UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA

TEMA:

"INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY"

TRABAJO DE GRADUACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

AUTORA: MARIA PAZ CARRION MALDONADO

DIRECTOR: DR. ALFONSO CALDERON

CUENCA- ECUADOR

2013

DEDICATORIA:

Dedico este esfuerzo a toda mi familia, en especial a mis padres y hermanos que son mi apoyo incondicional en la vida; y a mi abuela Ernesta que en los últimos años ha sido un pilar fundamental para mi crecimiento como persona dentro de la ética humana y valores.

María Paz Carrión Maldonado

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios y la vida por haberme colocado en el camino correcto para la elección de mi carrera profesional; pues mediante mi trabajo podré cumplir el propósito de mi vida al que mi nombre alega; ayudando a más seres humanos a conseguir paz y tranquilidad en este largo camino.

A mis padres que me ayudaron a ser la persona de hoy; gracias por sus valores, enseñanzas, apoyo y amor en todos estos años.

A mis hermanos que cuenta con su cariño y apoyo incondicionalmente en todo momento, me inspiran y me siento orgullosa de las personas que son.

A mi enamorado Juan Esteban que a lo largo de este año ha estado siempre apoyándome en todo momento, y me siento feliz de poder compartir este sueño alcanzado junto a él; fue la persona que más colaboró en este trabajo y le doy infinitas gracias por todo su amor.

Y, en especial al Doctor Alfonso Calderón por su paciencia, dedicación, amabilidad y empeño a lo largo de todo este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

DEDICATORIA: 2

AGRADECIMIENTOS 3

ÍNDICE DE CONTENIDOS 4

RESUMEN 5

CAPITULO I 8

EL ALCOHOLISMO 8

INTRODUCCION 8

CAPITULO II 28

MARCO TEORICO 28

ENFOQUES COGNITIVO CONDUCTUAL, SISTEMICO Y PSICOSOCIAL PARA ENTENDER AL ALCOHOLISMO 28

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL 28

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA 39

ENFOQUE PSICOSOCIAL 48

CAPITULO III 56

ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS 56

“INCIDENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY” 56

INTRODUCCION 56

CAPITULO IV 96

PROPUESTA DE PLAN DE PREVENCION PRIMARIA DIRIGIADO A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY 96

INTRODUCCION 96

CAMPAÑA DE PREVENCION PRIMARIA “YO AMO LA VIDA, NO CONSUMO ALCOHOL” 98

CAMPAÑA DE PREVENCION 105

CONCLUSIONES 109

RESUMEN

Este trabajo investigativo busca actualizar los datos sobre la incidencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay.

El objetivo es determinar el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes a nivel general, entre género, facultades y edades. Se utilizó una muestra compuesta por 406 estudiantes elegidos a través de un muestreo estratificado a los cuáles se les aplicó el "Test para la identificación de trastornos por abuso de alcohol (AUDIT)", conjuntamente con el test "CAGE", a fin de lograr mayor confiabilidad de resultados.

Adicional a esto, se comparó resultados obtenidos en el daño 2009 en la tesis "Nivel de Consumo de Bebidas Alcohólicas en los estudiantes de la Universidad del Azuay", para comparar los resultados 4 años después.

Y, finalmente se propuso un plan de prevención primaria con impacto visual para trabajar con los estudiantes.

ABSTRACT

The goal of this research is to update data regarding the incidence of alcohol consumption in the students of the University of Azuay.

The objective is to determine the level of consumption in general, according to gender, faculties, and age. We employed a sample of 406 students and we applied the "Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)" as well as the "CAGE" Test.

We compared the current results with the data from the year 2009. Finally, we proposed a primary prevention plan through visual impact in order to work with the students.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DPTO. IDIOMAS

Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCION

El alcohol es una droga socialmente aceptada e integrada en nuestra cultura que mata muchas personas, no solo por las enfermedades que provocan hepáticas, oncológicas, cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas, etc. sino porque más de la mitad de los muertos en accidentes de tráfico están relacionados con el consumo de alcohol. Desde hace más de 60 años que se empezaron a crear modelos de intervención para la persona alcohólica debido a las nefastas repercusiones de esta enfermedad en la sociedad.

Actualmente según las fuentes obtenidas, una muestra reciente del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), a través de la Dirección Sur con jurisdicción en Azuay, Cañar, Loja, Morona y Zamora, Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades que declararon haber ingerido alcohol en 2006. Por sexo, las cifras permiten conocer que 155.132 varones (84,3%) y 28.876 mujeres (15,7%) consumieron alcohol en el tiempo de la investigación. La edad en la que los varones más consumieron fue de los 20 a 24años, mientras en las mujeres fue de los 25 a los 29 años.

Con el objetivo de analizar la incidencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay, se propuso este trabajo investigativo que ayude a poner en relevancia estos datos actuales comparándolos con datos del 2009; así de esta manera reflexionar sobre las políticas de salud que se están usando en la Universidad a su vez que ejecutar nuevas campañas de prevención que permita a los estudiantes tomar consciencia sobre los daños provocados por la frecuencia en la que se consume esta bebida.

El marco teórico inicia con una aproximación al tema de alcoholismo, en donde se desarrolla su origen, efectos, consecuencias, y síntomas de esta enfermedad. En el segundo capítulo, se presentarán los tres principales enfoques teóricos para el abordaje del alcoholismo que son la teoría cognitiva conductual, la terapia sistémica, y el enfoque psicosocial. A lo largo del capítulo tres se podrá encontrar todos los resultados obtenidos de esta investigación por medio de los reactivos aplicados y finalmente en el cuarto capítulo se propone un plan de prevención primaria con impacto visual.

CAPITULO I

EL ALCOHOLISMO

INTRODUCCION

El alcoholismo es uno de los problemas sociales más graves que atraviesan un gran número de países a nivel mundial; las repercusiones en una sociedad consumidora de alcohol son extremadamente nocivas en relación a cualquier intento de progreso o desarrollo como grupo social. Una persona que abusa y es dependiente al alcohol presenta un alto grado de disfuncionalidad en las diferentes áreas en las que se desenvuelve como su salud física, psíquica, emocional, familiar, social, laboral, espiritual, etc. Es por esto que actualmente se invierte grandes cantidades de dinero por parte de las autoridades en el campo de la salud pública, con el objetivo de contrarrestar los alarmante índices de incremento, frecuencia y; reducción de la edad inicial de consumo.

En el presente capítulo se analizará al alcoholismo desde su origen e historia, posibles causas desde diferentes enfoques, bases neurobiológicas y neuropsicológicas, sintomatología; se brindará información sobre los criterios diagnósticos diferenciales de el trastorno por abuso y dependencia; y finalmente se terminará con todas las consecuencias en las diferentes áreas de la persona en relación con el alcoholismo.

ORIGEN

González (1999) define: "El alcoholismo, la más significativa toxicomanía de nuestros tiempos se encuentra entre las problemáticas médicos-sociales de mayor relevancia mundial, por sus efectos extraordinariamente nocivos sobre la salud y la sociedad derivado de su nefasta repercusión biológica, psicológica y socioeconómica" (p.9)

En nuestra sociedad es evidente que el consumo de alcohol con el pasar del tiempo se ha vuelto un hábito culturalmente "aceptado", se escuchan innumerables razones y criterios, como justificativos que potencializan el hábito de beber; al igual de un sinnúmero de lugares aptos específicamente para el consumo. "Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades que declararon haber ingerido alcohol en 2006, año de referencia; le siguen las provincias amazónicas con el 28,4%; en tercer lugar Loja con el 23,2% y finalmente Cañar con el 9,8%." (Revista Avance, "Cultura Alcohólica" 2006)

La palabra alcohol proviene del vocablo Árabe "Alkuke" que significa esencia, siendo descubierto el proceso de destilación en el año 800 en Arabia. Martínez (2006) habla sobre los primeros indicios que muestra la historia de la bebida:

> Las primeras suposiciones sobre la existencia de alcohol las podemos cifrar en el quinto milenio antes de Jesucristo. Se sabe, por pinturas rupestres encontradas en la Cueva de la Araña, en Valencia donde se ve a unas mujeres recogiendo miel que se almacenaba. Por tanto, podemos suponer que en un momento determinado esta miel fermentó, alguien la probó y gustaron los efectos producidos, o al menos que, el fenómeno se le hizo tan extraño que lo consideró mágico. También se puede suponer que esta miel fermentada, muy espesa, resultaría más agradable al paladar si se le añadía agua, con lo que tenemos el nacimiento de la «aguamiel», que con mucha probabilidad se puede decir que fue el primer alcohol para el consumo humano. Los efectos psicotrópicos hicieron que su utilización se reservase para ritos religiosos. (p.7)

Encontramos en las aportaciones de Camejo y Rodríguez (2009), que en el mundo de hoy podemos plantear a grandes rasgos que aproximadamente el 70% de la población mundial consume bebidas alcohólicas. "En América Latina las cifras de alcohólicos en la población mayor de 15 años oscila entre 8 y 24 % y existen unos 38 millones de alcohólicos." (p 4-5)

De acuerdo con Castillo y Leiva (2006) Si asumimos la cultura alcohólica desde su andamiaje cultural, podemos afirmar que forma parte de un ritual que colabora con la organización de los diferentes subsistemas sociales. En el interior de cada familia se puede decir que se generan conductas adictivas (no solo hacia el alcohol); y sin embargo, al mismo tiempo posee en mayor o menor grado, mecanismos propios de regulación y curación.

> Se conoce que históricamente el hombre ha gustado de la ingestión del alcohol por su efecto euforizante, por la mejoría que aporta a la angustia y por el valor de liberar represiones. Cuando en un individuo predominan psicológicamente los sentimientos de inferioridad, insuficiencia y timidez, el alcohol le da confianza y valor para

> vencer dichas dificultades y establecer mejores relaciones sociales. Los individuos alegres, campechanos, habladores sociales, son propensos a caer fácilmente en el alcoholismo. (Camejo L, et al, 2009)

García, Mompó, Aldana, Casanova y Álvarez (2004) El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis

De acuerdo con Escalante (2005) para definir a una persona alcohólica podría decirse: "Un individuo que bebe continuamente o intermitentemente, demostrando tal incapacidad para abstenerse que termina provocándose daño físico y mental de consecuencias graves personales, económicas y sociales"

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el CIE-10, y el DSM- IV, definen al alcoholismo como un trastorno; al considerarlo como una disfunción comportamental o como un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o que interfieren con la actividad del individuo.

> Camejo (2006) El alcoholismo es un tipo de toxicomanía con perturbaciones de ordenes somáticas, psíquicas y sociales como resultado de la intoxicación por alcohol etílico, de acuerdo con su naturaleza los factores predisponentes del hábito alcohólico, se puede dividir en diferentes grupos, exógenos, endógenos y constitucionales. Los estudios sobre la personalidad del alcohólico no son concluyentes, se supone que no existía ningún tipo de personalidad predispuesta al alcoholismo, sino varias. (p.6)

CAUSAS

Existen innumerables enfoques por los cuales se explica el por qué una persona se vuelve alcohólica, sin embargo ninguno de ellos se ha podido comprobar de manera científica la verdadera causa del hábito de beber. Depende de algunos factores; que a continuación se presentarán; y no de uno solo que defina la génesis de esta patología.

Algunas investigaciones han demostrado que el alcoholismo se trasmite por un orden genético hereditario junto con circunstancias externas del ambiente que disparan la enfermedad.

> Cerclé (2001) En lo sucesivo el alcohol puede ser considerado como droga socialmente aceptable, domesticada, y que, por razones desconocidas, provocaba dependencia sólo en algunas personas. Este modelo médico posterior al prohibicionismo postula que la enfermedad alcohólica resulta de una asociación patógena específica entre un déficit genético o psicológico individual desigualmente distribuido en una población dada y un producto del consumo por lo demás trivial y sin riesgo para la mayoría. En pocas palabras, la relación sujeto alcohólico con el alcohol no es de todos. (p 16)

Por otro lado, en el modelo llamado "motivacional" se habla de que el sistema nervioso central es el receptor de estímulos internos o autoadministrados por el sujeto que aspira a una gratificación o a sensaciones de bienestar. Alain (2001) considera respecto al psicoanálisis que el descubrimiento de lo que algunos llaman "el modelo del opio", es decir, la existencia de opioides endógenos y de receptores cerebrales específicos, podría confirmar la intuición freudiana de un sistema nervioso central que funciona "en el sentido del principio de placer". Es decir, el impulso de experimentar esa sensación de gratificación repetidas veces es lo que rige la compulsión a la bebida.

Por otra parte, Gonzalez (2006) mantiene que a medida que el consumo de alcohol aumenta progresivamente a lo largo de varios años, el sistema nervioso central se adapta de tal manera que la persona tiene que consumir mayores cantidades para alcanzar el mismo efecto. Este fenómeno se llama tolerancia y es un factor importante en el desarrollo de la dependencia al alcohol. La tolerancia va acompañada de otro fenómeno llamado abstinencia que sucede cuando no llega la dosis habitual de alcohol al cerebro, entonces hay

una respuesta fisiológica que incluye ansiedad, temblor, sudoración y en casos más graves pueden presentarse convulsiones o alucinaciones. El individuo entra en un ciclo conductual donde primero consume, llega a la intoxicación, suspende el consumo, aparecen los síntomas de abstinencia y vuelve a beber para evitarlos.

Otras explicaciones señalan al alcoholismo como una disfuncionalidad en la interacción social del sujeto y a la vez en la personalidad.

Oquendo, Pérez y Rodríguez (2009) señalan que "El análisis del alcoholismo puede partir de su consideración como forma de desviación social. La raíz del alcoholismo está ante todo en la enajenación de la personalidad; el no reconocimiento por parte de ellos de las normas imperantes en las relaciones sociales" (p 9)

Siguiendo con Camejo (2009) refiere que:

> El alcoholismo a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizás de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.(p5)

Como se ha podido observar en el abuso y dependencia del alcohol existen varias explicaciones difíciles de abarcar en su totalidad desde diferentes enfoques, sin embargo los efectos peligrosos y nocivos para la sociedad producto de este alarmante hábito se han convertido en consecuencias relativamente universales.

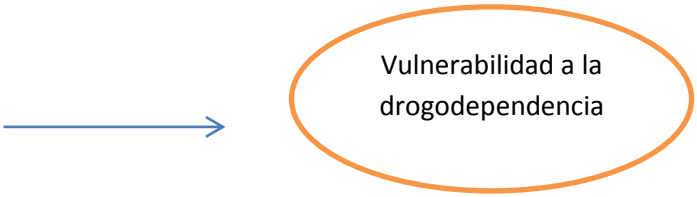
BASES NEUROBIOLOGICAS Y NEUROPSICOLOGICAS

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante, además, la ingestión excesiva de alcohol durante períodos prologados conduce a carencia en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico. (Camejo, 2009)

Estudios sobre la neurobiología de las adicciones sugieren haber encontrado diferencias significativas en cuanto a la población normal y la población abusadora de sustancias.

Herencia de las adicciones: factores genéticos y ambiente

- Múltiples genes con diferente contribución:
  Adictivos
  Multiplicativos
- Factores epigenéticos
- Medio Ambiente
- Interacciones genes/ambiente.



Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009) señalan que:

> En el caso del alcoholismo se ha descrito que la cantidad de alcohol consumida, la frecuencia del consumo y la presencia simultánea de otras adicciones se asocian a factores genéticos. Estas comprobaciones han impulsado en la investigación genética de trastornos psiquiátricos a la búsqueda de rasgos endógenos bajo la presunción de una mayor "cercanía" a los genes. Estos rasgos se llaman endofenotipos y cumplen las siguientes características a) son hereditarios; b) se manifiestan en el individuo, aunque la enfermedad no este activa; c) dentro de las familias deben consegregar con la enfermedad y d) dentro de las familias debe

> encontrarse en pacientes y familiares sanos con una frecuencia mayor que en la población.(p78)

Es por esto como ya se había mencionado analizar las causas puntuales para que una persona desarrolle comportamiento adictivo es muy compleja, pues intervienen diferentes factores tanto biológicos como ambientales, personales, psíquicos y sociales.

De acuerdo con Lorenzo y colaboradores, las adicciones se asocian a comportamientos que tienen en común la persistencia, la compulsividad, y la falta de control con el consumo de drogas o de abuso o de una actividad. Por lo tanto, el riesgo para el consumo de una droga de abuso y para el desarrollo de una conducta adictiva se asocia a factores genéticos, epigenéticos y ambientales.

> El equilibrio entre el individuo, el ambiente y la sustancia puede inclinarse a favor del trastorno adictivo en las siguientes situaciones: a) consumo excesivo y mantenido, b) escasa protección ambiental y c) elevada vulnerabilidad biológica. Por lo tanto la vulnerabilidad individual para el cambio desde el consumo de la droga hacia la adicción propiamente dicha, es un rasgo complejo donde intervienen múltiples factores biológicos y ambientales, sus interacciones y el contacto con la sustancia de abuso. (p77)

El alcohol es posiblemente la sustancia adictiva más consumida a nivel mundial posiblemente por la historia de muchos años de consumo desde antiguas civilizaciones, la accesibilidad libre en la que se consigue en el mercado, el costo totalmente asequible para cualquier estatus económico social y por último por su distribución legal en la mayoría de países. Para entender el proceso desde la primera ingesta de alcohol y lograr los efectos deseados, es necesario seguir meticulosamente todo el transcurso de bioabsorcion en el cuerpo.

> El alcohol es una sustancia de bajo peso molecular (46 daltons) y con un coeficiente de partición agua/aceite similar. Por estas dos características fisicoquímicas es una sustancia que pasa fácilmente por las membranas lipídicas, de manera que cuando se ingiere alcohol, este es absorbido inicialmente a nivel de la mucosa bucal,

posteriormente se absorbe en la del esófago y estómago, y finalmente en forma muy importante en el intestino delgado.

Respecto a su distribución, el alcohol llega a todo el organismo rápidamente, debido a que no se fija a ningún tejido ni se une a las proteínas del plasma y pasa fácilmente la barrera hematoencefalica y la placentaria. El 90% de alcohol es biotransformado en el hígado, y otro 10% es biotransformado en otros tejidos como corazón, cerebro y pulmón, siendo una pequeña parte excretado como tal por el sudor y la orina. El primer metabolito de biotransformacion del alcohol es el acetaldehído (AcCHAO), producido por la acción enzimática de la alcoholdehidrogenasa, y es un metabolito muy reactivo y generalmente neurotóxico. Este es AcCHO es oxidado, posteriormente, por la aldehídodeshidrogenasa, de las que existen varias isoenzimas, siendo la más importante la que se encuentra a nivel de la mitocondria. Esta enzima requiere NAD que es transformada en NADH, y el metabolito que se produce por este proceso enzimático es el acetato. Este acetato sale a la circulación y es transformado por los tejidos periféricos a CO2 y H2O. En comparación a muchas otras sustancias de abuso, en las cuales su acción está confinada a un número limitado de sistemas neuroquímicos, los efectos farmacológicos del etanol involucran la participación de múltiples receptores y sistemas neuroquímicos que están ampliamente distribuidos en el sistema nervioso central.” (Mendoza, 2008, p 778)

Los mecanismos de acción del etanol varían según sus efectos agudos o crónicos de las acciones farmacológicas del alcohol.

