban con un coeficiente Pi igual o superior a .30 en relación con los demás reactivos del mismo subgrupo. Después, se escogió una cantidad proporcional de reactivos para cada uno de los subgrupos. En general, las puntuaciones de los reactivos y de la validez, fueron las esperadas.

Luego de esto, el inventario fue recortado a 71 reactivos y a esta versión, se le llamó Mini Mult. Posteriormente, se llevó a cabo la primera investigación empleando la versión reducida del instrumento. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes del área de psiquiatría de un Hospital General. Los resultados indicaron una correlación de ,00 a ,90 en las 8 escalas clínicas y 3 escalas de validez, y una correlación mediana de ,87. En la siguiente investigación, las correlaciones fueron de ,70 y ,96 con una mediana de ,87. Una tercera investigación se realizó, encontrándose una disminución en la confiabilidad del 14%, lo cual está dentro de lo esperado y no se considera significativo. Dado que esta versión reducida, presenta suficiente validez y confiabilidad, se considera apropiada su administración, cuando la versión original no puede ser aplicada.

*Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol (Babor, et al., 2001)*

El Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol AUDIT, establece los siguientes niveles de riesgo con relación al consumo de alcohol y el tipo de intervención que requiere:

Nivel I Requiere de recibir mayor orientación y educación sobre el alcohol.

Nivel II Requiere de recibir consejo simple.

Nivel III Requiere de recibir consejo, además de asistir a sesiones terapéuticas y ser monitoreado.

Nivel IV Requiere de ser derivado a un profesional especializado para ser evaluado, diagnosticado y recibir el tratamiento correspondiente.

Validez y confiabilidad

Para el desarrollo y validación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol AUDIT. Babor et al. (2001) desarrollaron y evaluaron utilizando este instrumento durante dos décadas para demostrar que el AUDIT proporciona una medida correcta del riesgo hacia el consumo de alcohol; según el género, la edad y las diferencias culturales. El AUDIT es el primer instrumento de screening elaborado particularmente para ser empleado en una atención primaria, cabe mencionar, que el AUDIT presenta una estandarización transnacional. Este instrumento se encuentra validado en pacientes de atención primaria en Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América. Asimismo, es consistente con las clasificaciones del CIE-10 (OPS,

2018) de Dependencia y de Consumo perjudicial de alcohol; centrándose en el consumo reciente de bebidas alcohólicas.

Los reactivos del AUDIT se escogieron basándose en las correlaciones con el consumo diario de bebidas alcohólicas, la frecuencia de consumo de seis o más bebidas por ocasión de consumo y su capacidad para diferenciar a los consumidores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron elegidos en base a la validez, importancia clínica y la implicancia de los dominios conceptuales correspondientes. Finalmente, para esta selección de los ítems, se consideró su adaptación en relación con el género y generalización transnacional. El criterio de los reactivos escogidos para el instrumento fue en base a varios puntos de corte de los puntajes totales para identificar el consumo de bebidas alcohólicas que generan un riesgo perjudicial para el individuo. Así mismo, la validez fue evaluada en relación con el diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. Se examinaron distintas subpoblaciones incluyendo pacientes de atención primaria, casos de servicios de urgencias, consumidores de drogas, estudiantes universitarios, pacientes de la tercera edad y personas de escasos recursos. Se observó que el AUDIT brinda una correcta discriminación y la adecuación cultural y la aplicabilidad transnacional fueron consideraciones relevantes en el desarrollo del AUDIT.

Bohn, Babor & Kranzler (1995), como se citó en Babor et al. (2001) encontraron una alta correlación entre el AUDIT y el MAST con correlaciones de .47 y .46 para hombres y mujeres, respectivamente, en un test encubierto de screening del consumo de alcohol. Además, se encontró un alto coeficiente de correlación de .78 entre el AUDIT y el CAGE en pacientes ambulatorios. Se encontró que los puntajes del AUDIT correlacionan correctamente con las consecuencias del consumo, actitudes hacia el consumo,

vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber.

La confiabilidad y validez del AUDIT fueron establecidas en diversos trabajos de investigación aplicados en distintos ámbitos y países, por lo que el instrumento ha sido traducido en distintos idiomas y se han desarrollado programas de formación para facilitar su utilización por los médicos y personal sanitario.

#### **4.5. Procedimiento para la recolección de datos**

El proceso de recolección de datos se realizó de manera colectiva. Mediante la visita a 5 aulas para cada una de las facultades de arquitectura, ingeniería, psicología y lenguas modernas; de una universidad privada de Surco, con previa autorización de sus docentes correspondientes. Además, se obtuvo el consentimiento informado por escrito (Anexo A) antes de la aplicación de las pruebas psicológicas: Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-MINI MULT (Anexo B) y el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol - AUDIT (Anexo C). Cabe señalar que a los estudiantes se les brindó una explicación sobre la resolución de las pruebas. Tanto el proceso de explicación como el de la resolución de las pruebas, tomó un aproximado de 40 minutos.

#### **4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de los datos se usó la prueba estadística de ajuste de Kolmogórov-Smirnov ( $N=80$ ). Los resultados evidenciados en las escalas de Desviación Psicopática y Psicastenia se ajustaron a una distribución normal. Por tal motivo, se empleó la prueba paramétrica  $t$  de Student para determinar si existe una diferencia significativa al

comparar las medias de las variables a analizar en estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol.

Asimismo, los resultados del análisis de ajuste de bondad demostraron que los datos de las variables correspondientes a las escalas de: Depresión, Esquizofrenia, Hipocondría, Hipomanía, Histeria y Paranoia; no se ajustaron a una distribución normal. Por consiguiente, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para comparar las diferencias entre los estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol. Estos procesamientos y análisis de los datos se realizaron empleando el programa estadístico SPSS Statistical Package for the Social Sciences.

Posteriormente se realizó la conversión de puntajes medios a puntuaciones T acorde a los baremos de cada escala psicopatológica de ambos grupos: consumidores de alcohol y no consumidores, lo cual permitió definir el rango al que pertenecieron los puntajes (bajo, moderado, alto o muy alto).



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Presentación de datos

A continuación, se mostrarán los datos estadísticos de la muestra conformada por 80 varones, estudiantes de una universidad privada de Santiago de Surco.

En la tabla 2, se establece la distribución de la cantidad de los participantes, agrupados según el nivel de riesgo de consumo de alcohol en el que se encuentran.

Tabla 2

*Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes según el nivel de riesgo de consumo de alcohol*

|                   |         |             |        |
|-------------------|---------|-------------|--------|
|                   |         | f           | 43     |
|                   | Nivel 1 | %           | 36.44% |
|                   |         | f           | 38     |
|                   | Nivel 2 | %           | 32.20% |
| Niveles de riesgo | Nivel 3 | f           | 15     |
|                   |         | %           | 12.71% |
|                   | Nivel 4 | f           | 22     |
|                   |         | % del total | 18.64  |

En la tabla 3, se presenta la distribución de la cantidad de los participantes, agrupados según el grupo de nivel de riesgo de consumo de alcohol en el que se encuentran.

Cabe señalar que se dividió la muestra en dos grupos, siendo conformado el grupo de no consumidores de alcohol, por aquellos estudiantes varones que puntuaron en el nivel de riesgo 1, medido con el test AUDIT y el grupo de consumidores de alcohol, por los estudiantes varones que puntuaron en los niveles de riesgo 3 y 4. Aquellos estudiantes pertenecientes al nivel de riesgo 2 no fueron considerados para el presente estudio.

Tabla 3  
*Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes por grupos*

|        |   |   |        |
|--------|---|---|--------|
| Grupos | No consumidores de alcohol (Nivel de riesgo 1)    | f | 43     |
|        |   | % | 53.75% |
|        | Consumidores de alcohol (Niveles de riesgo 3 y 4) | f | 37     |
|        |   | % | 46.25  |

A continuación, se presenta en la tabla 4, la distribución de la cantidad de los participantes, agrupados según el ciclo de estudios que se encuentran cursando.