García (2003) nos sintetiza claramente en:

Efectos Agudos: El alcohol es un inhibidor de la actividad neuronal. Las acciones agudas de esta droga dependen de la dosis. Así, es conocido que, a dosis bajas, hay un aparente efecto estimulante, mientras que, a dosis altas, el efecto inhibidor es más evidente. A dosis bajas el aparente efecto estimulante es consecuencia de una disfunción de la actividad cortical y, más concretamente, de una desinhibición de la actividad cortical. Cuando esto ocurre, el sujeto siente los efectos de la droga como

> euforia, labilidad emocional o una disminución de su autocontrol. A medida que progresa el consumo agudo y va aumentando la dosis en la sangre, el efecto inhibidor del alcohol abarca a otros centros nerviosos subcorticales, lo cual se traduce en incoordinación motora, del habla, de la memoria, etc., y si la intoxicación llega a afectar a los centros nerviosos del tronco del encéfalo que regulan la respiración puede sobrevenir la muerte del sujeto.
>
> Estas acciones son consecuencias de los efectos del alcohol sobre las neuronas. A nivel celular se sabe que el etanol actúa fundamentalmente sobre: 1) la membrana neuronal y 2) receptores de neurotrasmisores ligados a canales iónicos.
>
> Efectos Crónicos: Con el consumo crónico, aparecen fenómenos como tolerancia y dependencia en los efectos motores, anestésicos, hipotérmicos, sedantes y ansiolíticos del alcohol. Si el consumo crónico se interrumpe, se manifiesta un conjunto de síntomas que sugieren hiperexcitabilidad neuronal (hiperfunción autonómica, convulsiones, alucinaciones, etc), y alteraciones emocionales como ansiedad y depresión. Esta sintomatología remite, en la mayoría de los casos, con fármacos que actúan a través del completo receptor del GABA.
>
> Como ocurre con otras drogas, la aparición de tolerancia implica la existencia de una alteración progresiva de los efectos del etanol en diversas células del organismo. Así, como sabemos, la administración crónica del alcohol aumenta la actividad metabólica del sistema enzimático oxidativo de las células hepáticas y de otros sistemas metabólicos de esta droga. (p96)

"En las células del sistema nervioso, la aparición de tolerancia y dependencia puede explicarse, en parte, por una serie de cambios bioquímicos que se producen tras el consumo crónico de etanol. Todo ello puede conllevar a una excitabilidad neuronal mayor y explicar también la aparición de parte de los síntomas del síndrome de abstinencia." (García, 2003)

Iglesias (2007) en sus estudios señala que el perfil neuropsicológico asociado al alcoholismo abarca déficits en diversas funciones, tales como son los procesos de atención, de aprendizaje y la memoria episódica verbal y no verbal, la coordinación visomotora, la flexibilidad cognitiva, la resolución de problemas, el razonamiento verbal y no verbal, las

habilidad visoperceptivas y visoespaciales y por último la velocidad de procesamiento de la información.

Recientes investigaciones sugieren que el consumo prologando de alcohol produce daños a nivel neurológico que interfieren en cuanto al juicio, razonamiento y control de impulsos de acuerdo con Kolb y Wishaw (2006) sugieren sobre los efectos del alcohol; la teoría de desinhibición. Esta teoría sostiene que el alcohol tiene un efecto depresor selectivo sobre la corteza, región del encéfalo relacionada con el razonamiento, mientras que respeta las estructuras subcorticales, zonas de instintos más primitivos. Dicho de otra forma, presumiblemente el alcohol deprime las inhibiciones basadas en el razonamiento y el juicio, y libera de tal modo, la "bestia" interior.

Roehrich y Goldman (1993) sostienen que:

> El alcohol es en sí mismo una sustancia tóxica para los tejidos nerviosos centrales y periféricos, que puede llegar a producir lesiones anatómicas que afecten a las estructuras funcionales del cerebro. Diferentes avances técnicos y científicos han demostrado cambios morfológicos en el sistema nervioso que acompaña al alcoholismo crónico y disfunciones neuropsicológicas que se han encontrado en el 75% de los alcohólicos.

Redolar (2008) en sus publicaciones afirma existir múltiples evidencias experimentales que sugieren que en el curso de un proceso de adicción se dan una serie de cambios funcionales en la corteza prefrontal medial y orbitofrontal

"Otro aspecto muy interesante en relación a la adicción es la liberación de dopamina en los sistemas mesolimbico, mesocortical y nigroestriado. Parece ser que los episodios repetidos de liberación de dopamina pueden consolidar las conductas de autoadministración de la droga y convertirlas en un uso compulsivo a largo plazo." (Redolar, 2008. p 362)

Chirivella, Espert y Gadea (1996) señalan que el Sistema Nervioso es muy sensible a la acción tóxica del etanol y un abuso prolongado puede llevar a alteraciones de la memoria, también del lenguaje, las funciones frontales y de la orientación, aunque suele estar preservada la inteligencia general.

Durante la adicción se da lugar una serie de asociaciones entre diferentes estímulos con las sustancias de abuso. Por lo que, numerosas evidencias demuestran que personas que habían estado mucho tiempo sin consumir una sustancia de abuso, cuando se encuentran en situaciones donde el acceso a la misma puede verse facilitado es bastante probable que se dé una recaída. (Redolar, 2008)

SINTOMATOLOGIA DEL TRASTORNO POR ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL

El abstinente total es el que nunca bebe.

El *bebedor excepcional*: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de *delirium* subagudo.

Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras. (Revista Cubana Biomed)

De acuerdo con Gonzalez y Ochoa (1988) "Se ha comprobado que en la medida que se inicie más temprano el consumo de bebidas alcohólicas, hay mayor riesgo de padecer la toxicomanía con el consiguiente daño biológico, psicológico y social." Por esto es necesario conocer los indicadores para un trastorno por abuso o dependencia al alcohol, y a la vez adentrarnos en los hechos preexistentes que desencadenan esta terrible enfermedad.

A Tolerancia: adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol.
B. Dependencia física: síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye o cesa el consumo de alcohol.

1. Que se sobrepase la norma de consumo habitual en un medio determinado. Es decir, que exista realmente un abuso del tóxico y que este abuso no sea transitorio, sino un patrón de comportamiento estable.
2. Que se hayan producido daños tanto orgánico como psíquico y social.
3. Que exista un nivel de esclavitud ante el tóxico que determine que el sujeto, a pesar de reconocer el efecto dañino por experiencia propia, no sea capaz de detener el consumo.

D. Etapas del alcoholismo

1. Consumo de riesgo
   Cuando se cumple solamente el primer requisito, se dice que la persona presenta un consumo de riesgo (por el peligro de enfermar).
2. Consumo dañino.
   Cuando se cumplen los requisitos primero y segundo.
3. Dependencia

Si están presentes los 3 requisitos se habla de dependencia, y es en estas 2 últimas modalidades (consumo dañino y dependencia) cuando realmente se trata de una enfermedad, mientras que el consumo de riesgo constituye una etapa de tránsito hacia la afección.

(Bolet, Socarrás,2003,)

"Es importante destacar la diferencia entre abuso y dependencia al alcohol, ya que con frecuencia se confunden los términos y se suele referir a ambos con el apelativo genérico de "alcohólicos". El abuso significa beber más de lo que tolera fisiológicamente el organismo.

Criterios para definir abuso de sustancias 1) Uso recurrente de una sustancia que resulta en una dificultad para llevar a cabo obligaciones laborales, escolares o en el hogar 2) Uso recurrente de una sustancia en situaciones en que es físicamente peligroso hacerlo 3) Problemas legales recurrentes por uso de una sustancia 4) Uso continuado de una sustancia a pesar de problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes derivados de su consumo Nota: estos síntomas nunca han cumplido los criterios para dependencia a la sustancia DSM IV, Asociación Psiquiátrica Americana

Criterios para definir dependencia al alcohol:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado a) b) 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: el síndrome de abstinencia característico para la sustancia se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia a) b) 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(González, 2006, p5)

> El análisis de las motivaciones psicosociales de los pacientes con una conducta anormal ante el alcohol muestran en esencia la pobreza de intereses sociales de los individuos, su escasa utilización de los sistemas de apoyo social formales e informales para la resolución de su problemática de vida, la no utilización de formas sanas de recreación y la pobre utilización de bebidas sustitutivas no alcohólicas; elementos estos que crean un estilo de vida no saludable, y un círculo de problemas sociales e individuales que afectan la salud individual y familiar y posteriormente de la comunidad. (Reyes, Cobas, Renier, Raiza, 1999).

CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN LA PERSONA

Área física:

El alcohol en un consumo sostenido puede resultar extremadamente perjudicial para la salud de la persona, de acuerdo con Beck, Wright, Newman, y Liese (1999) el alcohol puede causar serios y múltiples problemas médicos, que van desde daños en el hígado, el páncreas, el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular, el sistema inmunológico, el sistema endocrino y el sistema nervioso.

Siguiendo a las conceptualizaciones de Hernandez (2007) si se aumenta el nivel de consumo y éste se sostiene con el tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. Y la persona suele utilizar el alcohol como único mecanismo en enfrentamiento a sus problemas psicosociales.

Dentro de las afectaciones neurológicas tenemos: Neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos (en casos ya avanzados), falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, accidentes vasculares encefálicos. Intoxicación alcohólica aguda, síndrome de abstinencia, ambliopía alcohol-tabaco, pelagra, manifestaciones tóxico- metabólicas, enfermedad de Marchiafava-bignami, mielinosis central de la protuberancia. (García y colaboradores, 2004)

I. Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas Glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal; várices esofágicas; cáncer gástrico, de la boca y del esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.
II. Efectos sobre el aparato cardiovascular Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio, cardiomiopatías.

III. Efectos sobre el aparato genitourinario Disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la aterosclerosis temprana, deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos (feto alcohólico). Trastornos vesicales. Cáncer de vejiga.

Según Bolet y Astoviza el alcoholismo tiene también manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia: esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial. En estas enfermedades existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo inadecuado; actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos como sería el caso del alcoholismo secundario en un antisocial, al que no le importan las consecuencias sociales de su conducta.

Área Familiar

García et al, (2004) Los alcohólicos tienen, como grupo social, uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio. Muchos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con la llamada "crisis familiares no transitorias" que pueden ser divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonrosos, malas relaciones interpersonales, entre otras.

Correa (2007) “Cuando los factores predisponentes de diferencias individuales interaccionan con una demanda situacional actual abrumando la capacidad individual de enfrentamiento, la percepción de eficacia de la persona se ve disminuida; lo que puede derivar en un abuso de alcohol más que en un consumo normal.” Es por esto que los factores individuales junto con los externos es decir agentes situacionales, determinan los patrones iniciales de consumo.

Bolet y colaboradores sostienen que el primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el familiar alcohólico, empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes.

Área de la Persona

Dentro de los Factores Cognitivos relacionado con el alcoholismo tomados de Corea (2007)

Se pueden enumerar seis:

1. Una historia de aprendizaje social problemático, por ejemplo la presencia de un pariente alcohólico, lo cual influye en las expectativas individuales.
2. Los individuos sobreestiman las consecuencias inmediatas del consumo e ignoran y minimizan los resultados dañinos a largo plazo.
3. Los individuos creen que el alcohol es un manipulador poderoso o un modulador de estados de excitación fisiológica.
4. Los individuos pueden no poseer el repertorio de habilidades de enfrentamiento específicas para regular adecuadamente su nivel actual de consumo.
5. Los individuos pueden desatender indicadores psicofisiológicos e información conductual que provea retroalimentación sobre los efectos del consumo en el organismo. (p 115-116)

Otro factor muy importante dentro del abuso del alcohol u otras sustancias dentro de las implicaciones personales; es el nivel de incidencia relacionado con el suicidio, al cometer un acto suicida aproximadamente el 65% cuenta con un trastorno del estado de ánimo, 59% un trastorno por abuso de sustancias y 42% un trastorno del estado de ánimo con un trastorno por abuso de sustancias. Los trastornos de personalidad más proclives a cometer el acto suicida son del clauster B es decir, limite, histriónico, antisocial o narcisista. (Skodol, Oldman y Gallear 1999; Morngestern, Langebuche Labouvie y Miller, 1997)

López y López del Castillo (2007) en sus estudios encontraron que las personalidades que se relacionan con el alcoholismo son el paranoide, histriónico, antisocial, esquizoide, limítrofe, depresivo, negativista y ezquisotipico.

"El abuso de sustancias puede agravar un trastorno de la personalidad así como motivar a la persona a llevar a cabo actos violentos en contra de sí mismo o de los demás." (Valvuena, 2001).

Es importante reconocer las nocivas consecuencias del alcoholismo en una mujer, cuando la mujer está embarazada, el feto se nutre de todo lo que ella come y bebe durante su embarazo, viéndose consecuentemente afectado.

Al beber alcohol se puede dañar seriamente el desarrollo del feto, puede desarrollar problemas emocionales, físicos, de aprendizaje y conducta que pueden perdurar por el resto de su vida.

Rojas (2006) Uno de los problemas más serios derivado del consumo de alcohol durante la etapa de gestación es el síndrome fetal alcohólico.

Los niños con síndrome fetal alcohólico pueden:

- Nacer más pequeños
- Tener problemas al comer o al dormir.
- Tener problemas para oir o ver.
- Tener problemas al seguir instrucciones y al aprender a hacer cosas simples.
- Tener problemas al prestar atención y al aprender en la escuela.
- Necesitar maestras o escuelas especiales.
- Tener problemas al relacionarse con otras personas y en controlar su comportamiento. (p.134)

Social:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las

normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor

> Como todo el mundo sabe, no hay civilización, ni cultura sociológica diferenciada que no disponga de una determinada droga cuyo uso y consumo modifica, de un modo más o menos transitorio, la conciencia, la mente, el ánimo de los usuarios y adeptos, proporcionándoles una visión más o menos distorsionada de sí mismos, del mundo, de las personas que lo rodean, de las cosas y los acontecimientos.
>
> En cada cultura o civilización el uso o incluso el abuso de esa droga concreta está socialmente admitido, esta estimulado desde diversas instancias e incluso institucionalizado y hasta exaltado como algo beneficioso e integrador. (Alonso, 1979)

"La creciente y sostenida preocupación por el heterogéneo conjunto de sustancias englobadas bajo el confuso nombre de drogas ha hecho mermar la comparativamente escasa atención prestada al consumo de la droga culturalmente prevalente en occidente: el alcohol." (Portella y colaboradores, 1998).

Una sociedad consumidora potencia la violencia, agresión, inseguridad, y maltrato en la manera de relacionarse entre personas, y al mismo tiempo que frena cualquier tipo de progresión ya sea académica, económica, política, etc. De acuerdo con Florenzano, Sotomayor y Otava (2001) La agresión, el descontrol de impulsos, la resistencia a las normas son factores de riesgo y perturbadores de una socialización efectiva. El autocontrol, la sensibilidad social y el respeto por los otros son factores protectores y facilitadores de una socialización adecuada. Estas variables se relacionan con el autocontrol en las relaciones interpersonales, así como con la existencia de respeto mutuo. Sin embargo, el abuso de alcohol fortalece las malas relaciones interpersonales y, dificulta la utilización de herramientas efectivas en cuanto a la comunicación y sociabilización.

"El alcohol no es visto por casi nadie como droga peligrosa" (Navarro, 1979) lo que socialmente predispone a un consumo irresponsable e indiscriminado de las personas, que desemboca en las alarmantes cifras mundiales de alcohólicos.

Nuestra sociedad, en cierto sentido, se está convirtiendo en una gran familia disfuncional. Y así como los hijos de familias disfuncionales se vuelven propensos a la adicción a medida que tratan de adaptarse a sus perturbadas familias, también nosotros nos estamos haciendo más proclives a la adicción a medida que tratamos de adaptarnos al sistema disfuncional más amplio en el que vivimos. (Washton, Boundy, 1991, p 135)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ENFOQUES COGNITIVO CONDUCTUAL, SISTEMICO Y PSICOSOCIAL PARA ENTENDER AL ALCOHOLISMO

Dentro del campo de la psicología, se encuentran numerosos enfoques para entender el problema del alcoholismo. En este trabajo se han seleccionado los tres más importantes y con los que, a menudo, se entiende y se interviene en las clínicas de rehabilitación. A lo largo de este capítulo se abordará el enfoque cognitivo-conductual, sistémico y para terminar el psicosocial. Se brindará un compendio sobre el marco teórico de cada enfoque, formas de intervención y conceptualizaciones importantes.

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

De las terapias cognitivas existentes en la actualidad, existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica, son la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento de inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D´Zurilla. (Oblitas, 2004)

Kort (2006) da una breve descripción sobre el nacimiento de la teoría conductual:

> La Psicoterapia Conductual se introdujo en tres continentes de modo independiente. En Inglaterra, Hans Eyseck (1959) se refiere a la psicoterapia conductual como la aplicación de los principios del aprendizaje a la psicoterapia. En Sudáfrica, Joseph Wolpe (1958), como resultado de procedimientos objetivos del laboratorio experimental, introduce la desensibilización sistemática. En Estados Unidos, B. Frederick Skinner (1953), un psicólogo experimental interesado en la conducta normal, usa el término para explicar los principios del condicionamiento operante. (p 7)

Dobson y Franche,1998)

La terapia Cognitiva, desarrollada por Aaron T Beck, tiene una vida de aproximadamente dos décadas. Después de la publicación del libro Cognitive therapy and the emotional disorders, en 1976, hubo un amplio reconocimiento con respecto a la novedad del tratamiento que se describía y al enfoque prometedor que representaba, para todo un conjunto de problemas emocionales. Después de este trabajo teórico, hubo una serie de estudios de investigación, realizados al final de los años setenta y principios de los ochenta, que examinaron la eficacia de la terapia cognitiva (especialmente en el caso de la depresión).

Estos estudios apoyaban el claro potencial de la terapia cognitiva, para mejorar satisfactoriamente los síntomas y los problemas de los pacientes y para estimular otros esfuerzos teóricos y de investigación.

Beck fue uno de los más altos exponentes en cuanto a la teoría cognitiva-conductual. Esta terapia surge por la insatisfacción con el psicoanálisis como técnica de intervención.

Beck y colaboradores (1999) citan a Miller y Hester (1980, 1986) y concluyen en sus revisiones que, el tratamiento del alcoholismo se realiza mejor mediante un abordaje que contiene un proceso de dos etapas, requiriéndole distintas intervenciones en cada una de ellas. El primer grupo de intervenciones deben centrarse en cambiar la conducta de beber, por la abstinencia y moderación; por ejemplo, el entrenamiento en autocontrol conductual. El segundo grupo de intervenciones debería estar centrado en mantener la sobriedad; por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales para poder incrementar la confianza para relacionarse con gente que no utiliza drogas.

Principios que subyacen a la terapia cognitiva por Naranjo (2004)

- La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica de la persona y sus problemas, planteada en términos cognitivos.
- Requiere de una sólida alianza terapéutica.
- Enfatiza la colaboración y participación activa.
- Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- Inicialmente destaca el presente.

- Es educativa, tiene por objeto enseñar a la persona a ser su propio terapeuta y hace énfasis en la prevención de recaídas.
- Tiende a ser limitada en el tiempo.
- Las sesiones son estructuradas.
- Ayuda a la persona a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La característica central de la adicción a sustancias en general, es la pérdida de control. La persona que tiene una conducta adictiva sobre la sustancia, empieza a ser manejada por la misma de acuerdo con los factores de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, que el sujeto posea. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción a cuatro principales:

- Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible)
- La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre)
- Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- Y persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Es por esto que a lo largo de los años, dentro de los centros de rehabilitación se ha visto que, el modelo cognitivo conductual resulta eficaz para deshabituar la conducta adictiva del sujeto, mediante la reestructuración de sus esquemas cognitivos.

Beck y colaboradores (1999) "De acuerdo con la perspectiva cognitiva, la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones, a su vez, se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones." Los esquemas que pueden ser las actitudes,

supuestos o creencias que la persona tiene, son los que le permiten transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones.

Las terapias de reestructuración cognitiva, según Caro (1997) se desarrollaron por teóricos con entrenamiento psicodinámico, y tendían a destacar el papel del significado. Se caracterizan por defender que lo aquello que una persona piensa o dice, no es tan importante como lo que cree sobre eso. Entonces, su tarea consiste en desarrollar estrategias para examinar la racionalidad o validez de las creencias disponibles.

La terapia cognitiva se la entiende como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia la resolución del problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información, que se hace evidente en los trastornos psicológicos.

> Caro (1997) La terapia cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad (p. 39)

Lo que sucede muy a menudo en los esquemas cognitivos de un alcohólico, siguiendo el modelo de McCrady sobre los factores que mantienen el patrón de bebida actual “El beber puede tratarse mejor examinando los factores actuales que mantienen la bebida, más que los factores históricos”.

La autora utiliza el llamado modelo EORC, que concibe la respuesta (R) de bebida como:

> 1) Desencadenada por estímulos ambientales (E) que la anteceden.
> 2) Mediatizada por factores organísmicos (O) fisiológicos, afectivos y cognitivos.
> 3) Mantenida por consecuencias (reforzamiento) (C) producidas por la bebida.
> Además, estos tres tipos de factores pueden ser individuales, familiares e interpersonales por relaciones externas a la familia.