Tabla 4  
*Distribución de frecuencias y porcentajes de participantes por ciclos*

|         |                            | f  | %     |
|---------|----------------------------|----|-------|
| Quinto  | No consumidores de alcohol | 13 | 16.25 |
|         | Consumidores de alcohol    | 8  | 10    |
| Sexto   | No consumidores de alcohol | 19 | 23.75 |
|         | Consumidores de alcohol    | 17 | 21.25 |
| Séptimo | No consumidores de alcohol | 11 | 13.75 |
|         | Consumidores de alcohol    | 12 | 15    |

N=80

En la tabla 5, se presenta la distribución de la cantidad de los participantes, agrupados según la carrera profesional que estudian.

Tabla 5  
*Distribución de frecuencias y porcentajes por carreras*

|                             |                            | f  | %     |
|-----------------------------|----------------------------|----|-------|
| Arquitectura                | No consumidores de alcohol | 13 | 16.25 |
|                             | Consumidores de alcohol    | 10 | 12.5  |
| Ingeniería civil            | No consumidores de alcohol | 18 | 22.5  |
|                             | Consumidores de alcohol    | 16 | 20    |
| Psicología                  | No consumidores de alcohol | 7  | 8.75  |
|                             | Consumidores de alcohol    | 5  | 6.25  |
| Traducción e interpretación | No consumidores de alcohol | 5  | 6.25  |
|                             | Consumidores de alcohol    | 6  | 7.5   |

N=80

## 5.2. Análisis de datos

Con el objetivo de evaluar a la muestra de estudio, se procedió a trabajar con las puntuaciones directas de los resultados para aplicar las pruebas estadísticas debido a que tomar estos, permiten discriminar con mayor precisión si existen diferencias significativas entre los grupos de análisis.

Finalizada la recopilación de los datos generales, se procedió a realizar el análisis del cual se derivaron los datos referentes a los puntajes de los rasgos psicopatológicos de la personalidad; en estudiantes de distintas carreras profesionales de una universidad privada de Santiago de Surco.

Iniciando con el análisis de información recolectada, en la tabla 6, se encuentran los datos correspondientes a la aplicación de la Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con el objetivo de definir si la distribución de la variable en estudio difiere o no de una

distribución Normal, para determinar si se aplicaba una prueba estadística paramétrica o no paramétrica para el análisis de los datos en función a las hipótesis.

### Prueba de Kolmogorov- Smirnov para definir la normalidad

Tabla 6

*Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones generales de los rasgos psicopatológicos en estudiantes de distintas carreras de una universidad privada de Santiago de Surco*

|                            | Depresión         | DesvPsicopática   | Esquizofrenia     | Hipocondría       | Hipomanía         | Histeria          | Paranoia          | Psicastenia         |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Media                      | 7.63              | 8.1               | 7.71              | 4.31              | 6.83              | 9.65              | 4.35              | 7.69                |
| Mediana                    | 8.00              | 8.00              | 8.00              | 4.00              | 7.00              | 10.00             | 4.00              | 7.50                |
| Desv. Desviación           | 2.896             | 3.255             | 3.783             | 2.132             | 2.049             | 2.733             | 2.371             | 3.385               |
| Estadístico de prueba      | 139               | 95                | 108               | 133               | 122               | 127               | 140               | 84                  |
| Sig. asintótica(bilateral) | .001 <sup>c</sup> | .070 <sup>c</sup> | .021 <sup>c</sup> | .001 <sup>c</sup> | .005 <sup>c</sup> | .003 <sup>c</sup> | .000 <sup>c</sup> | .200 <sup>c,d</sup> |

N=80, \*p < .05 (obedece a una distribución de datos diferente a la normal).

### Rasgo Psicopatológico de Depresión

En la tabla 7, se presenta el resultado correspondiente a la hipótesis específica H2, estableciendo la comparación del rasgo psicopatológico de depresión en función al grupo de pertenencia. Se observa que el rango promedio en los no consumidores es de 38.40 y en el caso de los consumidores, es de 42.95. El contraste de medias para la distribución no paramétrica: U de Mann Whitney fue de 705.0 con un valor Z de -0.880, y un p valor de 0.379, por lo que se evidencia que no existen diferencias significativas en el rasgo de depresión entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, con lo cual se rechaza la hipótesis.

Tabla 7

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico de depresión de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

| Grupo de pertenencia       | N  | Rango promedio | Suma de rangos | U de Mann Whitney | z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|----------------------------|----|----------------|----------------|-------------------|--------|-----------------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 38.40          | 1651.00        | 705.000           | -0.880 | 0.379                       |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 42.95          | 1589.00        |                   |        |                             |
| Total                      | 80 |                |                |                   |        |                             |

\*p<0.05

Cabe precisar que, si bien no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico, al comparar las puntuaciones T de ambos grupos, lo cual se obtuvo a partir de la transformación de las medias de los puntajes de depresión, se encuentran distinciones respecto a la categoría. De manera que el grupo de no consumidores obtuvo una puntuación T de 72, correspondiente a la categoría “Alta” y el grupo de consumidores, 77 que corresponde a la categoría “Muy alta”, como se puede apreciar en la tabla 8.

Tabla 8

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de depresión*

| Características Psicopatológicas | Valores                    | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Depresión (D)                    | Puntuación media           | 7.35                    | 7.95                 |
|                                  | Puntuación T según baremos | 72                      | 77                   |
|                                  | Categoría                  | Alto                    | Muy alto             |

### **Rasgo Psicopatológico de Desviación Psicopática**

Respecto a la hipótesis específica H3, tomando en consideración que los datos obtenidos en el análisis del rasgo psicopatológico Desviación Psicopática siguieron una

distribución normal, se aplicó una prueba paramétrica. De esa manera, en la tabla 9 se aprecia el puntaje obtenido con la prueba t de Student, con el objetivo de determinar la existencia de diferencias significativas entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol en el rasgo de desviación psicopática. El puntaje obtenido es de -3.916, de manera que se comprueba la hipótesis planteada, estableciéndose que sí existen diferencias de significatividad.

Tabla 9

*Comparación del rasgo del rasgo psicopatológico Desviación Psicopática entre los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol utilizando la prueba t de Student*

|                            | N  | Media | DE    | Prueba t de Student | Sig. (bilateral) |
|----------------------------|----|-------|-------|---------------------|------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 6.88  | 3.049 | -3.916              | 0.000            |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 9.51  | 2.931 |                     |                  |

\* $p > 0.05$

Además, también se evidenciaron diferencias al analizar las puntuaciones T de ambos grupos, obtenidas a partir de la transformación de las medias de los puntajes de desviación psicopática. Por un lado, el grupo de no consumidores obtuvo una puntuación T de 64, correspondiente a la categoría “Moderada” y el grupo de consumidores, una puntuación T de 81, que se ubica en la categoría “Muy alta”, como se aprecia a continuación en la tabla 10.

Tabla 10

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de desviación psicopática*

| Característica Psicopatológica | Valores          | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|--------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|
| Desviación psicopática (Dp)    | Puntuación media | 6.88                    | 9.51                 |

|                               |          |          |
|-------------------------------|----------|----------|
| Puntuación T<br>según baremos | 64       | 81       |
| Categoría                     | Moderada | Muy alta |

### Rasgo Psicopatológico de Esquizofrenia

En la tabla 12, se presenta el resultado correspondiente a la hipótesis específica H4, estableciendo la comparación del rasgo psicopatológico de esquizofrenia en función al grupo de pertenencia. Se aprecia que el rango promedio en los no consumidores es de 35.90 y el de los consumidores, es de 45.85. El contraste de medias para la distribución no paramétrica: U de Mann Whitney fue de 597.5 con un valor Z de -1.918, y un p valor de 0.055, por lo que se establece que no existen diferencias significativas en el rasgo de esquizofrenia entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, lo cual resulta en el rechazo de la hipótesis.

Tabla 11

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Esquizofrenia de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

|                            | N  | Rango promedio | Suma de rangos | U de Mann Whitney | z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|----------------------------|----|----------------|----------------|-------------------|--------|-----------------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 35.90          | 1543.50        | 597.500           | -1.918 | 0.055                       |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 45.85          | 1696.50        |                   |        |                             |
| Total                      | 80 |                |                |                   |        |                             |

\*p<0.05

En la tabla 13, se observa que al obtener las puntuaciones T de ambos grupos, luego de convertir las medias de la subescala de esquizofrenia, se encontraron diferencias en lo que respecta a las categorías. Los no consumidores de alcohol obtuvieron una puntuación T de 69, y los consumidores, 84, ubicándose en las categorías “Alta” y “Muy alta”, respectivamente.

Tabla 12

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de esquizofrenia*

| Características<br>Psicopatológicas | Valores                       | Grupo 1 No<br>consumidores | Grupo 2<br>Consumidores |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Esquizofrenia (Es)                  | Puntuación media              | 6.91                       | 8.65                    |
|                                     | Puntuación T<br>según baremos | 69                         | 84                      |
|                                     | Categoría                     | Alta                       | Muy alta                |

**Rasgo Psicopatológico de Hipocondría**

A continuación, se presenta el resultado de la hipótesis específica H5, apreciado en la tabla 14, que compara el rasgo psicopatológico de hipocondría en función al grupo de pertenencia. Mientras que el rango promedio en los no consumidores es de 38.63, el de los consumidores es de 42.68. Se obtuvo el valor de 715.0 en el contraste de medias para la distribución no paramétrica: U de Mann Whitney, con un valor Z de -0.785, y un p valor de 0.432, por lo que se evidencia que no existen diferencias significativas en el rasgo de hipocondría entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, concluyendo en el rechazo de la hipótesis en cuestión.

Tabla 13

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico hipocondría de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

|                                  | N  | Rango<br>promedio | Suma de<br>rangos | U de Mann<br>Whitney | z      | Sig. Asintótica<br>(bilateral) |
|----------------------------------|----|-------------------|-------------------|----------------------|--------|--------------------------------|
| No<br>consumidores<br>de alcohol | 43 | 38.63             | 1661.00           | 715.00               | -0.785 | 0.432                          |
| Consumidores<br>de alcohol       | 37 | 42.68             | 1579.00           |                      |        |                                |
| Total                            | 80 |                   |                   |                      |        |                                |

\*p&lt;0.05



Al transformar los puntajes de las medias a puntuaciones T, se encontraron diferencias en las categorías, según el grupo de pertenencia. De manera que el grupo de no consumidores presentó una puntuación T de 62, correspondiente a la categoría “Moderada”, mientras que el grupo de consumidores, una puntuación T de 70, que se ubica en la categoría “Alta”.

Tabla 14

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de hipocondría*

| Características Psicopatológicas | Valores                    | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Hipocondría (Hs)                 | Puntuación media           | 4.12                    | 4.54                 |
|                                  | Puntuación T según baremos | 62                      | 70                   |
|                                  | Categoría                  | Moderada                | Alta                 |

**Rasgo Psicopatológico de Hipomanía**

En referencia a la hipótesis específica H6, la tabla 16 muestra la comparación del rasgo psicopatológico de hipomanía tomando en cuenta el grupo de pertenencia. Se observa que el rango promedio en los no consumidores es de 37.78, en tanto que los consumidores obtuvieron un rango medio de 43.66. El contraste de medias para la distribución no paramétrica: U de Mann Whitney fue de 678.5, con un valor Z de -1.143, y un p valor de 0.253. Se concluye que no existen diferencias significativas en el rasgo de hipomanía entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, por lo que se rechaza la hipótesis.

Tabla 15

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Hipomanía de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

| N | Rango promedio | Suma de rangos | U de Mann Whitney | z | Sig. Asintótica (bilateral) |
|---|----------------|----------------|-------------------|---|-----------------------------|
|---|----------------|----------------|-------------------|---|-----------------------------|

|                            |    |       |         |         |        |       |
|----------------------------|----|-------|---------|---------|--------|-------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 37.78 | 1624.50 | 678.500 | -1.143 | 0.253 |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 43.66 | 1615.50 |         |        |       |
| Total                      | 80 |       |         |         |        |       |

\*p<0.05

Posteriormente, se realizó la transformación de las medias de los puntajes de hipomanía, para establecer la comparación de las puntuaciones T de ambos grupos, como puede apreciarse en la tabla 17, en donde no se encontraron diferencias correspondientes a las categorías. De este modo, se encontró que el grupo de no consumidores obtuvo una puntuación T de 63 y el grupo de consumidores, una puntuación T de 65, ambos correspondientes a la categoría “Moderada”.

Tabla 16

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de hipomanía*

| Características Psicopatológicas | Valores                    | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Hipomanía (Ma)                   | Puntuación media           | 6.58                    | 7.11                 |
|                                  | Puntuación T según baremos | 63                      | 65                   |
|                                  | Categoría                  | Moderada                | Moderada             |

### Rasgo Psicopatológico de Histeria

Respecto al análisis de resultados relacionados a la hipótesis específica H7, se observa en la tabla 18, la comparación del rasgo psicopatológico de histeria en función al grupo de pertenencia. El grupo de no consumidores obtuvo un rango promedio de 40.13, mientras que el grupo de consumidores presentó un rango promedio de 40.93. El contraste de medias para la distribución no paramétrica: U de Mann Whitney fue de 779.5 con un valor Z de -0.156, y un p valor de 0.876. Estos resultados indican que no existen diferencias

significativas en el rasgo de histeria entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, por lo que se rechaza la hipótesis.

Tabla 17

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Histeria de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

|                            | N  | Rango promedio | Suma de rangos | U de Mann Whitney | z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|----------------------------|----|----------------|----------------|-------------------|--------|-----------------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 40.13          | 1725.50        | 779.500           | -0.156 | 0.876                       |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 40.93          | 1514.50        |                   |        |                             |
| Total                      | 80 |                |                |                   |        |                             |

\* $p < 0.05$

Luego de transformar las medias de la subescala de histeria, al obtener las puntuaciones T de ambos grupos, no se encontraron diferencias correspondientes a las categorías. En la tabla 19, se observa que los no consumidores de alcohol obtuvieron una puntuación T de 65 y los consumidores, presentaron también una puntuación T de 65, ubicándose ambos grupos en la categoría “Moderada”.

Tabla 18

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de histeria*

| Características  |                            | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Psicopatológicas | Valores                    |                         |                      |
|                  | Puntuación                 | 9.58                    | 9.73                 |
| Histeria (Hi)    | media                      |                         |                      |
|                  | Puntuación T según baremos | 65                      | 65                   |
|                  | Categoría                  | Moderada                | Moderada             |

## Rasgo Psicopatológico de Paranoia

Al realizar el procesamiento de análisis de los datos correspondientes a la hipótesis específica H8, en la tabla 20, se establece la comparación del rasgo psicopatológico de paranoia en función al grupo de pertenencia. Se observa que el rango promedio en los no consumidores es de 38.22 y en el caso de los consumidores, es de 43.15. El estadígrafo U de Mann Whitney fue de 697.500 con un valor Z de -0.956, y un p valor de 0.339, por lo que se establece que no existen diferencias significativas en el rasgo de paranoia entre los no consumidores de alcohol y los consumidores de alcohol, con lo cual se rechaza la hipótesis.

Tabla 19

*Comparación de los puntajes del rasgo psicopatológico Paranoia de los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol*

|                            | N  | Rango promedio | Suma rangos | de U de Mann Whitney | z      | Sig. Asintótica (bilateral) |
|----------------------------|----|----------------|-------------|----------------------|--------|-----------------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 38.22          | 1643.50     | 697.500              | -0.956 | 0.339                       |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 43.15          | 1596.50     |                      |        |                             |
| Total                      | 80 |                |             |                      |        |                             |

\*p<0.05

Al transformar los puntajes de las medias a puntuaciones T, se observaron diferencias en las categorías, según el grupo de pertenencia. De manera que, como se visualiza en la tabla 21, el grupo de no consumidores presentó una puntuación T de 62, correspondiente a la categoría “Moderada” y el grupo de consumidores, una puntuación T de 67, que se ubica en la categoría “Alta”.

Tabla 20

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de paranoia*

| Características Psicopatológicas | Valores                    | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paranoia (Pa)                    | Puntuación media           | 4.14                    | 4.59                 |
|                                  | Puntuación T según baremos | 62                      | 67                   |
|                                  | Categoría                  | Moderada                | Alta                 |

### Rasgo Psicopatológico de Psicastenia

En cuanto a la hipótesis específica H9, considerando que los datos obtenidos en el análisis del rasgo psicopatológico Psicastenia siguieron una distribución normal, se aplicó una prueba paramétrica. Es así que en la tabla 22 se muestra el puntaje obtenido con la prueba t de Student, para lograr determinar la existencia de diferencias significativas entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol en el rasgo de psicastenia. El puntaje obtenido es de -0.653, por lo que no se comprueba la hipótesis planteada, estableciéndose que no existen diferencias de significatividad.