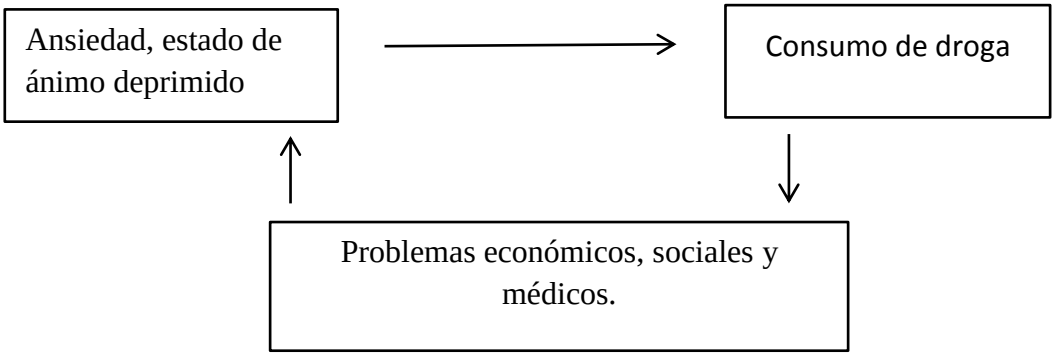


Figura 2.1. Modelo simple de círculo vicioso. De Beck y colaboradores (1999), P.48.

La teoría cognitiva considera que existen ciertas distorsiones cognitivas que mantienen dentro del esquema cognitivo los patrones que fortalecen el consumo.

Beck ha identificado y tipificado una serie de errores cognitivos, sobre los cuales hace referencia a continuación:

Pensamiento absolutista de todo o nada. Se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según las posibilidades opuestas, tomando una de ellas. Por ejemplo, "O tomo todos estos fines de semana o dejo de tomar por un año".

Sobregeneralización: Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, "Nadie me quiere, todos están en mi contra, por eso mi único amigo es el alcohol".

Filtro mental: Se trata del proceso de filtrar la experiencia de un modo que se atiende solo a un detalle de la situación, sin darse cuenta de otros aspectos que suceden alrededor. Por ejemplo, "Ya perdí una materia, lo más seguro es que pierda el año, mejor me voy a beber"

Descalificación de lo positivo: Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que "no cuentan" por algún motivo u otro. De esta forma se pueden mantener creencias

negativas, a pesar de las experiencias positivas. Por ejemplo: “Nunca he podido lograr nada en mi vida, peor dejar de beber, es muy difícil”

Maximizar o Minimizar: Exagerar la importancia de algunos acontecimientos en detrimento de otros. Por ejemplo: “Yo no tengo problemas con el alcohol, beber solo los fines de semana no tiene nada de malo”.

Culpabilidad: Consiste en atribuir responsabilidad de los acontecimientos a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Ejemplo: “Si me fuera mejor en el trabajo dejaría de beber. Si mi esposa/o me tratara mejor, yo podría dejar de beber”.

Personalización: Tendencia a atribuirse a uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos, aunque no haya base para ello. Ejemplo: “Por mi culpa mi hijo fracaso en su matrimonio, así que nada me hace sentir mejor, que tomar alcohol”

Autocompasión: Es la tendencia a victimizarse sobre lo que le pasa alrededor, generando un sentimiento de autoconsuelo, de pena de sí mismo, y siente merecer condolencia por el resto de sus problemas o dificultades. Ejemplo “yo soy así por culpa de mis padres, ellos me hicieron sufrir mucho en mi infancia y por eso no puedo dejar de tomar, ya que es lo único q me hace feliz y me calma”.

Lo que supone la teoría cognitiva conductual para el tratamiento de alcohólicos, es reestructurar el sistema cognitivo del alcohólico, detectando estos errores o distorsiones del pensamiento, de modo que se hagan conscientes a que la persona sustituya estos, por creencias racionales y funcionales para su vida alejada de la conducta adictiva hacia el alcohol.

El Entrenamiento de habilidades sociales, es otro procedimiento cognitivo conductual de amplio espectro, que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo.

> El planteamiento que subyace en el Entrenamiento en habilidades sociales, es que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales, pueden dificultar a las personas con problemas de bebida a la capacidad de afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen tres habilidades interpersonales: a) afrontamiento de estados cognitivos emocionales, b) afrontamiento de eventos vitales estresantes y c) afrontamiento de situaciones de uso de sustancias. (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995)

Caballo (2007) cita a Lazarus (1973) que fue uno de los primeros en establecer, desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales/ aserción:

- La capacidad de decir no.
- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones
- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Una persona con una historia de consumo de alcohol significativo, paulatinamente empieza a perder sus habilidades sociales y sobre todo de asertividad. No puede decir, no ante sus compañeros de consumo. No reconoce su problema, por lo tanto se ve incapaz de pedir ayuda. No expresa correctamente sus sentimientos positivos y negativos. Se le es difícil mantener o iniciar conversaciones sin el efecto del alcohol. Es por todo esto que, en las clínicas de rehabilitación, se pretende recuperar o brindar al paciente alcohólico, las herramientas que le permitan funcionar sanamente dentro de sus diferentes sistemas.

> Diferentes investigaciones (Marlatt, Rohsenov, 1980) sugieren que los factores cognitivos y ambientales, ejercen mayor influencia en la determinación de los efectos de las drogas, que los efectos farmacológicos o físicos de la droga en si mismo. Los procesos cognitivos, tales como las expectativas y las atribuciones, se

aprenden y están más abiertos a la modificación y al cambio, que los procesos fisiológicos que son relativamente fijos. (Luengo, Romero, Gomez-Fraguela, 1999)

Prevención de Recaídas

Sanchez (1976), en su modelo de evaluación cognitiva, señala que la percepción y la interpretación que un individuo hace de la situación, es el determinante más importante en la conducta de consumo. Los individuos pueden evaluar una situación como positiva, negativa o neutra. Las evaluaciones de esta situación, pueden verse afectadas de acuerdo a la información disponible y la valoración de estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentarse a la situación. De este modo, si el sujeto no encuentra estrategias para afrontar esta situación, puede recurrir a la bebida como impulso inmediato.

Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, (1996), encuentran que, el factor que mejor predice recaída, a los seis meses, es la ausencia de habilidad de afrontamiento. Está habilidad está relacionada con la capacidad de resolución de problemas, comunicación asertiva y búsqueda de soporte social.

García (2003) cita a Annis y Davis (1991) "Las intervenciones sobre la autoeficacia, mediante la reestructuración cognitiva, constituyen un elemento primordial de algunos programas de prevención de recaída"

A medida que la persona desarrolla su patrón de consumo problemático, surgen a su vez patrones de mentira, autoengaño o manipulación, para impedir que la red social empiece a observar problemas con la bebida y otras drogas. La sociedad podría impedir el consumo de alguna manera pero según Sirvert (2006) nace la mistificación que se origina durante la etapa *pre–adictiva* del sujeto, cuando —para justificar su comportamiento— el sujeto se ve obligado a engañar. Es importante señalar que estos primeros engaños deben suponer un cierto esfuerzo activo, incluso un conflicto que periódicamente se reproducirá, en tanto se mantenga el comportamiento adictivo. Sería el clásico ejemplo de un joven, que empieza a consumir drogas y se ve obligado, tarde o temprano a mentir, para disimular su condición o para justificarse (hurtos domésticos, estafas).

Secadez y Fernandez (2001) citan a McAuliffe, (1985) y compararon un programa de PR aplicado aisladamente, con un grupo de PR combinado con grupo de autoayuda. Los resultados mostraron que la combinación de PR, con autoayuda, estaba asociada con efectos significativos sobre la abstinencia a los doce meses de seguimiento.

Marlatt (1985, 1996) ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores (Catalano y col, 1996, Miller 1996). Distingue el autor entre el consumo puntual de la sustancia ("lapso", "desliz", o "caída temporal"), entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la "recaída", que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

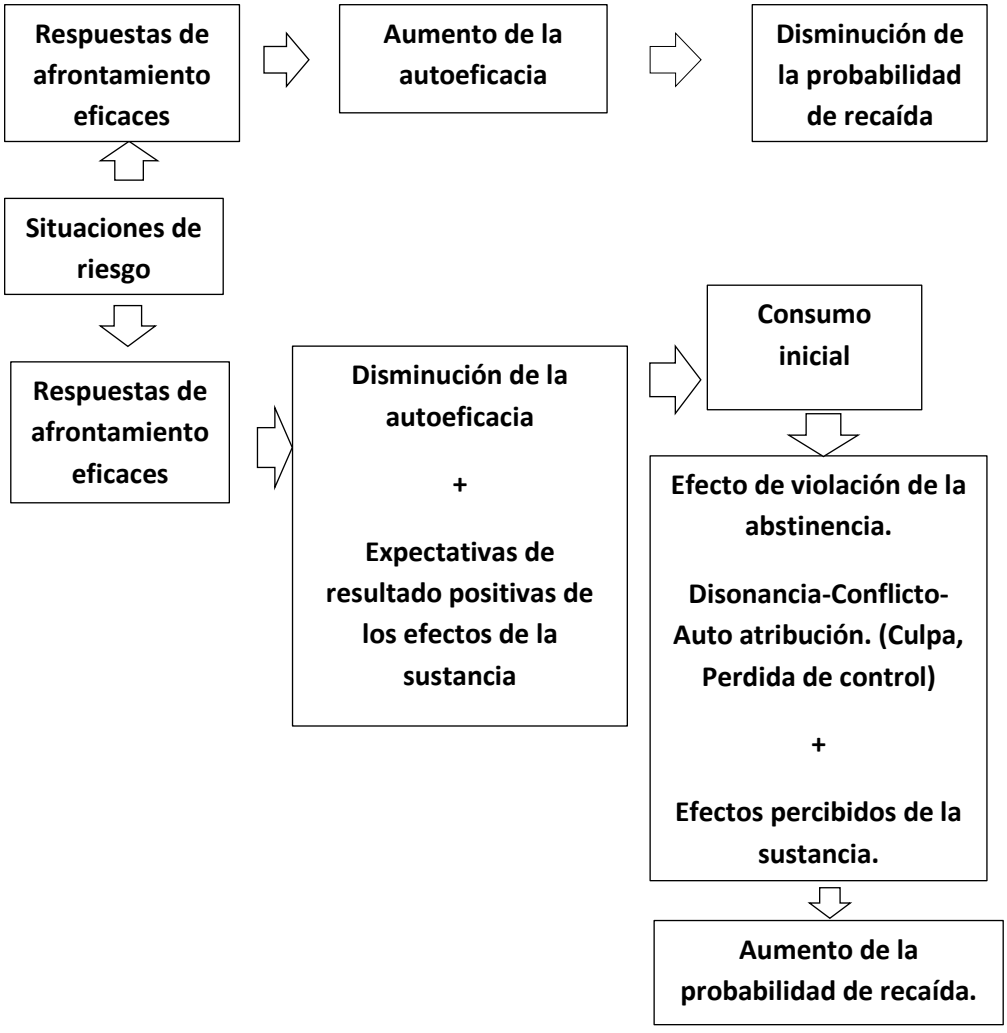


Figura 3.Modelo Cognitivo Conductual del proceso de recaída. (Marlatt, 1996, p 46)

Luengo y colaboradores (1999) opinan y plantean desde este modelo que un consumidor que está en proceso de recuperación, después de un tratamiento, mantiene expectativas de control personal (autoeficacia) mientras se mantiene abstinente. Cuanto mayor sea el período de éxito en la abstinencia, mayor será la percepción individual de autoeficacia. Este control percibido se mantendrá y se incrementará, hasta que la persona se encuentra en situaciones de riesgo.

Luengo y colaboradores (1999). La recaída es más probable que ocurra cuando el individuo siente que no tiene estrategias suficientes para manejar esa situación. En sus estudios sobre consumo de alcohol se han identificado cuatro categorías primarias de situaciones de alto riesgo:

- Estados emocionales negativos como depresión, ansiedad.
- Situaciones previas relacionadas con la bebida.
- Ansiedad social-interpersonal y
- Disminución de la vigilancia y racionalización para realizar el primer consumo.

La Terapia de Grupo es una herramienta terapéutica utilizada ampliamente en el tratamiento del alcoholismo, con diferentes tipos de programas y procedimientos. Entre estos están: Alcohólicos Anónimos, grupos de familias, grupos educacionales, psicodrama, grupos introspectivos, y grupos motivacionales. "Los estudios que evalúan la terapia de grupo han mostrado que los pacientes que están en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia, mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y son más proclives a volver a las citas de seguimiento" (Martin L, 2002)

Los principios básicos de Alcohólicos Anónimos cuyas membresías varian desde tres o más de 50 miembros. Dentro del grupo se estimula la solidaridad, humildad y colaboración entre los integrantes. El alcohólico no confronta en estos grupos el problema de autoridad y

se identifica fácilmente con el compañero, al hacer explícita la frase “me identifico” o “certifico” en el caso que sienta la necesidad de coincidir con el compañero en su discurso. No se culpabiliza a nadie, pero se le invita a ser responsable de las propias acciones y a la reparación de ofensas y daños a terceros. Se utiliza la catarsis tanto con fines de liberación de las emociones perturbadoras, como para percatarse de insatisfacciones y resentimiento que impulsan la bebida.

> Para facilitar la integración del grupo, se sugiere, la participación diaria en las reuniones y la colaboración en las tareas. Se induce la modificación de los “defectos de carácter” (formas habituales de pensamiento y acción), a través de la práctica de un programa de recuperación, que parte de la admisión del alcoholismo como enfermedad y llega a la actividad misionera de “ayudar a otros alcohólicos a recuperarse del alcoholismo”. Esta labor implica un proceso de extroversión, que facilita dejar de pensar en las dificultades propias, conduce a sentirse aceptado por la sociedad y aumenta la autoestima. Desplazan la dependencia del alcohol y de otras personas, a un Poder Superior, que puede ser el mismo grupo A.A., Dios o la naturaleza. (Díaz, 2000)

En conclusión, la terapia cognitiva conductual es un enfoque eficaz para el tratamiento de personas drogodependientes, ya que se ha observado a lo largo de los años que, sujetos que aprenden técnicas de asertividad, comunicación y afrontamiento a problemas, logran mantenerse alejados de la sustancia y la conducta adictiva en sí. El objetivo de la terapia es reestructurar su esquema cognitivo y a la vez, sus patrones de conducta, para adoptar a su vida relaciones más sanas y funcionales, que les permite tener una estabilidad psíquica, emocional y a la vez física, sin atentar contra su vida y la de los demás. Los Grupos de Terapia, siguen siendo en la actualidad los métodos con más demanda por las personas con problemas de alcohol y otras sustancias; debido a los resultados que han demostrado de fortalecer el periodo de abstinencia de sus miembros, junto con una mayor capacidad de resolver conflictos.

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La terapia familiar es actualmente utilizada en la mayoría de centros de rehabilitación para personas consumidoras, pues se ha visto que el consumo de alcohol y otras drogas tienen altas repercusiones en la familia, a la vez que muchos de los conflictos y perturbaciones profundas dentro del adicto, tienen como génesis, la familia.

Para trabajar dentro del sistema familiar se puede trabajar desde diferentes modelos. Ya sean gestálticos, psicodinámico, sistémico, conductual, cognitivo, etc. Muchos historiadores del tema ubican a los precursores de las terapias de familia en los comienzos de la organización del trabajo social. En varios países, a finales del siglo XIX, se defendía la idea de que, ya no era suficiente trabajar con las personas problemáticas, removidas de su contexto familiar. Al contrario, la terapia debía ser dirigida a la familia en su totalidad. (Martinez-Taboas, 2004)

Como lo expresó Dubois en 1907: "No debemos limitar nuestros esfuerzos terapéuticos al paciente solamente, sino además extender nuestro servicio a esas personas que viven con él también. Muchas veces esta es la mejor manera de lograr resultados completos y duraderos. (Broderick, Schrader, 1991, p 4)

De acuerdo con Martinez- Taboas (2004) Un sistema es una serie de unidades, organizadas en independientes, que se relacionan unas con otras. Todo sistema está compuesto de subunidades, los cuales en su totalidad y conjunto le dan configuración a la totalidad del sistema. Estas subunidades suelen estar en relaciones continuas unas con otras y se organizan alrededor de funciones decisivas que harán que el sistema en su totalidad continúe. Este es el principio básico de la terapia familiar sistémica que fue influenciada por la teoría de los sistemas, introducida en esa época. Por lo tanto, la familia, es un sistema y éste a su vez está constituida por varios subsistemas que pueden ser parental, de hijos, de hermanos, de esposos.

En particular dentro del sistema del paciente alcohólico, vemos un sin número de conflictos relacionales, que a medida que avanza el sistema se vuelven más silenciosos, pero a la vez más expresivos en forma de síntoma.

> El alcoholismo está relacionado con infinidad de trastornos relacionales incluyendo: la violencia familiar, paternidad/maternidad inadecuada, disfunciones sexuales, discordia doméstica en general, así como aumento de las tasas de divorcio. El alcoholismo implica, asimismo, una pesada carga financiera para los alcohólicos y sus familias debido, principalmente, a la inestabilidad laboral y los problemas legales causados por la adicción de uno o más miembros de la familia. (Martin, L, 2002)

"Los estudios clínicos y de investigación indican que los problemas familiares y maritales no solo pueden precipitar la bebida abusiva, sino que pueden mantener un patrón de bebida excesiva una vez que ésta se ha desarrollado, así como romper la sobriedad en alcohólicos abstinentes" (Rotunda, O´farrel, 1997)

Luna (2006) señala algunos objetivos principales para el trabajo dentro de la familia en pos de rehabilitación del miembro adicto:

- El objetivo de la terapia familiar en un primer momento debe buscar la abstinencia, el no consumo de sustancias por parte del adicto.
- "Descubrir a los coadictos, los propiciadores y manejar adecuadamente la situación, ya que pueden sabotear el tratamiento e impedir la abstinencia.
- La negación, por parte de la familia, generalmente es el primer obstáculo en la terapia. No se acepta que el hijo, esposo, nieto etc., es un adicto.
- Después de la negación, cuando el adicto se ha integrado al tratamiento viene, en la mayoría de los casos, una fase de agresividad en la familia hacia el adicto.
- No se debe olvidar que la adicción a la sustancia *es el síntoma de un malestar profundo.*

- Conviene integrar a los familiares con otras personas que tengan experiencias con adictos. Esto les sirve de apoyo y de “espejo”.
- En el trabajo con adictos el colocar tareas domésticas para ocupar el tiempo libre, es fundamental en la colaboración para lograr la abstinencia y aumentar el control de la familia sobre el adicto.
- Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas, en algunos miembros de la familia, cuando el adicto se está integrando al tratamiento o se está “curando”. Debe darse la interpretación adecuada a esto.

“Los investigadores han encontrado altos niveles de conflictividad, negatividad y competitividad, y niveles menores que la media de expresividad, cohesión y habilidades para la resolución de conflictos en las familias alcohólicas” (Rotunda, O´farrel, 1997)

Un término muy utilizado dentro de la terapia familiar, es la de chivo expiatorio. Es la persona que asume el rol designado por el grupo, de ser el depositario de todo lo negativo, es quien carga con la culpa colectiva.

> Desde la perspectiva sistémica, se toma en cuenta la metáfora del chivo expiatorio, porque a través de esta se hace evidente que, por lo genera,l a la persona a quien se le designa el rol de chivo expiatorio es un hijo, y ello se presenta porque los padres tratan de resolver sus conflictos entre ello,s buscando o exagerando los problemas en otro integrante del sistema familiar. Por esa situación los hijos terminan asumiendo los conflictos de los padres como propios, puesto que los padres no enfrentan directamente sus problemas entre sí. (Bravo, 2010)

El chivo expiatorio o paciente identificado que en este caso sería el adicto, es el portador del síntoma del sistema familiar, y es identificado por la familia como la fuente de sus problemas, acepta esa designación de la familia y a través de sus síntomas, también refleja la disfunción de la familia como un todo, y mantiene a la familia dentro de un proceso de homeostasis, donde se mantiene la dinámica y comunicación relacional de los miembros de la familia de la misma manera, impidiendo que se den procesos de morfogénesis, que quiere decir, el ingreso de cambios, retroalimentaciones positivas, en los momentos de

crisis familiar a través de cambios en su dinámica, forma de relacionarse y en la manera de comunicarse.

Para el clínico familiar estructural, es vital lograr entender cuatro categorías de funcionamiento familiar. Estas categorías son la clave para conceptualizar el comienzo de una disfunción dentro del sistema:

a) **Problemas de estructura jerárquica:** Las jerarquías de poder se refieren a las decisiones que se negocian dentro de las familias y quien o quienes tienen poder decisional sobre las mismas. De este modo, en las familias saludables el poder jerárquico es representado por el subsistema de los padres, quienes son los encargados de velar por sus hijos. En una familia disfuncional el poder se puede encontrar desbalanceado, y esto traerá consecuencias nefastas como en el caso de las familias alcohólicas.