Tabla 21

*Comparación del rasgo del rasgo psicopatológico Psicastenia entre los estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol utilizando la prueba t de Student*

|                            | N  | Media | DE    | Prueba t de Student | Sig. (bilateral) |
|----------------------------|----|-------|-------|---------------------|------------------|
| No consumidores de alcohol | 43 | 7.47  | 4.032 | -0.653              | 0.516            |
| Consumidores de alcohol    | 37 | 7.95  | 2.460 |                     |                  |

\* $p > 0.05$

Posteriormente, se realizó la transformación de las medias de los puntajes de psicastenia, para establecer la comparación de las puntuaciones T de ambos grupos. De este modo, como se ve en la tabla 24, se encontró que el grupo de no consumidores obtuvo una puntuación T de 62, que corresponde a la categoría “Moderada”, mientras que el grupo de consumidores obtuvo una puntuación T de 73, correspondiente a la categoría “Alta”.

Tabla 22

*Transformación de medias a puntuaciones T del rasgo psicopatológico de psicastenia*

| Características Psicopatológicas | Valores          | Grupo 1 No consumidores | Grupo 2 Consumidores |
|----------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|
| Psicastenia (Pt)                 | Puntuación media | 7.47                    | 7.95                 |
|                                  | Puntuación T     | 62                      | 73                   |
|                                  | según baremos    |                         |                      |
|                                  | Categoría        | Moderada                | Alta                 |

A continuación, se presenta a manera de comparación los resultados de las dos muestras estudiadas, luego de la transformación de medias a puntuaciones T según baremos y su clasificación acorde a una categoría determinada. Se puede apreciar en la tabla 25 que la muestra de consumidores de alcohol presentó 3 indicadores psicopatológicos (Depresión, Desviación psicopática y Esquizofrenia) ubicados en la categoría “Muy alto”, mientras que la muestra de no consumidores de alcohol no presentó indicadores que se ubiquen en esa categoría, sin embargo sí presentaron indicadores pertenecientes a la categoría "Alto".

Tabla 23

*Comparación de las categorías de los rasgos psicopatológicos entre los no consumidores y los consumidores de alcohol*

| Indicador psicopatológico | No consumidores de alcohol |           | Consumidores de alcohol |           |
|---------------------------|----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
|                           | Puntuación T               | Categoría | Puntuación T            | Categoría |
| Depresión                 | 72                         | Alto      | 77                      | Muy alto  |
| Desviación psicopática    | 64                         | Moderado  | 81                      | Muy alto  |
| Esquizofrenia             | 69                         | Alto      | 84                      | Muy alto  |
| Hipocondría               | 62                         | Moderado  | 70                      | Alto      |
| Histeria                  | 65                         | Moderado  | 65                      | Moderado  |

|             |    |          |    |          |
|-------------|----|----------|----|----------|
| Hipomanía   | 63 | Moderado | 65 | Moderado |
| Paranoia    | 62 | Moderado | 67 | Alto     |
| Psicastenia | 62 | Moderado | 73 | Alto     |

### 5.3. Análisis y discusión de resultados

El presente estudio se realizó con el objetivo de comparar los indicadores psicopatológicos (Depresión, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Hipocondría, Hipomanía, Histeria, Paranoia y Psicastenia) entre no consumidores de alcohol (N=43) y consumidores de alcohol (N=37), que estudian en una universidad privada de Santiago de Surco. Es importante resaltar que los no consumidores de alcohol son aquellos estudiantes varones cuyos puntajes se ubican en el nivel 1 de riesgo de consumo de alcohol, y los consumidores de alcohol, en los niveles de riesgo 3 y 4 de consumo de alcohol. Con el fin de cumplir los objetivos de la investigación, se empleó el diseño descriptivo-comparativo.

Cabe mencionar que otras investigaciones, cuyas muestras de estudio fueron estudiantes universitarios, se enfocaron en analizar el vínculo del consumo de alcohol con constructos como la autoeficacia, el sentido de vida, la personalidad, la depresión y la conducta antisocial (Tello, 2010; Aramburú, 2017; Arana, 2013; Carpio, 2015; Estrada, 2019; Díaz y Moral, 2018). Dichos estudios revelaron que existe una relación significativa entre una alta autoeficacia y un menor consumo de alcohol, considerando su frecuencia y cantidad (Tello, 2010). Respecto a la relación entre el consumo problemático de bebidas alcohólicas y el sentido de vida, no se verificó la existencia de una relación de significatividad, según refiere Aramburú (2017).

En cuanto a la relación entre la personalidad y las características de consumo de bebidas alcohólicas, Arana (2013) encontró una mayor asociación entre extraversión y

apertura a la experiencia con el consumo de alcohol; además de la agradabilidad como posible factor protector frente a distintas dificultades relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas; y neuroticismo, como un posible indicador de riesgo en la ingesta de bebidas alcohólicas como recurso de afrontamiento. Haciendo un análisis de las facetas de personalidad con señales de consumo riesgoso y perjudicial del alcohol, Carpio (2015) concluyó que los estudiantes con consumo perjudicial de alcohol presentaron puntuaciones más altas en la faceta de hostilidad y en el dominio de extroversión. Por otro lado, los estudiantes no consumidores evidenciaron menores puntajes en la faceta de ansiedad.

Contrastando los hallazgos anteriormente mencionados, en términos generales la presente investigación no evidenció diferencias significativas en los indicadores psicopatológicos de la personalidad entre los grupos de comparación, luego de analizar los estadísticos de las puntuaciones directas mediante las pruebas de comparación de medias. Únicamente se encontró diferencias de significación en uno de los ocho indicadores psicopatológicos, siendo este el de Desviación Psicopática (Ver Tabla 9). Sin embargo, cabe señalar que las categorías en las que se encontraron los indicadores de ambas muestras, luego de transformar las medias obtenidas en puntuaciones T, sí demostraron diferencias en cuanto a la ubicación de los puntajes transformados dentro de los niveles “Bajo” “Moderado” “Alto” “Muy Alto” (Ver Tabla 25). Con ello, se resalta que a nivel estadístico no se establecieron discrepancias de notoriedad al comparar las medias del grupo de no consumidores y consumidores de alcohol.

Resulta de interés precisar que los puntajes obtenidos por el grupo de consumidores de alcohol, los ubican dentro de la categoría “Muy alto” en los indicadores psicopatológicos de depresión, desviación psicopática y esquizofrenia, a diferencia de los no consumidores de alcohol, que no presentaron indicador psicopatológico dentro de esta categoría. (Ver tabla 25). Al analizar las puntuaciones T del rasgo psicopatológico de Depresión en los grupos de



estudio, se encontraron distinciones en cuanto a la categoría de pertenencia. De modo que el grupo de no consumidores de alcohol obtuvo una puntuación T de 72, correspondiente a la categoría “Alta”. Mientras que el grupo de consumidores de alcohol obtuvo una puntuación T de 77, lo cual corresponde a la categoría “Muy alta” (Ver tabla 8). En concordancia con dicho resultado, Estrada (2019) halló un mayor riesgo de presentar depresión, en aquellos universitarios varones que consumen alcohol más de una vez por semana.

Analizando la relación entre el uso de alcohol y la conducta antisocial, Díaz y Moral (2018) encontraron que las variables que mejor predicen la conducta antisocial son el consumo de alcohol y la impulsividad cognitiva. Del mismo modo, la presente investigación halló la existencia de diferencias significativas entre estudiantes no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol, al comparar el rasgo de desviación psicopática. Además, se evidenciaron diferencias a nivel de categoría al analizar las puntuaciones T de ambos grupos. El grupo de no consumidores obtuvo una puntuación T de 64, correspondiente a la categoría “Moderada” y el grupo de consumidores, una puntuación T de 81, que se ubica en la categoría “Muy alta”. (Ver tabla 11). Se ratifica la presencia de un perfil con tendencias de impulsividad, desacato a las normas, poco respeto de las limitaciones e irresponsabilidad de los consumidores de alcohol.

Con respecto al objetivo general, el análisis global muestra que, en la mayoría de los rasgos psicopatológicos, a excepción del rasgo de desviación psicopática, no existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes obtenidos por los consumidores y no consumidores de alcohol, por lo que se rechaza la hipótesis general. Sin embargo, en cuanto al rasgo psicopatológico de desviación psicopática, sí se establecieron diferencias de significatividad. (Ver Tabla 9). Se indaga a mayor detalle si existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de riesgo de consumo de alcohol

y los indicadores psicopatológicos de la personalidad en cada una de las hipótesis específicas.

Se presentan a continuación los principales hallazgos obtenidos del análisis de indicadores psicopatológicos y niveles de riesgo de consumo de alcohol. Es necesario precisar que la muestra de estudio no cuenta con representatividad, por lo que los datos proporcionados no son generalizables a la población de estudiantes de las facultades analizadas. Se puede apreciar que los puntajes de las escalas clínicas en los consumidores de alcohol son mayores, al ser comparados con los puntajes obtenidos por el grupo de no consumidores.

En cuanto a los resultados de los indicadores psicopatológicos, el grupo de consumidores de alcohol presenta puntuaciones medias más elevadas en todos los casos a excepción del indicador de Histeria (Ver tabla 19). Si bien las medias halladas resultan ser ligeramente mayores que las encontradas en los no consumidores, estas diferencias no se consideran estadísticamente significativas (Ver Tabla 18). En relación con este resultado, Hathaway y

Monachesi (1963) señala que una puntuación alta en la escala de Histeria en adolescentes o jóvenes puede indicar predisposición a utilizar sintomatología conversiva como medio para resolver sus conflictos y evitar responsabilidades cuando se encuentran bajo tensión. Complementando esta información, Núñez (1999), indica que el individuo que presenta histeria se caracterizaría por sentir molestias somáticas, necesidad de afecto, negación de adecuadas relaciones interpersonales, angustia social, sentimientos de debilidad e incomodidad e inhibición de agresión.

Al comparar las medias de los puntajes brutos se empleó la prueba paramétrica t de Student para las escalas que evidenciaron una distribución normal (Desviación Psicopática y Psicastenia). Asimismo, se usó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney en los

indicadores psicopatológicos que no siguieron una distribución normal (Depresión, Esquizofrenia, Hipocondría, Hipomanía, Histeria y Paranoia). Como fue mencionado anteriormente, el análisis de resultados reveló únicamente en el indicador psicopatológico de Desviación Psicopática, la presencia de diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo de consumidores de alcohol el que presentó una media más elevada. Este resultado concuerda con lo enunciado en el DSM-V (APA, 2014) donde se señala que la predisposición al consumo y abuso de drogas, como el alcohol, conforma uno de los criterios diagnósticos de la desviación psicopática.

En relación con los resultados obtenidos, Núñez de Arco y Viveros (2004) indican que el objetivo de la escala de desviación psicopática, que pertenece al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - MMPI, es identificar los reactivos relacionados con características de personas antisociales o que se involucran constantemente en problemas como la dependencia de sustancias como el alcohol o las drogas. Además, respecto a la población de estudio para la presente investigación, dichos autores refieren que los grupos de estudiantes universitarios que presentan una elevación en la escala de desviación psicopática tienden a resistirse y mostrarse hostiles ante figuras de autoridad. Las puntuaciones elevadas en esta escala en sujetos adolescentes y adultos de aproximadamente 20 años, pueden atribuirse a la rebeldía y a las dudas que suelen manifestarse en esa etapa de transición de la vida. En adición a ello, la dificultad para relacionarse con figuras de autoridad podría denotar la intención por independizarse social y económicamente de la familia.

Con el fin de realizar un análisis más profundo de los indicadores psicopatológicos en los grupos de no consumidores y consumidores de alcohol, se decidió transformar las medias en puntuaciones T según baremos. De acuerdo con Kincannon (1968), las puntuaciones T mayores a 70 sugieren la presencia de cuadros clínicos o psiquiátricos.

Analizando el grupo de no consumidores, la única escala con puntuación mayor a 70, fue la de depresión (PT=72, categoría “Alto”). (Ver tabla 8). Respecto a las puntuaciones elevadas en depresión en un grupo normal, Núñez de Arco y Viveros (2004) establecen que se caracterizarían por tener una baja satisfacción con el medio y consigo mismos, con tendencia a preocuparse excesivamente. Además de presentar rasgos como apatía, conductas de evasión, retraimiento y pasividad. Se caracterizan también por ser indecisos, responsables, desconfiados en sus propias capacidades y pesimistas.

En contraste, en el grupo de consumidores de alcohol se encontraron puntuaciones T mayores a 70 en las escalas de depresión (PT=77, categoría “Muy Alto”), desviación psicopática (PT=81, categoría “Muy Alto”), esquizofrenia (PT=84, categoría “Muy Alto”) y psicastenia (T=73, categoría “Alto”). Se evidenció una mayor presencia de posibles cuadros clínicos.

Examinando las combinaciones de los puntajes más altos de ambos grupos, se logró establecer los siguientes perfiles, de acuerdo con el manual de Kincannon (1968). Los no consumidores de alcohol presentaron un perfil de combinación de Depresión y Esquizofrenia (Ver anexo 1), que podría sugerir la presencia de rasgos de neurosis de compulsión, inseguridad y sentimientos de culpa. Cabe señalar que la neurosis de compulsión, de acuerdo con Vidal, Bleichmar, & Usandivaras (1979), presenta síntomas que incluyen dudas, rumiación mental que conduce a dolorosas inhibiciones del pensamiento y de acciones, obsesiones en sus diversas manifestaciones, compulsiones, rituales y ceremonias diversas.

Por otro lado, los consumidores de alcohol manifestaron un perfil de combinación de Depresión, Desviación Psicopática y Esquizofrenia (Kincannon, 1968), que indicaría la presencia de ansiedad, personalidad pasiva agresiva y una reacción depresiva, relacionadas al consumo problemático de alcohol, así como también sentimientos de inferioridad y culpa, sumado a una alta tensión. Es importante precisar que la personalidad pasivo-agresiva,

acorde a lo planteado por Vidal, Bleichmar & Usandivarias (1979), se caracteriza por evidenciar resistencia a las demandas externas y con cumplir las normas o responsabilidades, denotando conductas pasivas opositoras y obstructivas, es decir, no las hacen de manera directa. por esa razón pueden tener comportamientos de aplazamiento, olvido de responsabilidades y mala ejecución de trabajos. Ruiz, Salazar y Caballo (2012) también indican que los pasivo-agresivos suelen conceder mucha importancia al ocio, buscan el disfrute, y limitan su quehacer a aquellos deberes únicamente necesarios.

El perfil de los consumidores de alcohol del presente estudio concuerda con lo señalado por la SENAJU (2012), en cuya investigación se constata la presencia de signos de ansiedad, depresión, riesgo de consumo de alcohol, trastornos alimenticios y psicóticos en jóvenes estudiantes peruanos. Adicionalmente, Sadock et al. (2015) precisan que existen evidencias que sustentan la vinculación entre el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo como la depresión, trastornos de ansiedad y la presencia de algún trastorno relacionado con el alcohol. Los autores enfatizan la mayor frecuencia de personalidad antisocial en la población masculina. Por otra parte, el uso de alcohol podría explicarse como efecto mitigante de estados ansiosos.

Finalmente, diversas instituciones dedicadas al estudio y promoción de la salud indican que el uso nocivo de alcohol pudiera deberse a la elevada visualización de contenidos publicitarios de dicha sustancia que resultan cautivadores en los jóvenes. La Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2010) indica que la exposición, principalmente de los jóvenes, a la publicidad y la promoción de las bebidas alcohólicas, puede llevarlos a una iniciación más temprana y a un consumo excesivo. Ratificando ello, según la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, tanto el contenido de marketing del alcohol, como la magnitud de la exposición de los jóvenes a él, son factores precipitantes. Por lo cual, sería

oportuno aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes universitarios contra esas técnicas (OPS, 2015). Por todo lo mencionado, se resalta la importancia del cuidado de

la salud mental y la prevención del consumo riesgoso de alcohol en los estudiantes universitarios, a fin de que puedan cumplir sus metas académicas para prontamente integrarse al mundo laboral y ser ciudadanos con competencias que se ajusten a las diversas demandas sociales.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones

##### General

- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en por lo menos uno de los indicadores psicopatológicos de la personalidad entre estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, de una universidad privada de Santiago de Surco. Dicho indicador es el de desviación psicopática, el cual se encuentra presente en mayor medida en el grupo de consumidores de alcohol. Lo cual sugeriría la relevancia del estudio de los rasgos psicopatológicos asociados al consumo de alcohol.