   Usandivaras (1985) En la dinámica familiar se ha descrito una insuficiente diferenciación entre los subsistemas conyugal y fraterno, incongruencias en el ordenamiento jerárquico y una distorsión en la alianza conyugal, caracterizada por la inclusión de los hijos como terceros participantes en el conflicto de aquélla.

b) **Disfunciones entre las fronteras de los subsistemas:** La familia es vista como una microunidad social, las fronteras o divisiones son las que imponen las reglas tacitas del grado de permeabilidad entre dos diferentes subsistemas que componen una familia. Minuchin (1974) sostiene que el subsistema de los padres y el subsistema de los hijos deben quedar nítidamente delimitados. "En estudios de familias con un miembro abusador y/o adicto a alcohol y/o drogas, se han podido identificar patrones conductuales disfuncionales recurrentes tanto en los padres, como sobreprotección materna, en particular hacia el hijo que desarrollará la conducta; padre distante o ausente, o bien excesivamente castigador, autoritario o violento" (Ress y Valenzuela, 2003)

   Cuando existen fronteras claras y bien definidas, se propone que el funcionamiento familiar propiciará autonomía saludable entre sus miembros y el propio crecimiento del sistema.

c) **Las alianzas o coaliciones:** En esta categoría salen dos tipos de alianzas disfuncionales: a) la de desvio del conflicto a través de un chivo expiatorio; b) las coaliciones transgeneracionales. En la primera, la madre y el padre se unen en común contra alguno de sus hijos. Este problema suele desviar el conflicto de pareja para generar mucho estrés en los hijos. Y en la segunda, típicamente se forma una coalición entre uno de los padres y el hijo, formando un frente antagónico contra el otro padre.

d) **Triangulaciones:** En este tipo de arreglo, dos miembros de la familia se unen contra un tercero, las más comunes son: a) una madre que crea una alianza o coalición con su hija, aislando al padre del sistema, b) la de un padre y una madre que para evitar enfrentarse a sus conflictos enajenan a uno de sus hijos y lo convierten en chivo expiatorio o el "enfermo" de la familia; lo que sucede en el caso de algunas familias de miembros alcohólicos.

Por otro lado, también tenemos la terapia de familia estratégica, con sus autores como Jay Haley (1976) y Cloe Madanes (1981) con cuya premisa básica en la cual se engrana esta terapia familia y consiste en conceptualizar un síntoma como un acto de comunicación familiar o como una secuencia de conductas que conllevan mantener la homeostasis del sistema. "Lo que todo terapeuta estratégico desea hacer es interrumpir y desbalancear la homeostasis patológica anterior, lo que le permitiría a la familia desarrollar y practicar nuevos estilos de comunicación" (Martinez- Taboas, 2004)

"La drogadicción sirve de varios modos para resolver el dilema del adicto en cuanto a ser o no un adulto independiente. Es una solución paradójica que permite una forma de pseudoindividuación. Al usar drogas, el adicto no está del todo "dentro" y se culpa a la droga cuando está "afuera". Es competente dentro de un marco de incompetencia. (Stanton, Todd, 1988, p.34)

Siguiendo a Bernestein (1992), se pueden plantear las siguientes características de los grupos familiares de las personas farmacodependientes:

1. Mala alianza marital: Disfuncionalidad en la relación de los padres.

2. Interacción simbiótica en la relación madre e hijo: Existe una relación indiscriminada y "pegoteada", lo cual es de esperar ante una madre y un padre que no se encuentran entre sí.
3. Coalición intergeneracional: Los problemas de relación de pareja, más la simbiosis madre e hijo, conllevan una unión confabulatorio de dos contra uno. (madre- hijo vs padre o padre -hija vs madre)
4. Padre sobreinvolucrado o padre periférico: Cuando el adicto es hijo varón, la madre juega el rol de padre sobre involucrado y el padre aparece como padre periférico; en el caso de que el paciente identificado sea una hija, la situación anterior tiende a invertirse. Esto resulta predecible de acuerdo con la existencia de una coalición intergeneracional y una mala alianza marital.
5. Falta de fronteras claramente delimitadas: La familia como sistema está conformada por subsistemas (paterno y filial), entre los cuales hay fronteras y, en este caso particular, las mismas no son respetadas, favoreciendo de esta manera la simbiosis.
6. Incongruencia jerárquica: Se refiere a la carencia de respeto hacia el orden familiar establecido, dándose confusión entre los sistemas filial y paterno, todo lo cual es producto de la falta de fronteras.
7. Dobles mensajes: El discurso verbal dice una cosa, mientras que la acción "dice" lo contrario. Es como si dijeran al hijo: " haz lo que yo digo pero no lo que yo hago".
8. Deseos de muerte: Estos deseos se presentan ya sea en lo explicito-verbal o en la interacción grupal (implícito-actitudinal).
9. Secretos familiares: Se refiere a secretos del aquí y el ahora en la dinámica familiar, y por ende, ahistóricos. Por ejemplo, el padre se emborracha y la madre lo encubre o disimula.

Sandí, Díaz, Blanco y Murrelle (1995) han manifestado que el alcoholismo paterno o materno incrementa el riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en los hijos; el tabaquismo en el hogar aumenta al doble la probabilidad de que el hijo adolescente fume; asimismo, el consumo de drogas en el hermano mayor y en el menor se encuentran estadísticamente asociados de manera significativa.

> Ante este panorama, quizás sea posible comprender el porqué de las altas tasas de reincidencia entre pacientes dependientes de sustancias psicoactivas o el por qué, cuando un paciente presenta una mejoría, de inmediato su grupo familiar lo "boicotea" (haciendo síntoma otro miembro, presionando para que vuelva al hogar, "amenazando" con una separación de la pareja parental, etc.) todo en un sentido implícito. (Saenz, 2003, p 25-44)

Codependencia

Un concepto importante a tratar dentro del campo de las adicciones es la Codependencia; siguiendo a Stanton nos referimos a la Codependencia como un conjunto de comportamientos por parte de las personas que viven con el paciente, que, si bien no facilita, tampoco obstaculiza adecuadamente el uso de sustancias y todos aquellos comportamientos que están relacionados con el consumo de drogas. Con frecuencia en la literatura estadounidense, se verifican contribuciones científicas que se basan en grandes intervenciones "en red" (Stanton, 1988).

> Las personas codependientes, no solo mantienen relaciones con personas dependientes (adictos) sino que además exhiben muchas de las características que definen al adicto como tal. Pueden así no utilizar al alcohol y otras sustancias químicas, pero utilizan otras cosas de manera compulsiva y adictiva. Así se observa que las personas codependientes son frecuentemente anoréxicas o bulímicas o presentan problemas con la alimentación. También a menudo tienen una relación adictiva hacia actividades como el trabajo, amor. (Jauregui, 2000, p 452-477)

La codependencia es una enfermedad en la cual la característica principal es la falta de identidad propia , se crea una identidad falsa, aunque la realidad es que no sabe quién es, y está tan desconectado de sus sentimientos, que asume la responsabilidad por las acciones de los demás. (Méndez)

Beattie (2003) señalan las siguientes características de la persona codependiente:

- Pierde la conexión con lo que necesita, desea y siente. Buscando aceptación puede ser dulce y agradable aunque no lo siente, cree que su valor como persona depende de la opinión de los demás, es decir, da más importancia a los demás que así mismo.
- Mantiene una imagen o un status para impresionar, dada que su autoestima es muy baja.
- Se sienten atraídos hacia personas con necesidad, por parejas violentas, drogadictas, alcohólicas o disfuncionales.
- Se sienten incapaces de dejar de hablar, de pensar y preocuparse por otra gente, acostumbra tomarse las cosas de manera personal y se avergüenza por lo que hacen otros.
- Pensamiento obsesivo en la relación a los problemas de pareja, continuamente está tratando de idear nuevas estrategias para controlar y dominar la situación.
- Se sienten muy amenazados por la pérdida de abandono de alguien o de la persona que piensan que proporciona felicidad, creen mentiras y se mienten a sí mismos.
- Gradualmente aumentan su tolerancia hasta que puedan tolerar y hacer cosas que habían dicho que nunca harían. No confían en sí mismos, ni en sus sentimientos ni decisiones.

Como habíamos señalado, las madres de los adictos tienden por lo general a ser las principales codependientes; Campagna y Gervasio (1987) describen la relación entre madre e hijo de la siguiente manera:

1. La madre suele ser depresiva, a veces de manera encubierta y coloca en el hijo sus propios aspectos melancólicos. Necesita constantemente reafirmar su autoestima en función del otro.
2. Son madres fundamentalmente narcisistas con actitudes inmaduras, donde el hijo es algo indiferenciado, una "cosa " utilitaria para sus fines, ya que se acerca a su hijo para cubrir una necesidad propia. Este mensaje es percibido inconscientemente por el hijo. Por ejemplo, una madre insegura, ve a su hijo durmiendo y lo despierta, por miedo a que esté muerto.
3. La recurrencia de tales conductas en la madre, suscita en el hijo una manera frágil, temerosa e insegura de percibirse a sí mismo.

4. La madre no puede contener la ansiedad de su hijo, pero tampoco le permite la posibilidad de diferenciación. Mantiene la simbiosis.

Stanton y Todd (1988), indican que la adicción, es una forma de no partida, no independencia o individualización del adicto, como un estado de simbiosis o fusión con la madre, donde no entra la separación. Entonces el adicto, a pesar de sus intentos por separarse y crecer, por ejemplo trabajando y/o casándose, siempre volverá al hogar y la madre estará ahí para recibirle.

De esta manera la familia, como principal educador del individuo, está llamada a apoyar continuamente la valoración positiva de sí mismo/a, o subir el autoestima de todos sus miembros; promover las comunicación asertiva entre sus integrantes y al mismo tiempo ofrecer un modelo de aprendizaje sano en cuanto a patrones de conducta relacionales. Ofrecer al miembro familiar con problemas de drogodependencia, un medio libre de drogas o conductas adictivas(juego patológico, internet, trabajo, etc.) por parte de todo el sistema, a su vez que motivar al cumplimiento de normas y valores que orienten la vida familiar y comunitaria, estimulando la recreación sana y útil en el tiempo libre.

López (1994) recomienda la modalidad de "comunidad terapéutica", ya que constituye una familia experimental, pues la transferencia se manifiesta en sus diferentes niveles, tanto hacia los compañeros y compañeras, como hacia los operadores y operadoras socio-terapéuticos/as, el o la terapeuta individual y la institución como estructura. Además, el ingreso de un nuevo o nueva paciente desata las rivalidades propias del nacimiento de un hermano o hermana, o ambivalencias; también es común que se produzcan conductas regresivas y de "chivo emisario" o "expiatorio".

ENFOQUE PSICOSOCIAL

El desarrollo humano no es canalizado tan solo por cambios de raíz biológica tales como la maduración del sistema nervioso, el crecimiento o el envejecimiento; existe otro nivel de determinación en el que han de situarse los avatares históricos que suponen para toda una generación, la serie de vivencias, creencias, modos de vida, valores y expectativas. Y el alcoholismo, hoy en dí,a se ha vuelto un problema de tipo social, pues crecemos expuestos a un uso indiscriminado de bebidas alcohólicas en todo evento social, de manera que, las consecuencias negativas y los daños que causa a la salud cuando se consume constantemente, pasan a ser desatendidos y nuestra mente los cataloga como un comportamiento culturalmente "aceptado". A lo largo de este capítulo abordaremos las bases teóricas de la Psicología Social, Antropología y Sociología, para entender al alcoholismo.

Allport (1985) define a la psicología social como la disciplina que se vale de métodos científicos para "entender y explicar la influencia que la presencia real, imaginada o implícita de los otros tiene en las ideas, sentimientos y la conducta de los individuos"

La antropología descrita por Marzal (1998) la define como la ciencia social que estudia el funcionamiento y la evolución de las sociedades. Esta ciencia recoge su información, sobre todo, por medio de la observación participante y la analiza con el método comparativo. Etimológicamente antropología significa estudio del hombre, de esta manera nació esta ciencia para entender y comprender al hombre, como miembro de una sociedad y que está inmerso en una cultura.

Nadie podría poner en duda que el alcohol es la droga más empleada a lo largo de toda la historia de la humanidad, con propósitos de "alterar la conciencia". Es, probablemente, la droga más antigua usada para tal fin, la más ampliamente distribuida, y también, la más versátil, sirviendo a veces tanto como anestésico, afrodisíaco, energético, alimento, medicamento y narcótico, en varios contextos, durante milenios

"El uso del alcohol por el hombre, involucra una paradoja que está implícita en el hecho de que, no obstante todas sus peligrosas consecuencias – tan peligrosas que, todas las

sociedades en las cuales se acostumbra a beber alcoho,l han tenido que establecer controles restrictivos más o menos severos- ni si quiera la pena de muerte ha sido capaz de prevenir su uso." (Menéndez, 1991, p, 39)

Corral, Crespo, Domenech, Front-Mayolas, Lalueza, Larraburu, Martinez, Moncada, Raguz, Rodriguez-Tomé, (2003) señalan que "El desarrollo humano, canalizado por procesos de mediación interpersonal, es fundamentalmente un proceso mediante el cual nos hacemos miembros de nuestra cultura. Y como principal instancia de socialización, la familia aparece como un importante mediador sociocultural, cuyas prácticas contribuyen decisivamente a la definición de la trayectoria evolutiva de sus miembros."

Duarte, Escario y Molina (2009) señalan datos importantes en la historia del alcoholismo desde el enfoque psicosocial:

> Hasta mediados de los años 50, la Teoría Moral y la Teoría Espiritual, confirmaban que la sustancia dañina que causaba la mayor consternación desde una perspectiva social era el alcohol. En particular, como resultado de influencias sociales y religiosas, el consumo de dicha sustancia estaba normalmente visto como un mal hábito, o incluso como un pecado, ya que se asumía que el bebedor se comportaba de un modo que carecía de cualquier objetivo moral. Sin embargo, en 1977, la Organización Mundial de la Salud adoptó el término "síndrome de la dependencia del alcohol", reflejando el nuevo énfasis que se había puesto en la enfermedad, por un lado, o en la dependencia química, por otro, más que en la debilidad moral.
>
> A continuación las diferentes teorías, junto con su ideología principa,l para abordar el abuso de sustancias:

Teorías Psicosociales sobre la Adicción

Teorías	Características clave
Teoría Moral	Abuso de sustancias como un vicio o pecado. El castigo específico eliminará el "mal" comportamiento
Teoría Espiritual	Atribuye el abuso de sustancias a la ausencia de un enfoque metafísico dentro del individuo afectado. La recuperación sólo es posible si los individuos afectados reconocen su incapacidad para autocorregirse.
Teoría de la Enfermedad	El abuso de sustancias es una enfermedad progresiva con una historia natural identificable además de una condición permanente o una enfermedad única en la vida.
Teoría de la Dependencia Química	El abuso de sustancias es un síndrome caracterizado por un grupo de fenómenos tanto biológicos como psicológicos
Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977)	El comportamiento se explica a través de una teoría dinámica y recíproca en la que los factores personales, influencias del entorno y el comportamiento interactúan continuamente
Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1985,1991)	El mejor predictor de un comportamiento o una conducta es la intención. Los determinantes de la intención son la actitud del individuo hacia el comportamiento, sus normas subjetivas y el "control percibido" o su propia percepción de capacidad para llevar a cabo esa conducta.
Modelo Biopsicosocial (Leight yReiser 1980, Shwartz 1982)	El abuso de sustancias es el resultado neto de una compleja interacción entre una combinación de determinantes biológicos, psicológicos y sociales.
Teoría del Comportamiento Problemático (Jessor y Jessor 1977)	Comportamiento El comportamiento problemático se concentra en los mismos individuos (el comportamiento problemático está correlacionado positivamente con otros patrones de dicho

	comportamiento y correlacionado negativamente con el comportamiento convencional).
Teoría Sintomática/ Modelos socio culturales	El abuso de sustancias se desarrolla como resultado de fuerzas sociales perjudiciales como el desempleo, pobreza, violencia, disfunción familiar, además de injusticias de género y edad
Modelos de Salud Pública	Tres tipos de factores casuales para entender el consumo de drogas: el factor (droga), el huésped (diferencias individuales que influyen susceptiblemente a la condición) y el entorno
Modelos de Riesgo /Modelos (Bry 1983, Bry y Krinsely 1990, Newcomb y Felix Ortiz 1992)	El número de factores de riesgo parece directamente relación de Riesgo y Protección dado con la intensidad y etapa del consumo de drogas. Identificando los individuos con mayores niveles de exposición a un gran número de factores de riesgos, es posible identificar individuos susceptibles. Dichos factores son de clase física y psicosocial.

Fuente: Duarte, Escario y Molina (2009) El abuso juvenil de Alcohol: Estimaciones Count Data. Revista de Economía Aplicada, p 81- 104.

Según Medina Cárdenas (1993), antes de la llegada de los conquistadores, era notoria entre los grupos de indígenas meso y suramericanos, una variedad de bebidas alcohólicas nativas, obtenidas de la fermentación de diversas frutas y del maíz, denominadas "chichas". Su uso inicialmente costumbrista, estaba relacionado con festividades y actos religiosos, precisándose la ingestión ceremonial sólo entre hombres adultos, con muy escasa participación de jóvenes y mujeres

> Como se puede notar, aunque no se descarta el gusto por los productos del maíz entre los aborígenes suramericanos y por el placer suscitado por los efectos de las bebidas fermentadas, el consumo de este tipo de sustancias estaba enmarcado alrededor de ritos, celebraciones y controles comunitarios, con connotaciones socio-culturales muy importantes.

> Con la llegada de los conquistadores españoles, en el siglo XVI, éstos no sólo trajeron la religión, la cultura, el vino, la manzana y el trigo, sino también técnicas para la elaboración de las bebidas alcohólicas, elementos todos éstos que modificaron y transformaron las costumbres nativas. (Castaño, 2008, p15-27)

Pese a las prohibiciones, la producción y el consumo de ésta bebida "pagana y perversa" se la seguía consumiendo, siendo acogida también por los españoles que la tomaban al mismo tiempo que trataban de modificar su preparación o de encontrar otras bebidas embriagantes.

> Igualmente, la integración de los mercados, la globalización y el creciente desarrollo de las bebidas alcohólicas, han jugado un importante papel adicional en esta situación, con un aumento en la cantidad de bebidas disponibles y circulantes y con la promoción de modelos occidentales de consumo. Estas circunstancias se agravan por los altos impuestos y restricciones sociales y legales que se impone en las sociedades más industrializadas, lo cual hace que las compañías productoras de bebidas alcohólicas enfilen sus campañas a los países latinoamericanos, donde todavía no existe tanta restricción, buscando sobre todo incidir en la población joven y en las mujeres. (Castaño, 2008, p15-27)

En Latinoamérica el alcohol constituye una sustancia que, a diferencia de las ilegales, no estigmatiza a quien las consume (aunque sí al que se convierte en alcohólico), más bien al contrario, es un elemento que fortalece el vínculo relacional entre quienes lo comparten, creando en ocasiones distancia y desconfianza hacia alguien que se niegue a su consumo cuando éste es ofrecido.

En todos los países existe una "cultura alcohólica". El alcohol se consume como una sustancia recreativa y aliviadora de penas y malestares. Su uso sigue acompañando celebraciones, alegrías y tristezas. Se consume alcohol porque se pierde y se gana, se nace y se muere y por motivo de reunión entre amigos, para relajarse, para desinhibirse o simplemente porque gusta. Hay una asociación importante entre "fiesta", "rumba" y alcohol. No se conciben éstas sin la presencia de esta sustancia.

En los países occidentales, el consumo de alcohol está ampliamente extendido y es aceptado culturalmente, siendo utilizado como vía de comunicación y de relación entre las personas y como elementos socializadores incluso entre la juventud (Laespada y Salazar, 1999).

Factores sociales que influyen en el consumo de alcohol.

a) ***Macrosituacionales*:** son los condicionantes geográficos, legales, económicos y sociales y culturales. Entre ellos podemos destacar: actitudes sociales favorables al consumo, necesidades agudas de ajuste (la desadaptación social facilita la huida de la realidad y búsqueda de estados gratificantes inmediatos) y tensiones internas creadas por la sociedad (conducta de beber para disminuir la tensión), insatisfacción o frustración causada por la carencia o insuficiencia de otras formas de gratificación, etc.

b) ***Microsituacionales*:** son las condiciones ambientales y psicosociales cercanas al consumo. Haría referencia a todos los aspectos favorecedores del consumo de alcohol que se puedan dar en los contextos familiares, escolares, de sus iguales y demás entornos cercanos en los que se desenvuelve directamente el sujeto. (Secades 2001)

Migración

Por migración nos referimos a todo desplazamiento de la población que se produce desde su lugar de origen a otro destino y lleva consigo un cambio en la residencia habitual.