##### Específicas

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *depresión* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *desviación psicopática* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *esquizofrenia* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *hipocondría* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *hipomanía* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *histeria* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *paranoia* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los indicadores psicopatológicos de *psicastenia* en estudiantes universitarios del grupo de no consumidores de alcohol, con el grupo de consumidores de alcohol.

## 6.2. Recomendaciones

Tomando en cuenta todo lo descrito y analizado en el presente estudio, se sugieren los siguientes lineamientos de acción:

- Replicar la presente investigación empleando una muestra probabilística, incluso considerar el uso de otras pruebas psicométricas que midan: personalidad, indicadores psicopatológicos y consumo de alcohol. Todo ello con el fin de alcanzar la representatividad de la muestra, y de cierta manera, conseguir la generalización de los resultados.
- Priorizar investigaciones que exploren otras variables asociadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios tanto de instituciones privadas como públicas, de manera que sea factible cotejar los resultados obtenidos con los del presente estudio.



- Considerando los resultados obtenidos, que evidencian un vínculo entre la presencia del indicador psicopatológico de desviación psicopática y el nivel de riesgo de consumo de alcohol, se sugiere desarrollar y validar nuevas medidas a fin de establecer un perfil consistente. Con el objetivo de garantizar el estudio a fondo de la relación entre estas variables.
- Se requiere mayor evidencia para lograr establecer nuevas normas que indiquen que los consumidores de alcohol presentan mayor presencia de indicadores psicopatológicos, al ser comparados con los no consumidores de alcohol. Para dicho propósito es necesario, analizar el tamaño muestral.
- Es importante, además, considerar la realización de un estudio meta analítico con los hallazgos de la población universitaria peruana, de manera que se pueda conocer a profundidad su estado de salud mental asociado al consumo de alcohol y otras drogas. El objetivo de esto debe ser integrar los datos disponibles en los estudios y así poder elaborar un perfil integral del estudiante peruano y su salud mental.
- Es necesario priorizar el desarrollo de programas de orientación y consejería dirigidos a los estudiantes, con la finalidad de resolver sus inquietudes y brindarles un apoyo que contribuya a su bienestar emocional. Sería relevante enfocar dichas intervenciones en el adecuado afrontamiento al estrés y desarrollo de habilidades socioemocionales. De esta manera, los jóvenes contarán con mayores recursos internos para adaptarse a una serie de cambios físicos y emocionales, propios de la edad y responder de una manera adecuada ante las retadoras demandas académicas de la vida universitaria.

### 6.3. Resumen. Términos clave

Esta investigación tiene como objetivo el determinar y comparar los indicadores psicopatológicos de depresión, desviación psicopática, esquizofrenia, hipocondría, hipomanía, histeria, paranoia y psicastenia; entre no consumidores de alcohol y consumidores de alcohol, que estudian en una universidad privada de Santiago de Surco. Para tal finalidad, se contó con la participación de 80 estudiantes varones, pertenecientes a las carreras de Arquitectura, Ingeniería Civil, Psicología y Traducción e Interpretación, estudiantes de los ciclos quinto, sexto y séptimo. Asimismo, se empleó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI versión MINIMULT (Kincannon, 1968) y el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001). Se procedió a dividir la muestra en dos grupos, siendo conformado el de no consumidores de alcohol, por quienes puntuaron en el nivel de riesgo 1, medido con el test AUDIT y el grupo de consumidores de alcohol, por quienes puntuaron en los niveles de riesgo 3 y 4. Aquellos estudiantes pertenecientes al nivel de riesgo 2 no fueron considerados. Los resultados indican que existe una diferencia estadísticamente significativa en el rasgo de desviación psicopática al comparar ambos grupos, siendo más elevado en los estudiantes consumidores de alcohol.

***Términos clave:*** características psicopatológicas, niveles de riesgo, consumo de alcohol.

#### **6.4. Abstract. Keywords**

This research aims to determine and compare the psychopathological indicators of depression, psychopathic deviate, schizophrenia, hypochondria, hypomania, hysteria, paranoia and psychasthenia between two groups, non-alcohol consumers and alcohol consumers, who study in a private university located in Santiago de Surco. The sample was composed by 80 male students majoring careers in Architecture, Civil Engineering, Psychology and Translation and Interpretation, all of them, students of the fifth, sixth and seventh cycles participated. Likewise, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MINIMULT version (Kincannon, 1968) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, and Monteiro, 2001) were used. The sample was divided into two groups, one conformed by non-alcohol users, those students who scored at risk level 1, measured by the AUDIT test; and the other the group conformed by alcohol users, those students who scored at the risk level 3 and 4. Those students belonging to risk level 2 were not considered. The results indicate that there is a statistically significant difference in the trait of psychopathic deviate when comparing both groups, being higher in students who consume alcohol.

***Keywords:*** psychopathological characteristics, risk levels, alcohol consumption.

## Referencias

- Ahumada, J. Gámez, M. y Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España: Masson
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. (5ta Ed.)* España: Editorial Médica Panamericana.
- Arana, M. (2013). *Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol*. (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4615>
- Aramburú, U. (2017). *Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana*. (tesis de licenciatura). Universidad de Lima. Perú. Recuperado de: [http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/4762/Arambur%c3%ba\\_Umbert\\_Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/4762/Arambur%c3%ba_Umbert_Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., y Monteiro, M. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Generalitat Valenciana. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
- Barraza, A. y Silerio, J. (2007). Estrés académico en Educación Media Superior: Un estudio comparativo. *Investigación Educativa*, (7), 48-65. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/28175059\\_El\\_estres\\_academico\\_en\\_los\\_alumnos\\_de\\_educacion\\_media\\_superior\\_Un\\_estudio\\_comparativo](https://www.researchgate.net/publication/28175059_El_estres_academico_en_los_alumnos_de_educacion_media_superior_Un_estudio_comparativo)
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-223. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3451.pdf>

- Becoña, E. y Oblitas, L. (2002). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica*. (4), 2. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud>.
- Betanzos, N., Colli, G. y Paz, F. (2014). Personalidad resistente y consumo de alcohol en universitarios de la UAEM. *Salud pública de México*, 56(3). Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300003)
- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4880>
- Butcher, J., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Carpio, T. (2015). Dominios y facetas de la personalidad en estudiantes universitarios con patrón nocivo del consumo de alcohol. *Maskana*, 6(2), 1-11. Recuperado de: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/485>
- Castañeda, A. y Chávez, L. (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento psicológico*, 11(1), 55-69. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612013000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612013000100004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, 35(2). Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472017000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472017000200001)
- Cliniciu, A. (2013). Adaptation and stress for the first year university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 78, 718-722. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/267211636\\_Adaptation\\_and\\_Stress\\_for\\_the\\_First\\_Year\\_University\\_Students](https://www.researchgate.net/publication/267211636_Adaptation_and_Stress_for_the_First_Year_University_Students)
- De Armas, J., González, L., León, A., León, M. Urquiza, A. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Finlay*, 4(1), 40-53. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253>