La migración internacional en Ecuador empieza alrededor de 1950, y corre paralela al crecimiento de la migración interna del campo a las dos ciudades más importantes del país que son Quito y Guayaquil. Durante cuatro décadas, los destinos de la emigración internacional fueron países del continente americano: Venezuela, Canadá y Estados Unidos,

pero en la década de 1990 empiezan a conformarse las redes migratorias que luego servirán de base para la salida masiva de ecuatorianos desde finales de 1990 tanto a Europa como a Estados Unidos

1) La mayoría de los cambios en el consumo etílico, que se experimentan al cabo del arribo de los inmigrantes a Estados Unidos, se atribuyen al influjo de la cultura estadounidense.
2) Las transformaciones que ocurren simultáneamente en los países de origen de dichos inmigrantes no son importantes y los patrones de ingesta de bebidas alcohólicas y no la diversidad intracultural, son propios de tales países.
3) La identificación etnonacional con el país natal, disminuye característicamente con el tiempo pasado en Estados Unidos, y raramente se intensifica, por ejemplo, como respuesta al racismo experimentado en aquel país. (Gutmann, 2002)

De acuerdo con Herrera y Castillo (2009) la masificación de la emigración, su nacionalización y su feminización en los últimos diez años ha producido, entre otras cosas, una diversificación de los contextos de salida que vuelven más compleja la interpretación de las situaciones «en origen» y demandan mayor cautela a la hora de analizar los impactos de la migración, sobre la situación de las familias que se han quedado. Sin embargo, las autores señalan que el primer cambio al que se enfrentan los jovenes y sus familias, es el pasar de un cuidado relativamente concentrado en sus padres o su madr,e a arreglos más difusos en donde intervienen un mayor numero de personas, abuelos, tios, vecinos, etc.

Existen algunas situaciones que provocan inestabilidad y vulnerabilidad en las familias que se quedan ; lo que podrian producir ansiedad y a su vez un mayor consumo de alcohol ; como por ejemplo :

- Cuando el padre emigrante deja de enviar remesas o no manda lo suficiente, la escasez en la reproducción material afecta la reproducción social de la familia.
- La ausencia del padre provoca vacíos en la representación de la autoridad y frecuentemente empuja a las madres a reforzar medidas de control sobre sus hijos por temor a que les ocurra algo.

- Las esposas expresan temores en dos ámbitos: la irregularidad en el envío de remesas que las coloca en situaciones de vulnerabilidad y de dependencia económica con su familia ampliada, especialmente si no tienen un trabajo remunerado; y el hecho de cargar solas con la responsabilidad del bienestar de los hijos. (Herrera y Castillo, 2009)

En colegios de clase alta o media, ser «hijo de migrante» tiene connotaciones negativas asociadas a pobreza o adscripción étnica indígena, y esta condición se vuelve un factor de discriminación. Siguiendo con los datos encontrados por las autoras; que señalan que está muy arraigada la idea de que al existir «falta de control» de los padres, los y las jóvenes son más proclives al libertinaje. Es muy frecuente asociar el alcoholismo y drogadicción con los hijos de migrantes, así como también la tendencia a buscar refugio en pandillas. Los embarazos precoces, también se los relaciona con esta búsqueda de afecto por un lado y falta de control por otro. Es curioso que sean también las pandillas, en el caso de los hombres, y el embarazo precoz, en el caso de las mujeres, los discursos más frecuentes alrededor de los cuales se tejen los problemas de los jóvenes inmigrantes ecuatorianos en destino. Sin embargo, para ellas, en el Ecuador estos son problemas que han estado presentes antes de que la emigracion adquiera las caracteristicas masivas que tiene ahora, y por tanto no deberían relacionarse necesariamente con la emigracion de los padres.

CAPITULO III

ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS

"INCIDENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY"

INTRODUCCION

Cumpliendo con el objetivo general de esta investigación a continuación se presentaran las tablas correspondientes con los resultados que nos brindan los test CAGE y AUDIT, para identificar las poblaciones de riesgo en cuanto a las variables, edad, sexo y facultad. Los resultados obtenidos reflejan un alto nivel de consumo, lo que constituye un hecho preocupante.

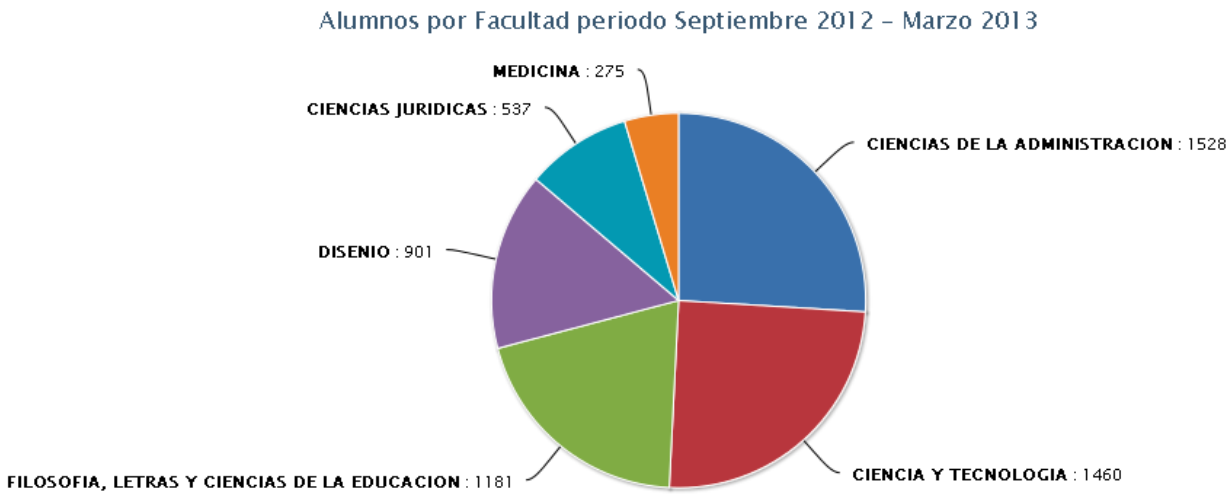
METODOLOGIA

Esta investigación tiene un cohorte transversal descriptivo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística analítica descriptiva.

POBLACION Y MUESTRA

El universo está constituido por todos los alumnos matriculados en la Universidad en el ciclo en el ciclo correspondiente a Septiembre 2012- Marzo 2013. La muestra estuvo constituida por 409 estudiantes. Se realizó un muestreo estratificado considerando las facultades y en base a los siguientes valores: 95% nivel de confianza y 0.05 % de error máximo aceptable.

- **Medicina** 20 4,89%
- **Ciencias Jurídicas** 38 9,29%
- **Ciencias de la Administración** 104 25,43%
- **Diseño** 63 15,40%
- **Filosofía** 82
  20,05%
- **Ciencia y Tecnología** 102 24,94%



Total Hombres: 2967 **Total Mujeres: 2915**

FUENTE: ALUMNOS POR FACULTAD PERIODO SEPT 2012-2013. CENTRO DE COMPUTO DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MATERIALES

Para la investigación se aplicarán dos reactivos mundialmente utilizados para medir índice de consumo de consumo de alcohol, que cumplen con todos los criterios de validación requeridos en este estudio.

TEST AUDIT

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede proporcionar un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias nocivas.

Cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas, las primeras tres preguntas hace referencia a la cuantificación del consumo de alcohol, la cantidad y la frecuencia, la 4,5,6 hace referencia a los síntomas de dependencia al alcohol, la 7 y 8 a las diferentes consecuencias adversas y las últimas dos a problemas relacionados con el consumo de

alcohol, de la 1 a la 8 tienen cuatro posibles respuestas que van desde el 0 al 4, y las 2 últimas3 que puntual 0-2-4, el rango de la puntuación general va de 0 a 40.

TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana ☐	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más ☐	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?. (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
3. ¿ Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario *Pase a las preguntas 9 y 10 sí la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0* ☐	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año ☐
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año. ☐
	Registre la puntuación total aquí ☐

CAGE

Este cuestionario evalúa problemas graves con relación al consumo de alcohol, no posee una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo, su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre el 79 y 100% en función al punto de cohorte que se utilizaría.

Consta de 4 ítems, su administración puede ser colectiva o individual, 3 de sus ítems explora la parte subjetiva de la persona con relación al consumo mientras que el último se refiere a la abstinencia alcohólica. Los 4 ítems son de respuestas de respuestas dicotómicas de sí o no. La corrección se realiza sumando las puntuaciones de los diferentes ítems.

TEST CAGE

C: *¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to **C**ut down drinking?* Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: *¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt **A**nnoyed by criticismo of drinking?* Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

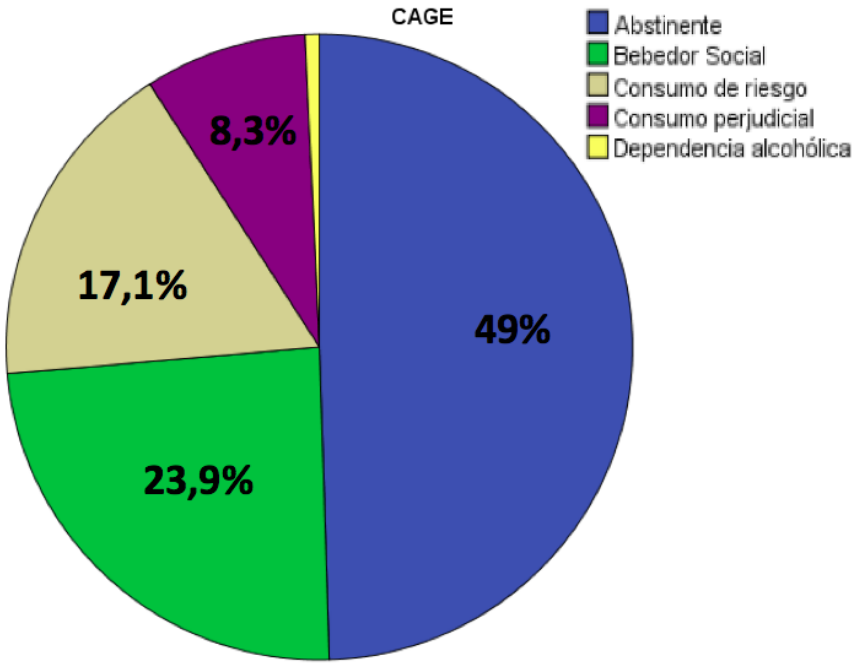
G: *¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had **G**uilty feelings about drinking?* Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: *¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning **E**ye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)?* Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

RESULTADOS OBTENIDOS

CAGE

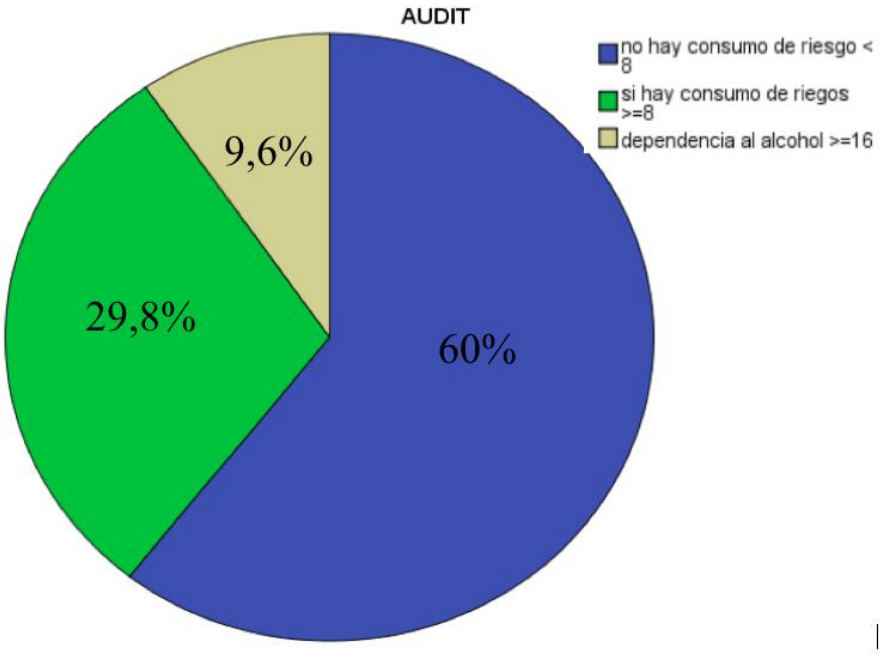
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Abstinente	201	49.0	49.5	49.5
Bebedor Social	98	23.9	24.1	73.6
Consumo de riesgo	70	17.1	17.2	90.9
Consumo perjudicial	34	8.3	8.4	99.3
Dependencia alcohólica	3	.7	.7	100.0
Total	406	99.0	100.0	
Perdidas	4	1.0		
Total	410	100.0		



- Un 26.1% de los estudiantes tienen un consumo riesgoso, perjudicial, de esos un 0,7% con dependencia alcohólica.

AUDIT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No hay consumo de riesgo < 8	246	60.0	60.6	60.6
Si hay consumo de riegos >=8	121	29.5	29.8	90.4
Dependencia al alcohol >=16	39	9.5	9.6	100.0
Total	406	99.0	100.0	
Perdidas	4	1.0		
Total	410	100.0		



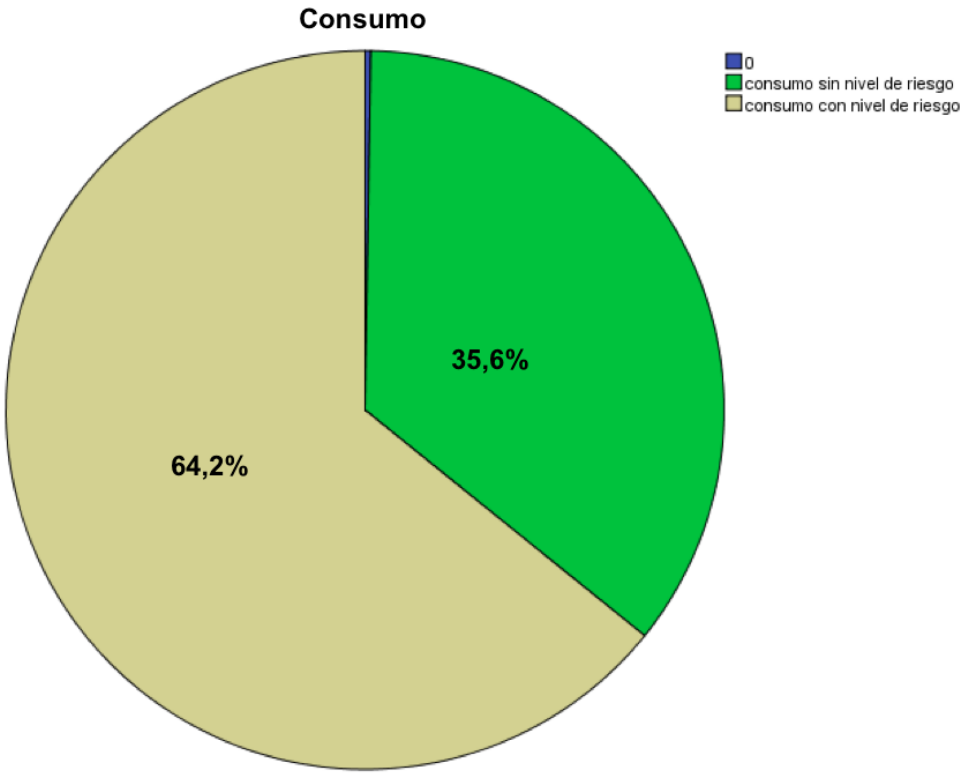
- Un 39% de los estudiantes tienen un consumo de riesgo. El 9.5% posiblemente una dependencia alcohólica.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 **indica un consumo en un nivel de riesgo**. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), **implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol.** Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 **indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.** Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de

dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente.

CONSUMO CON NIVEL DE RIESGO

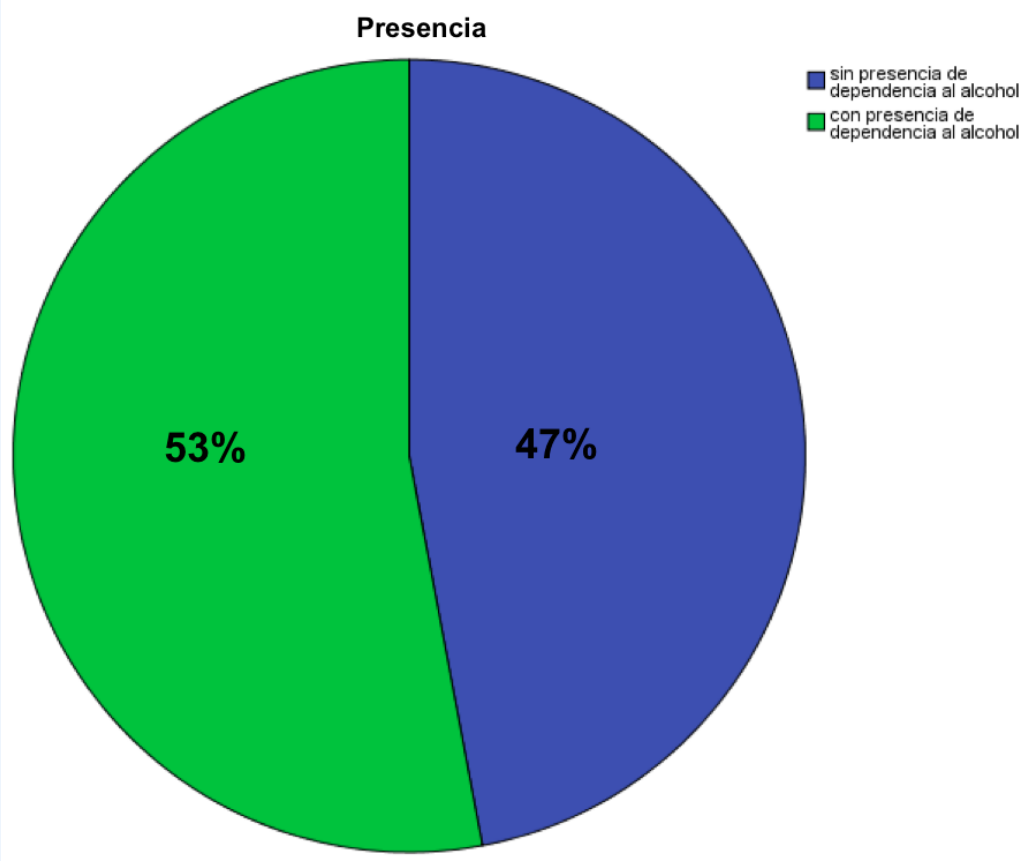
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	.2	.2	.2
	consumo sin nivel de riesgo	144	35.1	35.6	35.8
	consumo con nivel de riesgo	260	63.4	64.2	100.0
	Total	405	98.8	100.0	
Missing	System	5	1.2		
Total		410	100.0		



- Un 64.2% de los estudiantes presentan un consumo con nivel de riesgo.

CONSUMO CON PRESENCIA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

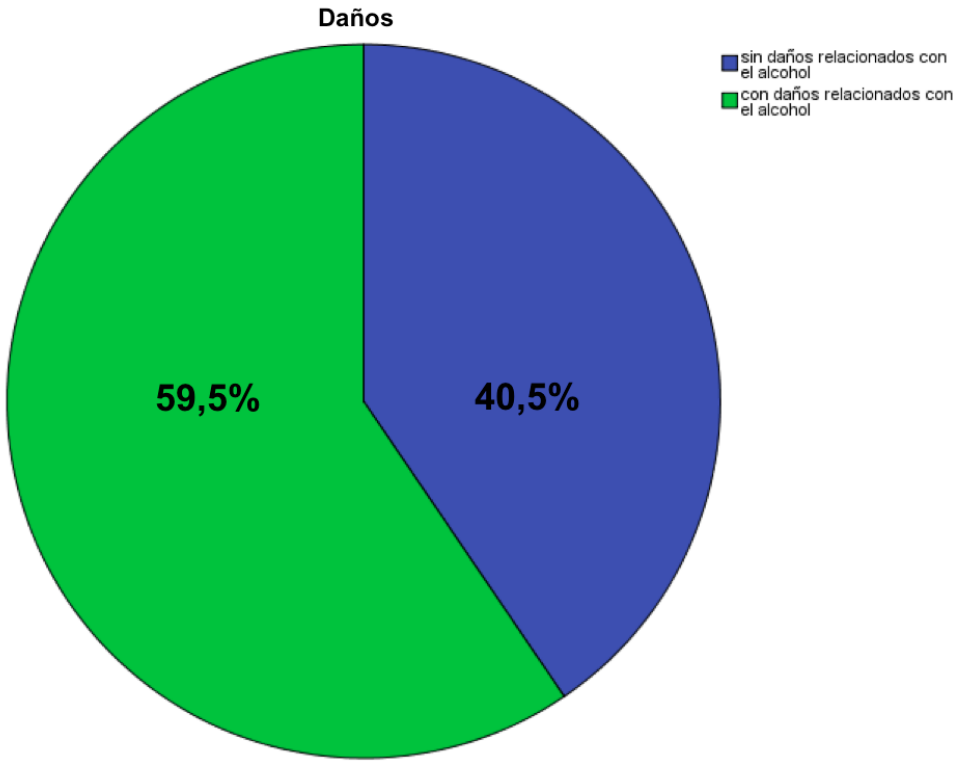
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sin presencia de dependencia al alcohol	191	46.6	47.0	47.0
	con presencia de dependencia al alcohol	215	52.4	53.0	100.0
	Total	406	99.0	100.0	
Missing	System	4	1.0		
Total		410	100.0		



- Un 53 % de los estudiantes mostraron un consumo con una posible dependencia al alcohol.

DAÑOS RELACIONADOS AL ALCOHOL

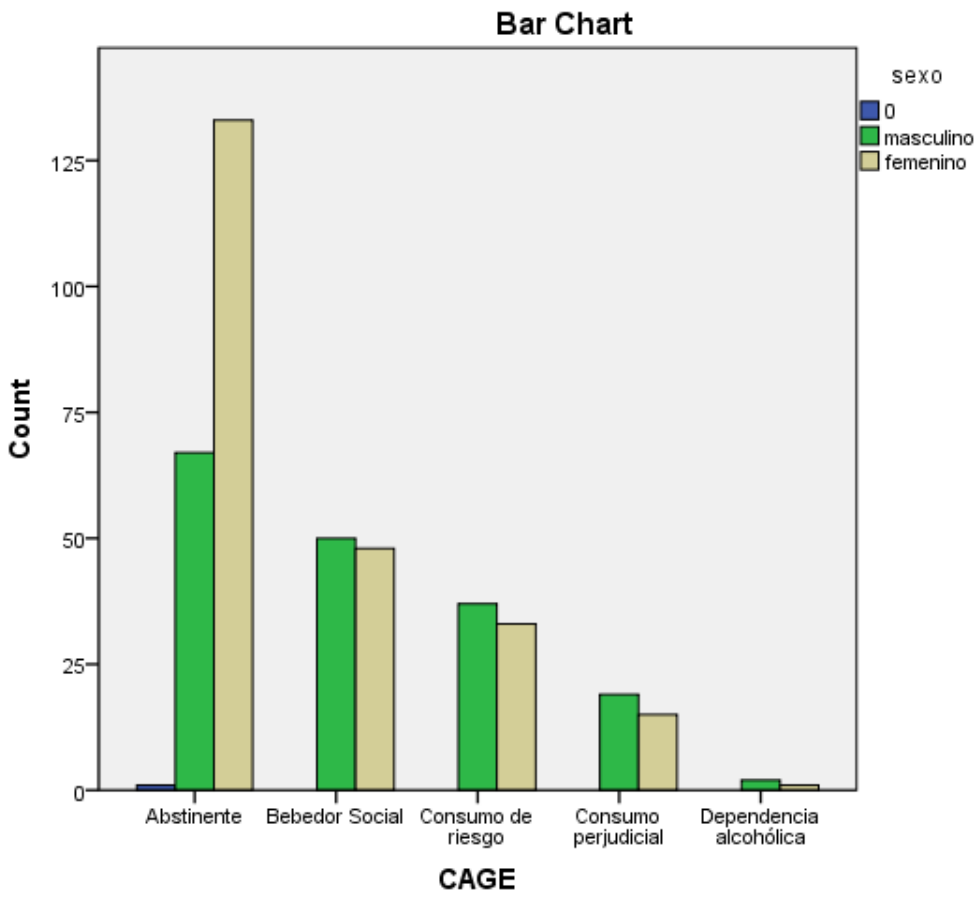
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sin daños relacionados con el alcohol	164	40.0	40.5	40.5
	con daños relacionados con el alcohol	241	58.8	59.5	100.0
	Total	405	98.8	100.0	
Missing	System	5	1.2		
Total		410	100.0		



- Un 59.5 % de los estudiantes mostraron daños relacionados al alcohol.

CAGE- VARIABLE SEXO

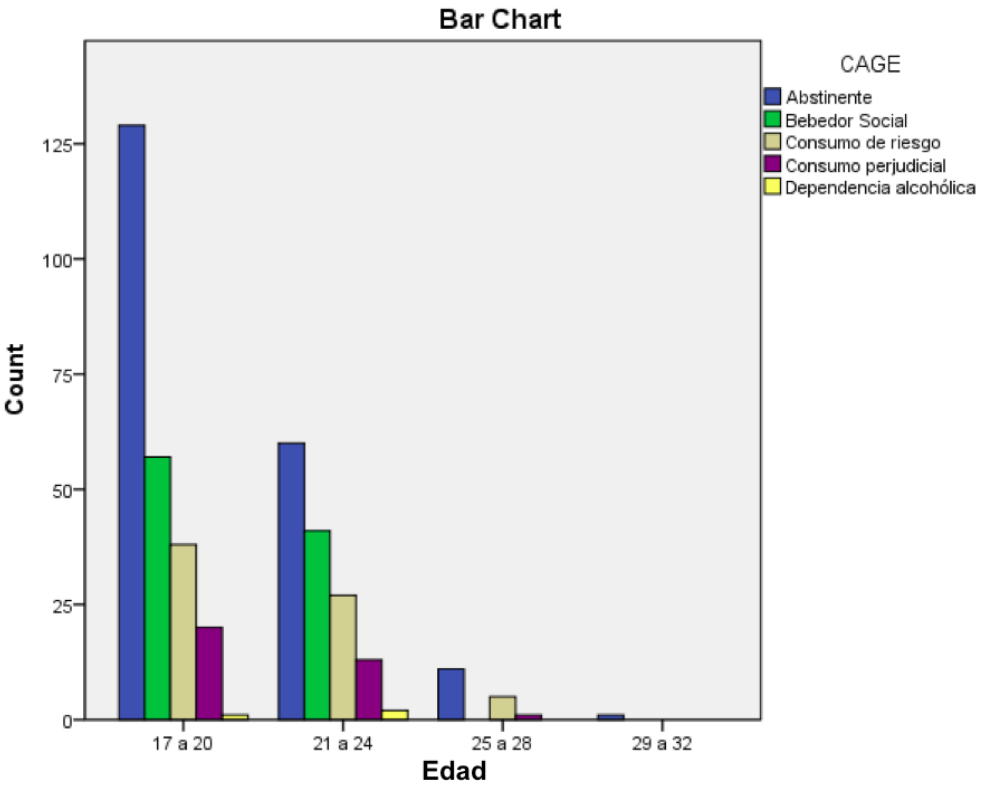
			sexo			
			0	masculino	femenino	Total
CAGE	Abstinente	Count	1	67	133	201
		% within CAGE	.5%	33.3%	66.2%	100.0%
		% of Total	.2%	16.5%	32.8%	49.5%
	Bebedor Social	Count	0	50	48	98
		% within CAGE	.0%	51.0%	49.0%	100.0%
		% of Total	.0%	12.3%	11.8%	24.1%
	Consumo de riesgo	Count	0	37	33	70
		% within CAGE	.0%	52.9%	47.1%	100.0%
		% of Total	.0%	9.1%	8.1%	17.2%
	Consumo perjudicial	Count	0	19	15	34
		% within CAGE	.0%	55.9%	44.1%	100.0%
		% of Total	.0%	4.7%	3.7%	8.4%
	Dependencia alcohólica	Count	0	2	1	3
		% within CAGE	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	.0%	.5%	.2%	.7%
	Total	Count	1	175	230	406
		% within CAGE	.2%	43.1%	56.7%	100.0%
		% of Total	.2%	43.1%	56.7%	100.0%



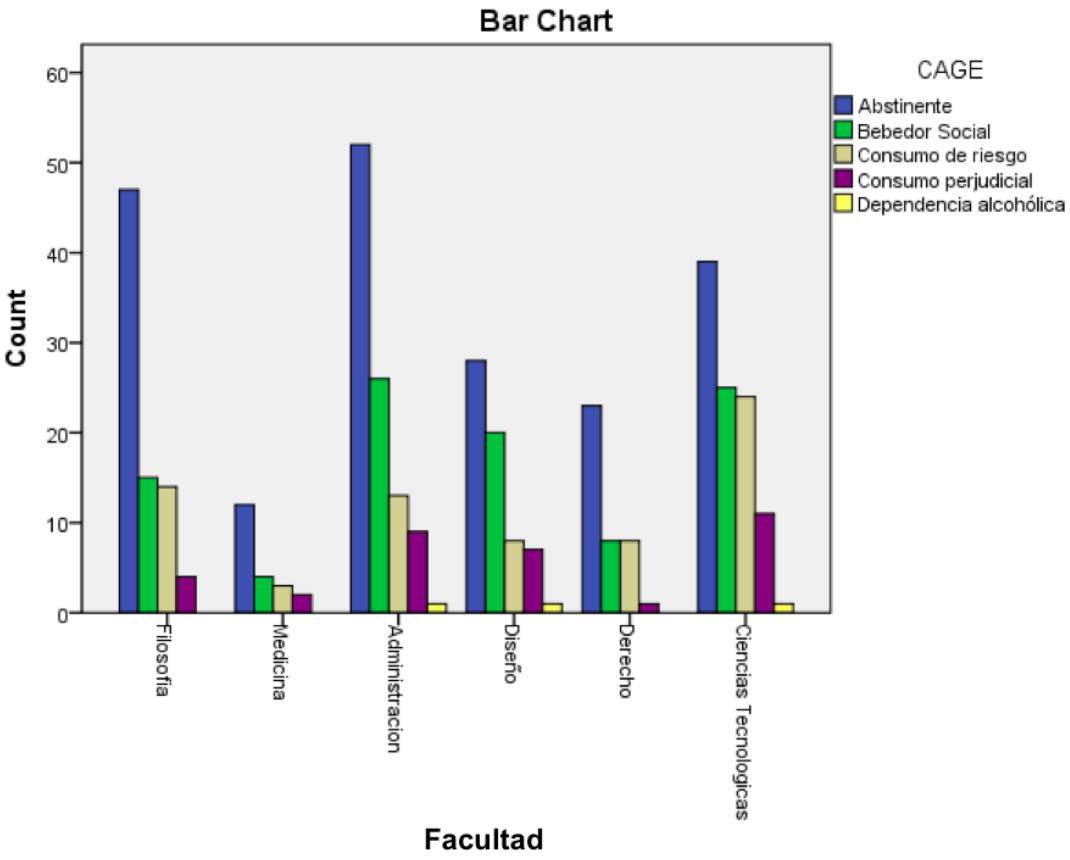
- En consumo de riesgo tenemos a un 52.9 % en los hombres y un 47.1 % para las mujeres; en consumo perjudicial un 55.9 % para el sexo masculino y un 44.1% para el femenino. Lo que sugiere no hay un significativo rango de diferencia entre los dos sexos cando ya hay un consumo de riesgo.

CAGE- VARIABLE EDAD

			CAGE					Total
			Abstinente	Bebedor Social	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia alcohólica	
Edad	17 a 20	Count	129	57	38	20	1	245
		% within edad	52.7%	23.3%	15.5%	8.2%	.4%	100.0%
		% of Total	31.8%	14.0%	9.4%	4.9%	.2%	60.3%
	21 a 24	Count	60	41	27	13	2	143
		% within edad	42.0%	28.7%	18.9%	9.1%	1.4%	100.0%
		% of Total	14.8%	10.1%	6.7%	3.2%	.5%	35.2%
	25 a 28	Count	11	0	5	1	0	17
		% within edad	64.7%	.0%	29.4%	5.9%	.0%	100.0%
		% of Total	2.7%	.0%	1.2%	.2%	.0%	4.2%
	29 a 32	Count	1	0	0	0	0	1
		% within edad	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.2%
Total		Count	201	98	70	34	3	406
		% within edad	49.5%	24.1%	17.2%	8.4%	.7%	100.0%
		% of Total	49.5%	24.1%	17.2%	8.4%	.7%	100.0%



- Los rangos de edad de 25 a 32 no son significativos en el estudio por haber muy poca cantidad de encuestados; sin embargo, podemos ver que las edades de mayor consumo de riesgo, perjudicial es de los 17 a 20 años, mientras que la dependencia alcohólica se ve mayor cantidad en el rango de los 21 a los 24 años.

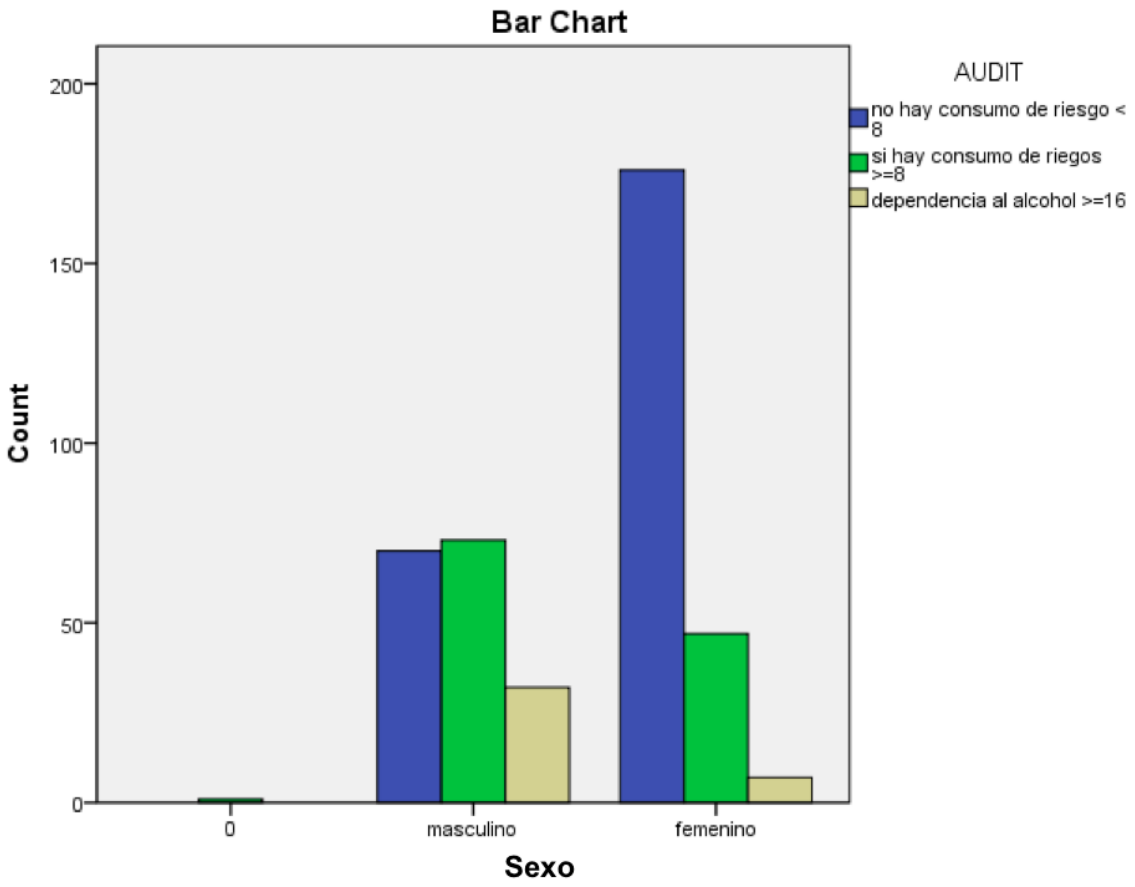


- La facultad con mayor consumo de alcohol es Ciencia y Tecnología con un 35% entre consumo de riesgo y perjudicial y un 1% de dependencia alcohólica; en segundo puesto tenemos a Medicina con un 23.5% y Diseño en tercer puesto con un 23,4%.

CAGE							
		Abstinente	Bebedor Social	Riesgo	Perjudicial	Dependencia Alcohólica	Total
Filosofía	Count	47	15	14	4	0	80
	% within Facultad	58.8%	18.8%	17.5%	5.0%	0.0%	100.0%
	% total	11.6%	3.7%	3.4%	1.0%	0.0%	19.7%
Medicina	Count	12	4	3	2	0	21
	% within Facultad	57.1%	19.0%	14.3%	9.5%	0.0%	100.0%
	% total	3.0%	1.0%	0.7%	0.5%	0.0%	5.2%
Administracion	Count	52	26	13	9	1	101
	% within Facultad	51.5%	25.7%	12.9%	8.9%	1.0%	100.0%
	% total	12.8%	6.4%	3.2%	2.2%	0.2%	24.9%
Diseño	Count	28	20	8	7	1	64
	% within Facultad	43.8%	31.3%	12.5%	10.9%	1.6%	100.0%
	% total	6.9%	4.9%	2.0%	1.7%	0.2%	15.8%
Derecho	Count	23	8	8	1	0	40
	% within Facultad	57.5%	20.0%	20.0%	2.5%	0.0%	100.0%
	% total	5.7%	2.0%	2.0%	0.2%	0.0%	9.9%
Ciencias Tecnológicas	Count	39	25	24	11	1	100
	% within Facultad	39.0%	25.0%	24.0%	11.0%	1.0%	100.0%
	% total	9.6%	6.2%	5.9%	2.7%	0.2%	24.6%
Total	Count	201	98	70	34	3	406
	% within Facultad	49.5%	24.1%	17.2%	8.4%	0.7%	100.0%
	% total	49.5%	24.1%	17.2%	8.4%	0.7%	100.0%

AUDIT- VARIABLE SEXO

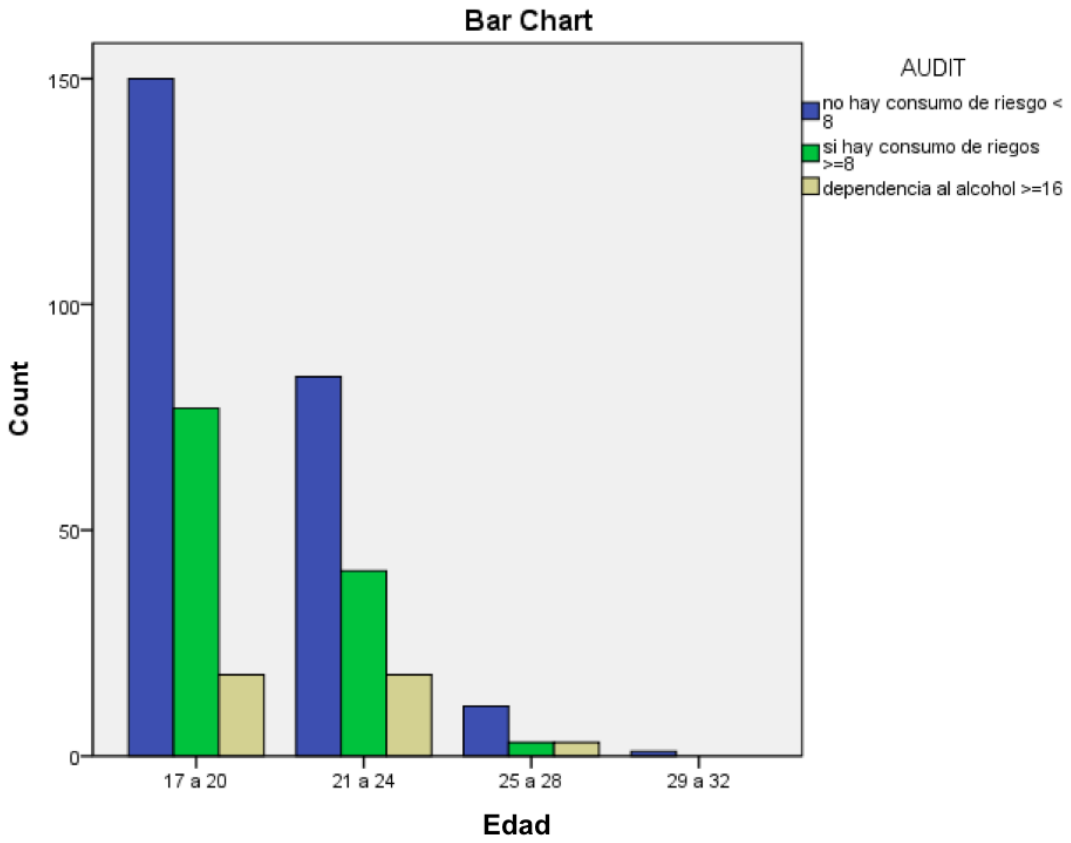
			AUDIT			
			No hay consumo de riesgo < 8	Si hay consumo de riegos >=8	Dependencia al alcohol >=16	Total
Sexo	0	Count	0	1	0	1
		% within sexo	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.2%	.0%	.2%
	Masculino	Count	70	73	32	175
		% within sexo	40.0%	41.7%	18.3%	100.0%
		% of Total	17.2%	18.0%	7.9%	43.1%
	Femenino	Count	176	47	7	230
		% within sexo	76.5%	20.4%	3.0%	100.0%
		% of Total	43.3%	11.6%	1.7%	56.7%
Total		Count	246	121	39	406
		% within sexo	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%
		% of Total	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%



- El sexo masculino es el más prevalente en consumo de alcohol, con una diferencia de 20 puntos superior al femenino en consumo de riesgo, y 15 puntos más alto en dependencia al alcohol.