- Díaz, N., y Moral, M. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 110-130. Recuperado de: <https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.6>
- Duffy, D. (2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud y sociedad*, 5(1). Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-74752014000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100003)
- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley, M. & Whalen, D. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictor of stress for residence hall students. *Journal of American College Health*, 54(1), 15-24. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16050324/>
- Estrada, P. (2019). *Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del ciclo II-2018*. (tesis de licenciatura). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1749/53%20-%20estrada%20-%20listo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2009-00104-011>
- Feliciano, A. (2017). *Balance decisional respecto al consumo de alcohol y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos de Lima metropolitana*. (tesis de licenciatura). Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú. Recuperado de: [http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2760/1/2017\\_Feliciano\\_Balance-decisional.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2760/1/2017_Feliciano_Balance-decisional.pdf)
- Gantiva, C., Rodríguez, M., González, M y Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde el Caribe*, 28. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1805/9220>
- García, R., Pérez, F., Pérez, J. y Natividad, L. (2012). Evaluación del estrés en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80524058011.pdf>
- Goldstein, S., Davis-Kean, P. & Eccles, J. (2005). Parents, Peers, and Problem Behavior: A Longitudinal Investigation of the Impact of Relationship Perceptions and

- Characteristics on the Development of Adolescent Problem Behavior. *Developmental Psychology*, 41(2), 401–413. Recuperado de: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.41.2.401>
- Goncy, E. & Van Dulmen, M. (2010). Fathers do make a difference: parental involvement and adolescent alcohol use. *Fathering*, 8(1), 93-108. DOI: 10.3149/fth.0801.93.
- González, T. Espada, J. Guillén- Riquelme, A. Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2), 108 - 115. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733>
- Grant, K. (2015). Procedimientos Conductuales que Miden el Efecto de Estímulo Reforzador del Alcohol. Carolina del Norte, Estados Unidos: *Docplayer*. Recuperado de: <https://docplayer.es/5740113-Alcohol-como-refuerzo-kathleen-a-grant-ph-d.html>
- Hathaway, S. & Monachesi, E. (1994). Adolescent Personality and behavior: MMPI patterns of normal, delinquent, dropout, and other outcomes. *Social Forces*, 43(1), 116–117. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/sf/43.1.116-a>
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); EMCDDA; Council of Europe.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619–625. doi:10.1016/s0020-7489(03)00036-1
- Ibáñez, P. y Alfonso, M. (1983). *La droga: razones de su consumo por la juventud*. Madrid: Alhambra.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM). (2012). Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012: Informe general. *Anales de Salud Mental*. Recuperado de: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389525/Estudio\\_epidemiol%C3%B3gico\\_de\\_salud\\_mental\\_en\\_Lima\\_Metropolitana\\_y\\_Callao\\_-\\_Replicaci%C3%B3n\\_2012.\\_Informe\\_general20191015-26158-1s6vkxy.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389525/Estudio_epidemiol%C3%B3gico_de_salud_mental_en_Lima_Metropolitana_y_Callao_-_Replicaci%C3%B3n_2012._Informe_general20191015-26158-1s6vkxy.pdf)
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (2da ed.): ¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?*. Estados Unidos: *National Institute on Drug Abuse: Advancing Addiction Science*. Recuperado de:

- <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York: Guildford Press.
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(3), 319-325. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/h0025891>
- Kontxi, G. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*, (4), 139-158. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>
- Martín, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99. Recuperado de: [http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25\\_1\\_7.pdf](http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25_1_7.pdf)
- Mellos, E., Liappas, I. & Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*, 24(5), 761-769. Recuperado de: <http://iv.iijournals.org/content/24/5/761.full.pdf+html>
- Menéndez, M.C. (2010). *Estrés agudo y características de cólera y hostilidad en estudiantes universitarios de Ciencias e Ingeniería* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4758>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2011). *Análisis de Situación de Salud de las y los Jóvenes: Una mirada al Bono Demográfico*. Lima: MINSA. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2284.pdf>.
- Mosqueda A. y Carvalho M. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de las drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 789- 795. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700017>
- Musayón Y, Torres C, Sánchez E, Chávez E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Invest Educ Enferm*, 23(1), 54-67. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a05.pdf>
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 183–188. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.183>



- Newton-Howes, G., & Foulds, J. (2018). Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Curr Opin Psychiatry*, 31(1), 50-56. doi: 10.1097/YCO.0000000000000375. PMID: 29059106.
- Núñez, R. (1999). *Aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) a la psicopatología*. Colombia: Manual Moderno.
- Núñez de Arco, J. y Viveros, V. (2004). *Inventario de Personalidad MMPI. Psicodiagnóstico*. Universidad del Valle.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016*. Lima, Perú. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe\\_Universitario\\_Regional.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf)
- Oliveira, L. G., Pereira, L., Arantes, G., De Carvalho, J., Malbergier, A., De Andrade, V. & Guerra, A. (2009). Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(3), 227-239. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000300008>
- Oliver, E. (2004). *Drogas: psicopatología del uso y dependencia a las sustancias psicoactivas*. Perú: Ediciones Libro Amigo.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. Washington, D.C. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Salud mental del adolescente*. Suiza, Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014: Una mina de información sobre salud pública mundial*. Ginebra, Suiza: WHO Document Production Services. Recuperado de [apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia: Ediciones de la OMS. Recuperado de:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019) *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018: Resumen*. Washington D.C. Recuperado de:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. 10ª. Revisión. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de:  
<https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen1-2018.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7708/9789275318553\\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7708/9789275318553_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez, M. De Vicente, L. García, C y Romero, M. (2008) Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 10 (1), 42-48. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevalencia-psicopatologia-dependientes-al-alcohol-13117594>
- Pons, J y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Plan Nacional sobre Drogas*. España: Ministerio del Interior. Recuperado de: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
- Poo, F. y Montes, S. (2010). Rasgos de personalidad y patrones de consumo de alcohol en jóvenes. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-031/279>
- Ruiz, E., Salazar, I. y Caballo, V. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 281-304. Recuperado de:

- [https://www.researchgate.net/profile/Vicente\\_Caballo/publication/230704262\\_Emotional\\_intelligence\\_emotional\\_regulation\\_and\\_personality\\_stylesdisorders\\_Inteligencia\\_emocional\\_regulacion\\_emocional\\_y\\_estilostrastornos\\_de\\_personalidad/links/0046352c1bf9fc595d000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/230704262_Emotional_intelligence_emotional_regulation_and_personality_stylesdisorders_Inteligencia_emocional_regulacion_emocional_y_estilostrastornos_de_personalidad/links/0046352c1bf9fc595d000000.pdf)
- Sadock, B., Sadock, V., y Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. (11va Ed). España: Wolters Kluwer.
- Salaverry, (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2012.v29n1/143-148/>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (5ta Ed.). Lima: Business Support Aneth.
- Sánchez, J. Álvarez, P y Rodríguez, J. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 129-35. Recuperado de: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ESP/14-77-ESP-129-135-756660.pdf>
- Sánchez-Pardo, L. (2002). Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*, 14, 99-113. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/543>
- Silbereisen, R. & Lerner, R. (2007). Approaches to positive youth development: A view of the issues. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 3-30 DOI: 10.4135/9781446213803.n1
- Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). (2012). *Primera encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. Lima: Fondo para el logro de los ODM. Recuperado de: <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2017/12/Primera-Encuesta-Nacional-de-la-Juventud-2011.pdf>
- Tello, S. (2010). *El consumo de alcohol en estudiantes universitarios, las expectativas respecto a su uso y la autoeficacia de resistencia*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4766>
- Terán, A. Mayor, E. y García, L. (2017). *Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta*. España: Centro de Atención a Drogodependientes San Juan de Dios. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/drogodependencias-en-el-adolescente-actuacion-desde-la-consulta/>

- Vidal, G., Bleichmar, H. & Usandivaras, R. (1979). *Enciclopedia de psiquiatría* (2da Ed.). Argentina: Librería El Ateneo Editorial.
- Waldron, H., & Turner, C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238–261. Recuperado de: [http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Waldron-and-Turner-\(2008\)-Evidence-based-psychosocial-treatments-for-adolescent-substance-abuse.pdf](http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Waldron-and-Turner-(2008)-Evidence-based-psychosocial-treatments-for-adolescent-substance-abuse.pdf)
- Wills, T. & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En T.A. Wills y S. Shiffman (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 3-24). Orlando, FL: Academic Press
- Woolfolk, A. (2008). *Educational psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Zeigarnik, B. (1981). *Psicopatología*. España: Akal Universitaria.

## **Anexos**

- A) Consentimiento informado**
- B) Test de Personalidad**
- C) Cuestionario sobre el consumo de alcohol**

**Anexo A: Consentimiento informado**

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la presente, se le solicita su autorización y colaboración para completar los siguientes cuestionarios. Esta evaluación corresponde a nuestro proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciatura, en la carrera de Psicología.