AUDIT- VARIABLE EDAD

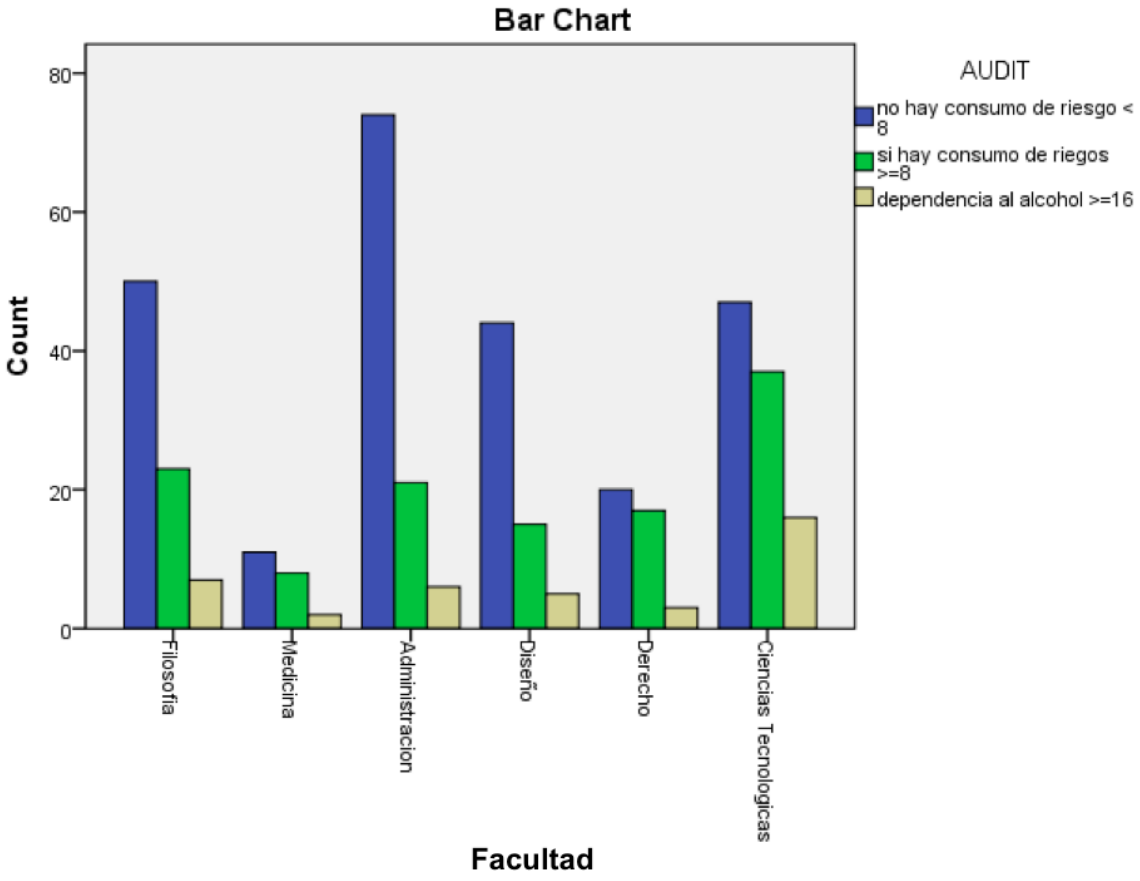
			AUDIT			
			No hay consumo de riesgo < 8	Si hay consumo de riegos >=8	Dependencia al alcohol >=16	Total
Edad	17 a 20	Count	150	77	18	245
		% within edad	61.2%	31.4%	7.3%	100.0%
		% of Total	36.9%	19.0%	4.4%	60.3%
	21 a 24	Count	84	41	18	143
		% within edad	58.7%	28.7%	12.6%	100.0%
		% of Total	20.7%	10.1%	4.4%	35.2%
	25 a 28	Count	11	3	3	17
		% within edad	64.7%	17.6%	17.6%	100.0%
		% of Total	2.7%	.7%	.7%	4.2%
	29 a 32	Count	1	0	0	1
		% within edad	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.2%	.0%	.0%	.2%
Total		Count	246	121	39	406
		% within edad	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%
		% of Total	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%



- El rango de edad con mayor consumo de riesgo es de 17 a 20 años con un 31.4%, superando con 2.7 puntos al rango de edad de 21 a 24; sin embargo de los 21 a 24 años de edad con un 12.6% supera a los de menor edad en dependencia al alcohol; lo que se puede decir que a menor edad mayor consumo de riesgo, y mayor edad mayor dependencia alcohólica en el caso que se consolide el consumo y no se trabaje en áreas de prevención primaria y secundaria.

AUDIT- VARIABLE FACULTAD

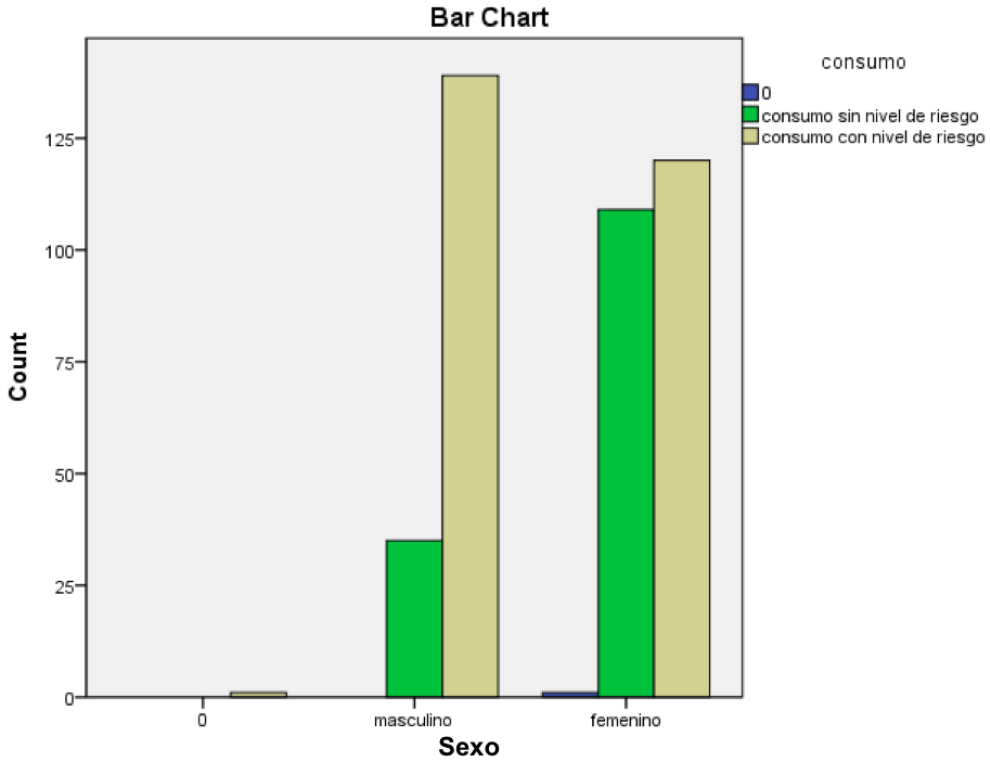
			AUDIT			
			No hay consumo de riesgo < 8	Si hay consumo de riegos >=8	Dependencia al alcohol >=16	Total
Facultad	**Filosofía**	Count	50	23	7	80
		% within facultad	62.5%	28.7%	8.8%	100.0%
		% of Total	12.3%	5.7%	1.7%	19.7%
	Medicina	Count	11	8	2	21
		% within facultad	52.4%	38.1%	9.5%	100.0%
		% of Total	2.7%	2.0%	.5%	5.2%
	Administracion	Count	74	21	6	101
		% within facultad	73.3%	20.8%	5.9%	100.0%
		% of Total	18.2%	5.2%	1.5%	24.9%
	Diseño	Count	44	15	5	64
		% within facultad	68.8%	23.4%	7.8%	100.0%
		% of Total	10.8%	3.7%	1.2%	15.8%
	Derecho	Count	20	17	3	40
		% within facultad	50.0%	42.5%	7.5%	100.0%
		% of Total	4.9%	4.2%	.7%	9.9%
	Ciencias Tecnologicas	Count	47	37	16	100
		% within facultad	47.0%	37.0%	16.0%	100.0%
		% of Total	11.6%	9.1%	3.9%	24.6%
Total		Count	246	121	39	406
		% within facultad	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%
		% of Total	60.6%	29.8%	9.6%	100.0%



- Las tres facultades con mayor consumo de riesgo son: En primer lugar Ciencia y Tecnología con 37%, en segundo Filosofía con 28.7% y en tercer lugar Administración con 20.8%. Para dependencia alcohólica tenemos nuevamente a Ciencia y Tecnología con 16%,en segundo lugar Filosofía con 8.8% y de la misma manera en tercer lugar Administración con 5.9%

CONSUMO CON NIVEL DE RIESGO- VARIABLE SEXO

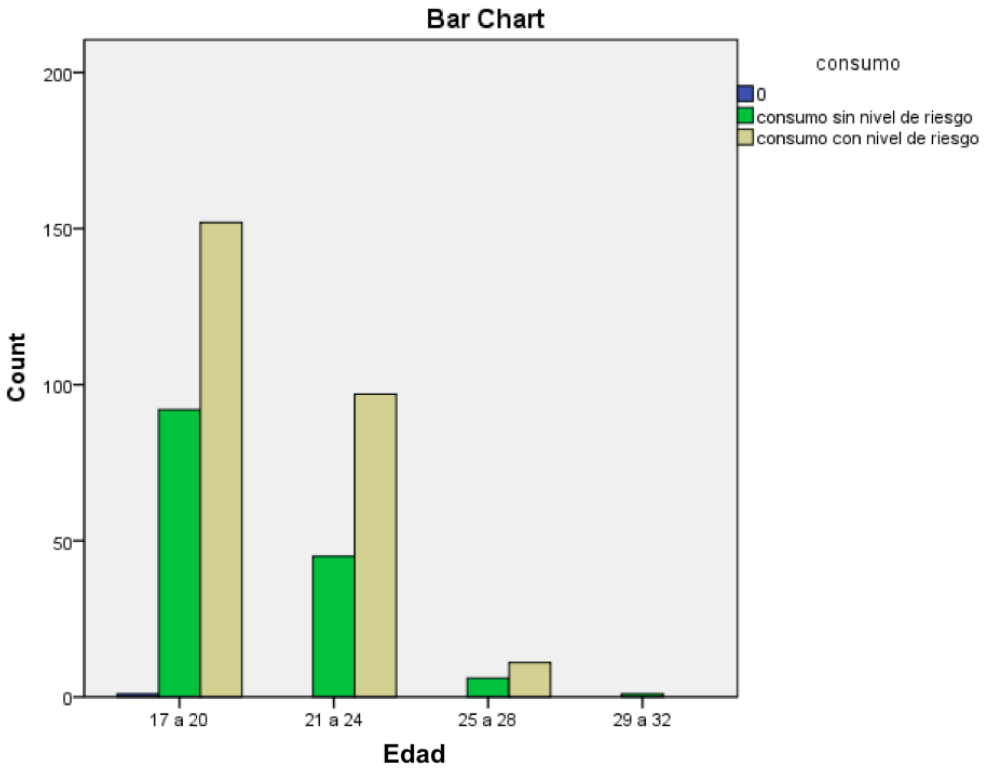
			Consumo			
			0	Consumo sin nivel de riesgo	Consumo con nivel de riesgo	Total
Sexo	0	Count	0	0	1	1
		% within sexo	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.0%	.2%	.2%
	Masculino	Count	0	35	139	174
		% within sexo	.0%	20.1%	79.9%	100.0%
		% of Total	.0%	8.6%	34.3%	43.0%
	Femenino	Count	1	109	120	230
		% within sexo	.4%	47.4%	52.2%	100.0%
		% of Total	.2%	26.9%	29.6%	56.8%
Total		Count	1	144	260	405
		% within sexo	.2%	35.6%	64.2%	100.0%
		% of Total	.2%	35.6%	64.2%	100.0%



- El sexo masculino tiene un consumo mayor con nivel de riesgo de un 80%, mientras que las mujeres un 52.2%.

CONSUMO CON NIVEL DE RIESGO- VARIABLE EDAD

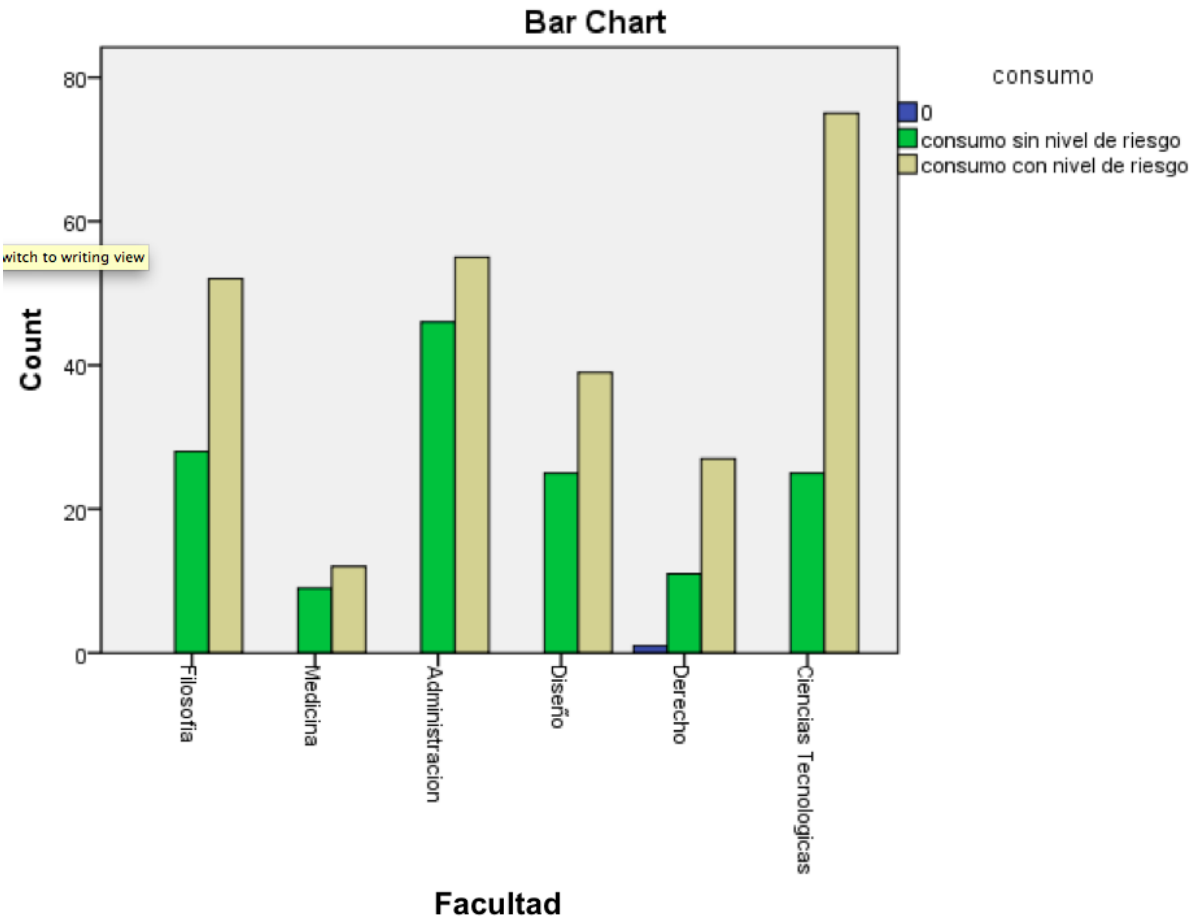
			Consumo			
			0	Consumo sin nivel de riesgo	Consumo con nivel de riesgo	Total
Edad	**17 a 20**	**Count**	1	92	152	245
		% within edad	.4%	37.6%	62.0%	100.0%
		% of Total	.2%	22.7%	37.5%	60.5%
	21 a 24	**Count**	0	45	97	142
		% within edad	.0%	31.7%	68.3%	100.0%
		% of Total	.0%	11.1%	24.0%	35.1%
	25 a 28	**Count**	0	6	11	17
		% within edad	.0%	35.3%	64.7%	100.0%
		% of Total	.0%	1.5%	2.7%	4.2%
	29 a 32	**Count**	0	1	0	1
		% within edad	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.2%	.0%	.2%
Total		**Count**	1	144	260	405
		% within edad	.2%	35.6%	64.2%	100.0%
		% of Total	.2%	35.6%	64.2%	100.0%



- El rango de edad con mayor consumo con nivel de riesgo es de los 21 a 21 años, con un puntaje de 68.3%, comparando con el rango de edad de los 17 a 20 años con un 62%.

CONSUMO CON NIVEL DE RIESGO- VARIABLE FACULTAD

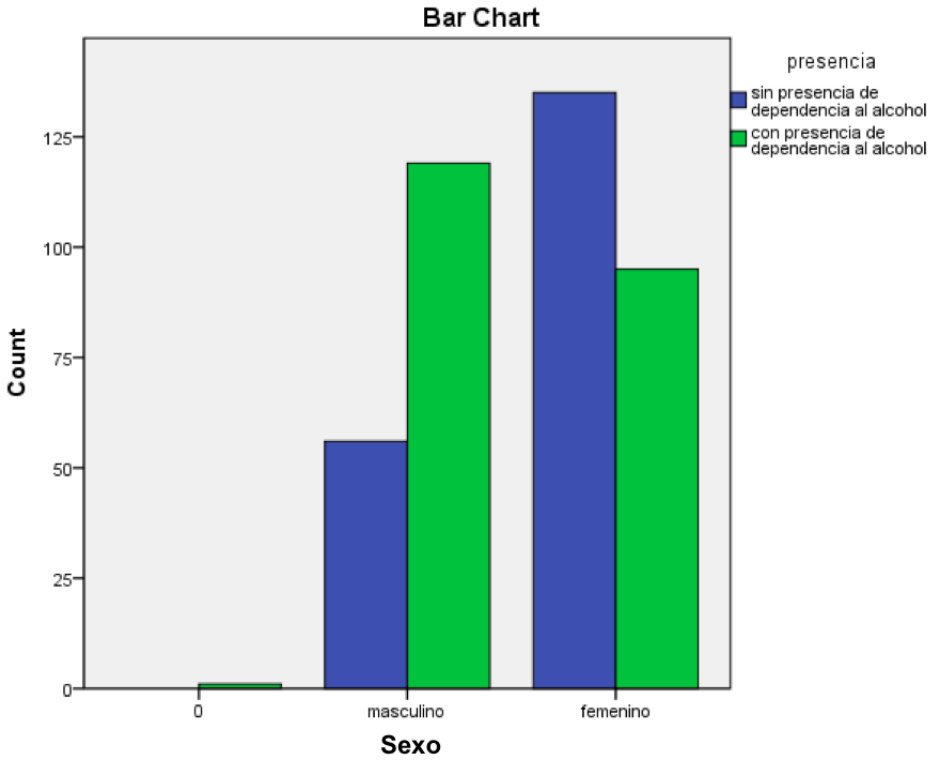
			Consumo			
			0	consumo sin nivel de riesgo	consumo con nivel de riesgo	Total
Facultad	Filosofia	Count	0	28	52	80
		% within facultad	.0%	35.0%	65.0%	100.0%
		% of Total	.0%	6.9%	12.8%	19.8%
	Medicina	Count	0	9	12	21
		% within facultad	.0%	42.9%	57.1%	100.0%
		% of Total	.0%	2.2%	3.0%	5.2%
	Administración	Count	0	46	55	101
		% within facultad	.0%	45.5%	54.5%	100.0%
		% of Total	.0%	11.4%	13.6%	24.9%
	Diseño	Count	0	25	39	64
		% within facultad	.0%	39.1%	60.9%	100.0%
		% of Total	.0%	6.2%	9.6%	15.8%
	Derecho	Count	1	11	27	39
		% within facultad	2.6%	28.2%	69.2%	100.0%
		% of Total	.2%	2.7%	6.7%	9.6%
	Ciencias Tecnológicas	Count	0	25	75	100
		% within facultad	.0%	25.0%	75.0%	100.0%
		% of Total	.0%	6.2%	18.5%	24.7%
Total		Count	1	144	260	405
		% within facultad	.2%	35.6%	64.2%	100.0%
		% of Total	.2%	35.6%	64.2%	100.0%



- La facultad con mayor consumo de riesgo es Ciencia y Tecnología con un 18.5%, en segundo lugar Administración con 13,6%, y Filosofía con un 12,8%.
- En todas las facultades existe una prevalencia de un consumo con nivel de riesgo que un consumo social moderado.

PRESENCIA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL- VARIABLE SEXO

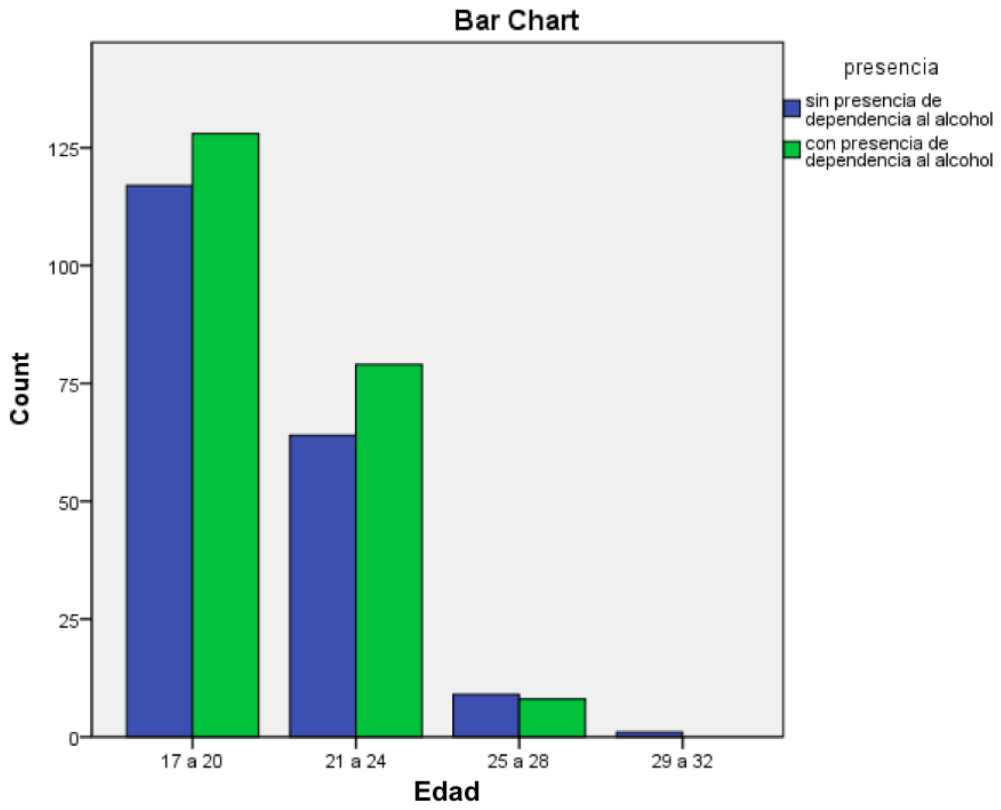
			Presencia		
			sin presencia de dependencia al alcohol	con presencia de dependencia al alcohol	Total
Sexo	0	Count	0	1	1
		% within sexo	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.2%	.2%
	Masculino	Count	56	119	175
		% within sexo	32.0%	68.0%	100.0%
		% of Total	13.8%	29.3%	43.1%
	Femenino	Count	135	95	230
		% within sexo	58.7%	41.3%	100.0%
		% of Total	33.3%	23.4%	56.7%
Total		Count	191	215	406
		% within sexo	47.0%	53.0%	100.0%
		% of Total	47.0%	53.0%	100.0%



- En los hombres es mayor el consumo con una posible dependencia al alcohol que en las mujeres.
- En las mujeres es alarmante el incremento de consumo de alcohol y la frecuencia, al punto de tener casi la mitad de mujeres que consumen podrían tener una posible dependencia al alcohol.

PRESENCIA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL-VARIABLE EDAD

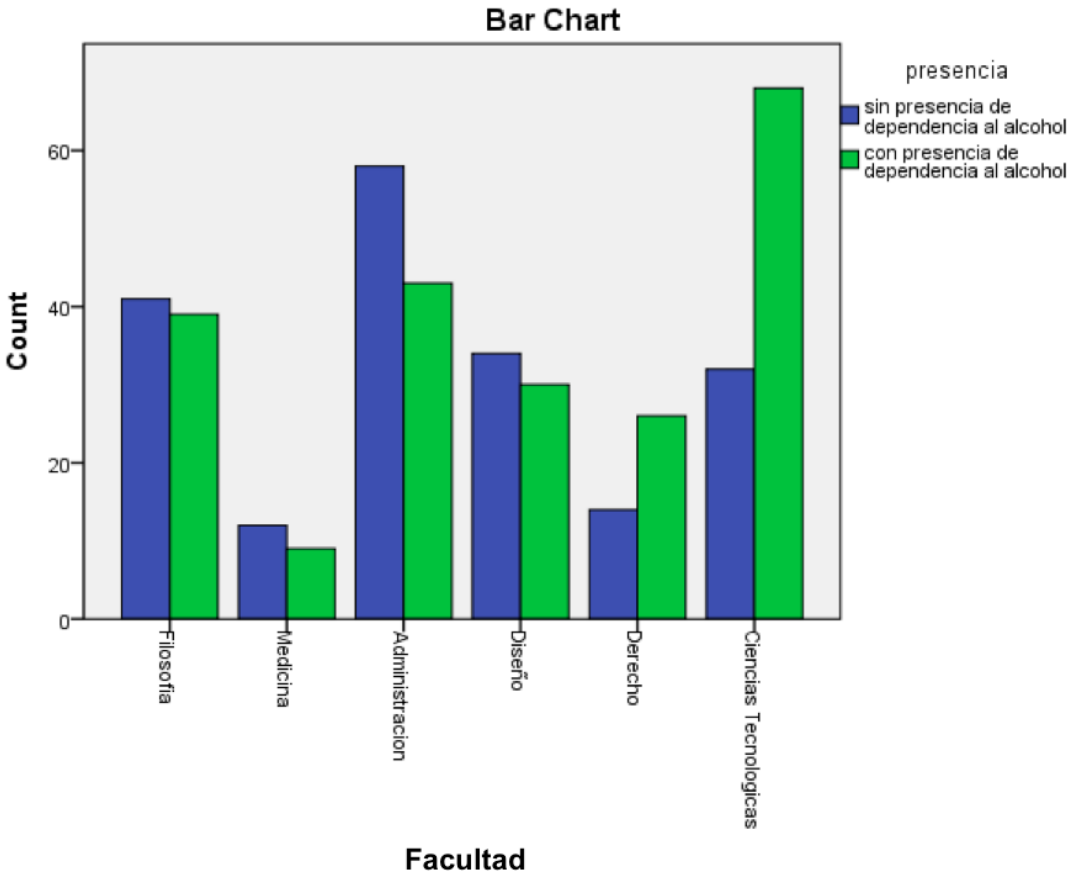
			Presencia		
			sin presencia de dependencia al alcohol	con presencia de dependencia al alcohol	Total
Edad	17 a 20	Count	117	128	245
		% within edad	47.8%	52.2%	100.0%
		% of Total	28.8%	31.5%	60.3%
	21 a 24	Count	64	79	143
		% within edad	44.8%	55.2%	100.0%
		% of Total	15.8%	19.5%	35.2%
	25 a 28	Count	9	8	17
		% within edad	52.9%	47.1%	100.0%
		% of Total	2.2%	2.0%	4.2%
	29 a 32	Count	1	0	1
		% within edad	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.2%	.0%	.2%
Total		Count	191	215	406
		% within edad	47.0%	53.0%	100.0%
		% of Total	47.0%	53.0%	100.0%



- Se observa mayor prevalencia de dependencia al alcohol en las edades de 21 a 24 años, con un 55,2% mientras que en el rango de edad de 17 a 20 un 52,2%.

PRESENCIA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL- VARIABLE FACULTAD

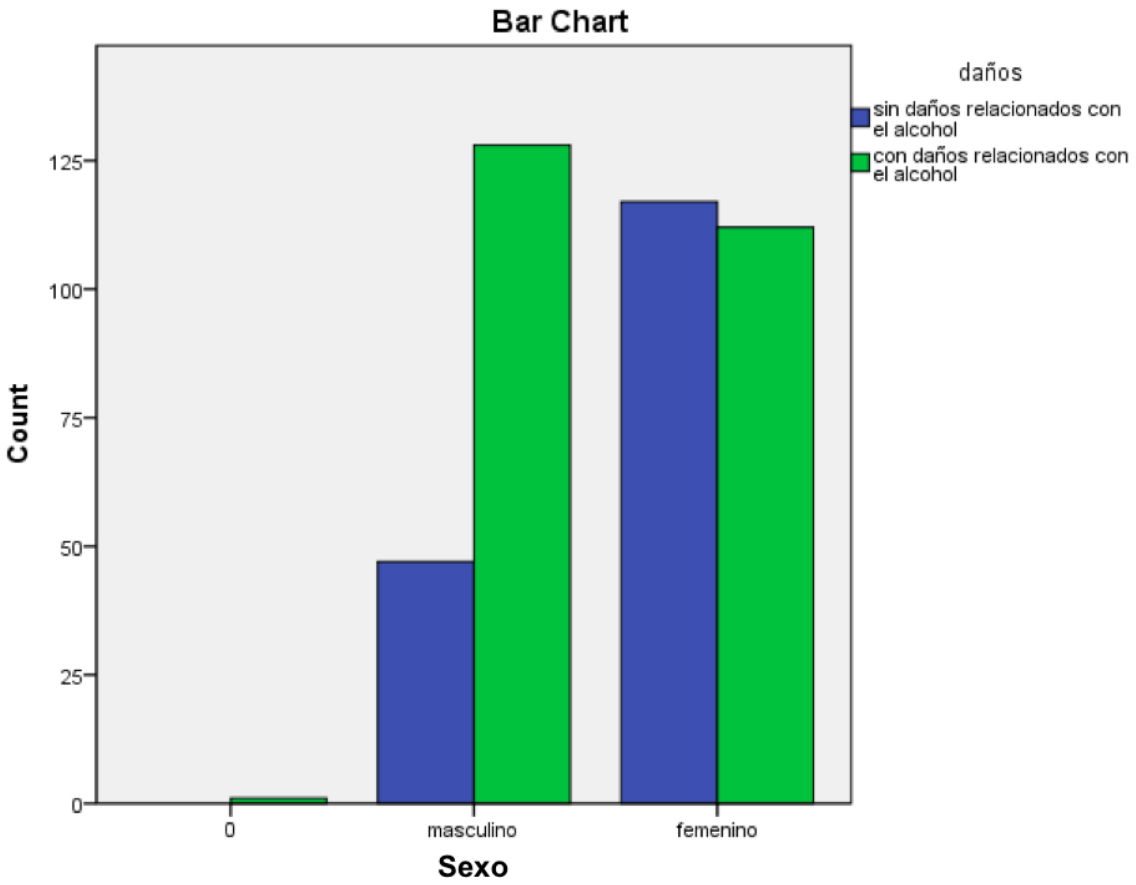
			Presencia		
			sin presencia de dependencia al alcohol	con presencia de dependencia al alcohol	Total
Facultad	Filosofia	Count	41	39	80
		% within facultad	51.2%	48.8%	100.0%
		% of Total	10.1%	9.6%	19.7%
	Medicina	Count	12	9	21
		% within facultad	57.1%	42.9%	100.0%
		% of Total	3.0%	2.2%	5.2%
	Administracion	Count	58	43	101
		% within facultad	57.4%	42.6%	100.0%
		% of Total	14.3%	10.6%	24.9%
	Diseño	Count	34	30	64
		% within facultad	53.1%	46.9%	100.0%
		% of Total	8.4%	7.4%	15.8%
	Derecho	Count	14	26	40
		% within facultad	35.0%	65.0%	100.0%
		% of Total	3.4%	6.4%	9.9%
	Ciencias Tecnologicas	Count	32	68	100
		% within facultad	32.0%	68.0%	100.0%
		% of Total	7.9%	16.7%	24.6%
Total		Count	191	215	406
		% within facultad	47.0%	53.0%	100.0%
		% of Total	47.0%	53.0%	100.0%



- Se repiten las facultades con mayor consumo y posible dependencia al alcohol, en primer lugar Ciencia y Tecnología con un 16,7%, en segundo lugar con Administración con el 10,6%, y Filosofía con un 9,6%.

DAÑOS RELACIONADO AL ALCOHOL- VARIABLE SEXO

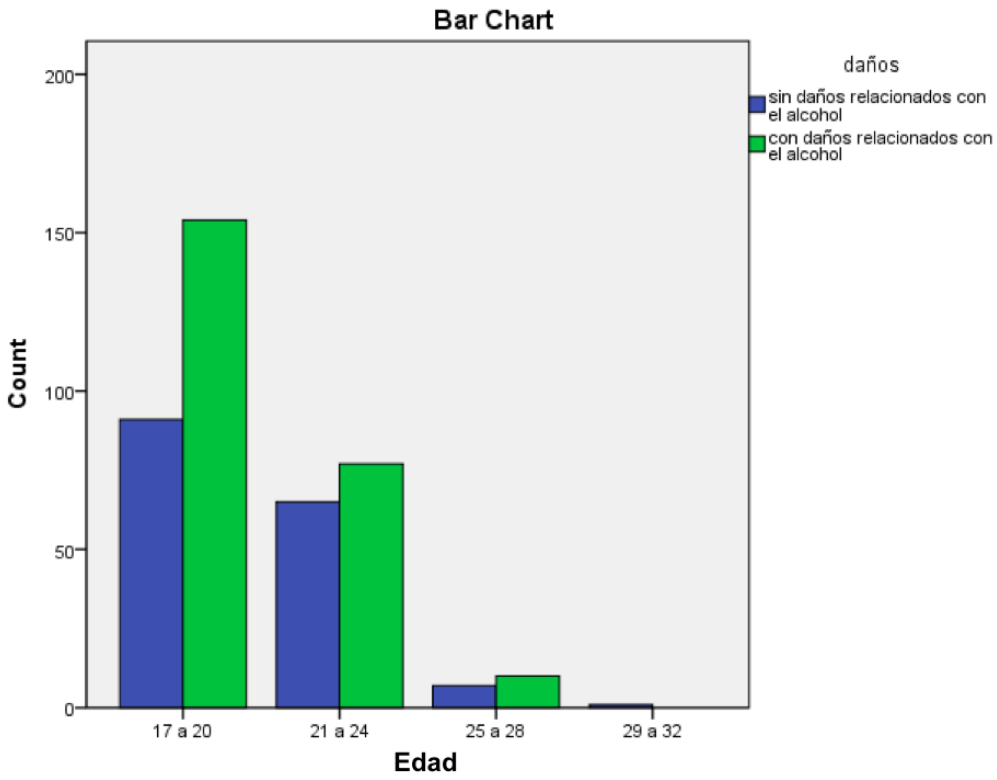
			Daños		
			sin daños relacionados con el alcohol	con daños relacionados con el alcohol	Total
Sexo	0	Count	0	1	1
		% within sexo	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.2%	.2%
	Masculino	Count	47	128	175
		% within sexo	26.9%	73.1%	100.0%
		% of Total	11.6%	31.6%	43.2%
	Femenino	Count	117	112	229
		% within sexo	51.1%	48.9%	100.0%
		% of Total	28.9%	27.7%	56.5%
Total		Count	164	241	405
		% within sexo	40.5%	59.5%	100.0%
		% of Total	40.5%	59.5%	100.0%



- Los hombres presentan mayores daños relacionados con su consumo que las mujeres; con un 73,1%, mientras que las mujeres con un 48,1% demuestran que su consumo es menos peligroso.
- Podemos deducir que la mitad de las mujeres que consumen tienen daños relacionados al alcohol.

DAÑOS RELACIONADOS AL ALCOHOL- VARIABLE EDAD

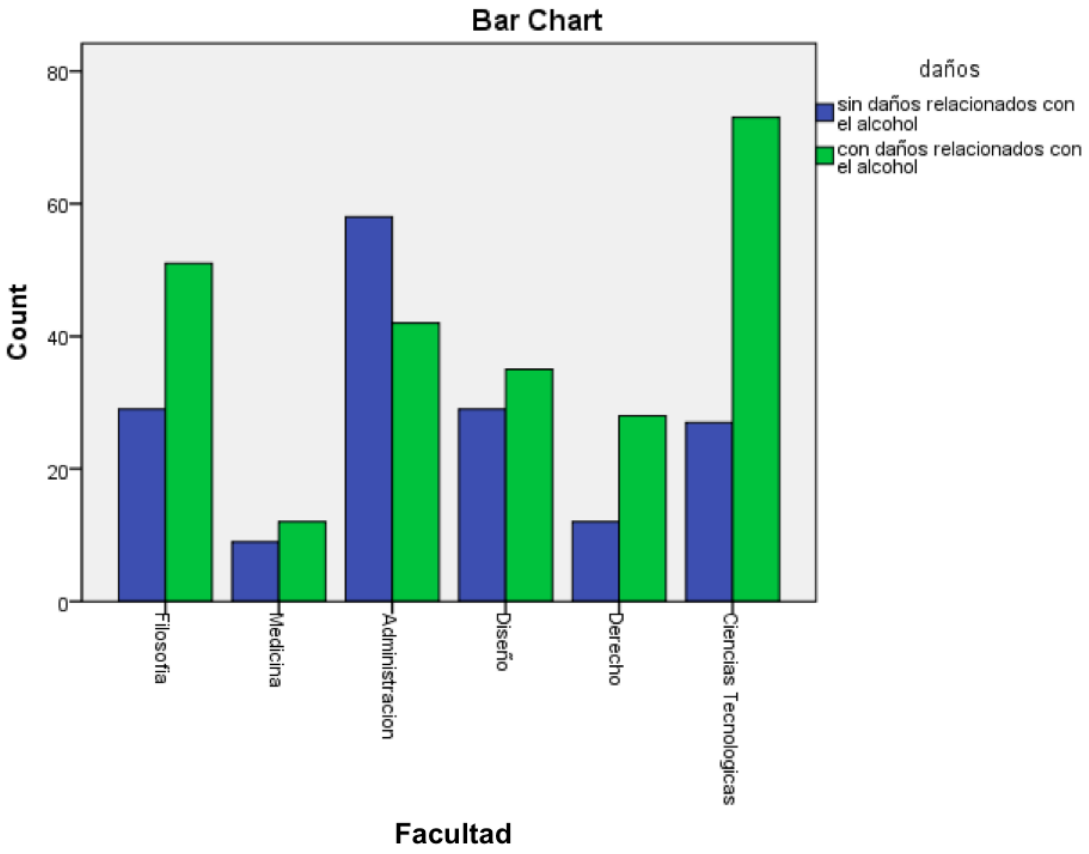
			Daños		
			Sin daños relacionados con el alcohol	Con daños relacionados con el alcohol	Total
Edad	17 a 20	Count	91	154	245
		% within edad	37.1%	62.9%	100.0%
		% of Total	22.5%	38.0%	60.5%
	21 a 24	Count	65	77	142
		% within edad	45.8%	54.2%	100.0%
		% of Total	16.0%	19.0%	35.1%
	25 a 28	Count	7	10	17
		% within edad	41.2%	58.8%	100.0%
		% of Total	1.7%	2.5%	4.2%
	29 a 32	Count	1	0	1
		% within edad	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.2%	.0%	.2%
Total		Count	164	241	405
		% within edad	40.5%	59.5%	100.0%
		% of Total	40.5%	59.5%	100.0%



- El rango de edad entre 17 y 20 años presentan mayor prevalencia de daños relacionados al alcohol que las edades de 21 a 24 años. Con un 62,9% comparando con un 54,2%.

DAÑOS RELACIONADOS AL ALCOHOL- VARIABLE FACULTAD