Por favor, le pedimos contestar con sinceridad y se le garantiza la idoneidad, pertinencia y privacidad de la información recolectada.

ACEPTO      NO ACEPTO

## Anexo B: Test de Personalidad

### Test de Personalidad

Por favor conteste las siguientes afirmaciones con un “SI” o con un “NO”, de acuerdo con si se aplican o no a usted. Al dar su contestación hágalo tomando en cuenta como usted se ha sentido en estos días. Procure ser lo más sincero posible.

Marque con una “X” la respuesta correspondiente (SI o NO) en cada pregunta.

No deje ninguna pregunta sin contestar.

|    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| 1  | Tengo buen apetito   | SI | NO |
| 2  | Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas  | SI | NO |
| 3  | Mi vida diaria está llena de actividades que me mantienen interesado   | SI | NO |
| 4  | Estudio bajo una tensión muy grande  | SI | NO |
| 5  | De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas  | SI | NO |
| 6  | Muy rara vez padezco de estreñimiento  | SI | NO |
| 7  | A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar  | SI | NO |
| 8  | A veces me dan ataques de risa o de llanto sin motivo, que no puedo controlar  | SI | NO |
| 9  | Sufro ataques de náuseas y vómitos   | SI | NO |
| 10 | Nadie parece comprenderme  | SI | NO |
| 11 | A veces siento deseos de maldecir  | SI | NO |
| 12 | Me da pesadillas con mucha frecuencia  | SI | NO |
| 13 | Encuentro difícil concentrarme en una tarea o durante el estudio   | SI | NO |
| 14 | He tenido experiencias muy peculiares y extrañas   | SI | NO |
| 15 | Si la gente no se hubiera empeñado en obstaculizarme, hubiese tenido mucho más éxito   | SI | NO |
| 16 | Por un tiempo, cuando era muy joven, participé en robos menores  | SI | NO |
| 17 | He tenido periodos de días, semanas o meses en que no he podido ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo             | SI | NO |
| 18 | Mi sueño es irregular e intranquilo  | SI | NO |
| 19 | Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas   | SI | NO |
| 20 | Le agrado a la mayoría de la gente que me conoce   | SI | NO |
| 21 | Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo   | SI | NO |
| 22 | Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo   | SI | NO |
| 23 | Creo que mucha gente exagera sus desgracias para ganar la simpatía y ayuda de los demás  | SI | NO |
| 24 | Algunas veces me enojo   | SI | NO |
| 25 | Decididamente no tengo confianza en mí mismo   | SI | NO |
| 26 | Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares   | SI | NO |
| 27 | Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo  | SI | NO |
| 28 | Casi siempre soy alegre  | SI | NO |
| 29 | Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón | SI | NO |
| 30 | Creo que están conspirando en mi contra  | SI | NO |
| 31 | La mayoría de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas  | SI | NO |
| 32 | Sufro mucho de dificultades estomacales  | SI | NO |
| 33 | A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado   | SI | NO |
| 34 | A veces mis pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos con palabras                            | SI | NO |
| 35 | Creo que la vida en mi hogar es tan agradable como la de la mayoría de gente que conozco   | SI | NO |
| 36 | A veces me siento verdaderamente inútil  | SI | NO |
| 37 | En los últimos años he estado bien la mayor parte del tiempo   | SI | NO |
| 38 | He tenido periodos en los cuales he realizado actividades sin recordar más tarde lo que había estado haciendo                      | SI | NO |
| 39 | Me parece que a menudo he sido castigado sin causa   | SI | NO |
| 40 | En el pasado me he sentido mejor que ahora   | SI | NO |
| 41 | Me importa lo que otros piensen de mí  | SI | NO |
| 42 | Mi memoria parece estar bien   | SI | NO |
| 43 | Encuentro difícil entablar conversación cuando conozco gente nueva   | SI | NO |

|    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| 44 | Me siento débil la mayor parte del tiempo  | SI | NO |
| 45 | Sufro molestias por dolores de cabeza  | SI | NO |
| 46 | He tenido dificultades en mantener el equilibrio al caminar                                      | SI | NO |
| 47 | Me agradan (caen bien) todas las personas que conozco  | SI | NO |
| 48 | Creo que hay personas que están tratando de robarme mis pensamientos                             | SI | NO |
| 49 | Desearía no ser tan tímido   | SI | NO |
| 50 | Creo que mis pecados son imperdonables   | SI | NO |
| 51 | Frecuentemente me preocupo por cualquier cosa  | SI | NO |
| 52 | A menudo mis padres se oponían a la clase de amigos con quienes acostumbraba a salir             | SI | NO |
| 53 | A veces cuento algunos chismes   | SI | NO |
| 54 | A veces siento que puedo tomar decisiones con muchísima facilidad                                | SI | NO |
| 55 | Tengo taquicardia o dificultades para respirar   | SI | NO |
| 56 | Me enoja fácilmente y luego se me pasa   | SI | NO |
| 57 | Tengo periodos de gran inquietud en los que no puedo estar sentado por largo tiempo en una silla | SI | NO |
| 58 | Mis padres y familiares encuentran en mí más faltas y defectos de los que tengo                  | SI | NO |
| 59 | A alguien le preocupa lo que me suceda   | SI | NO |
| 60 | Culpo a las personas que permiten que se aprovechen de ellas                                     | SI | NO |
| 61 | A veces me siento lleno de energía   | SI | NO |
| 62 | Mi vida es tan buena como lo ha sido por años  | SI | NO |
| 63 | A menudo siento que mis oídos zumban   | SI | NO |
| 64 | En una o más ocasiones he sentido que alguien me inducía a hacer algo hipnotizándome             | SI | NO |
| 65 | He tenido periodos en los cuales me he sentido muy feliz sin ninguna razón especial              | SI | NO |
| 66 | Aun estando con otras personas, me siento solo la mayor parte del tiempo                         | SI | NO |
| 67 | Creo que cualquiera podría decir una mentira para evitar problemas                               | SI | NO |
| 68 | Soy más sensible que la mayor parte de las personas  | SI | NO |
| 69 | Me parece que mi mente a veces trabaja más lenta que de costumbre                                | SI | NO |
| 70 | Con frecuencia me desilusiona la gente   | SI | NO |
| 71 | He tomado bebidas alcohólicas en exceso  | SI | NO |



## Anexo C: Cuestionario sobre el consumo de alcohol

### Cuestionario sobre el consumo de alcohol

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: V ( ) M ( ) Carrera: \_\_\_\_\_  
 ¿En qué semestre de la carrera te encuentras? \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas con sinceridad

| Preguntas   | 0                                  | 1           | 2       | 3              | 4                  | Puntos |
|---|------------------------------------|-------------|---------|----------------|--------------------|--------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?   | Nunca<br>(Pase a la pregunta N° 9) | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 2. ¿Cuántos vasos o copas bebe en un día de consumo?  | 1 o 2                              | 3 o 4       | 5 o 6   | De 7 a 9       | 10 o más           |        |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más vasos o copas en un solo día?   | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el último año le ha sido difícil detener su consumo, luego de haber empezado a beber?                 | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudo cumplir sus deberes en el trabajo o estudio porque había bebido?                | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el último año, al despertarse ha necesitado tomar agua o alguna bebida para recuperarse de la resaca? | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?                | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el último año, no ha recordado lo que sucedió el día anterior porque había bebido?                    | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |
| 9. ¿Se ha involucrado en alguna situación conflictiva luego de haber bebido?  | Nunca                              | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |        |

|   |       |             |         |                |                    |              |
|---|-------|-------------|---------|----------------|--------------------|--------------|
| 10. ¿Qué tan frecuente le han sugerido que deje de beber o se han preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas? | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |              |
|   |       |             |         |                |                    | <b>Total</b> |

**¿Con qué frecuencia consume los siguientes tipos de bebidas?**

|  |       |             |         |                |                    |
|--|-------|-------------|---------|----------------|--------------------|
| Cerveza                                    | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |
| Ron o pisco                                | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |
| Vino                                       | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |
| Whiskey                                    | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |
| Otros destilados (Tequila, Vodka, Ginebra) | Nunca | Pocas veces | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente |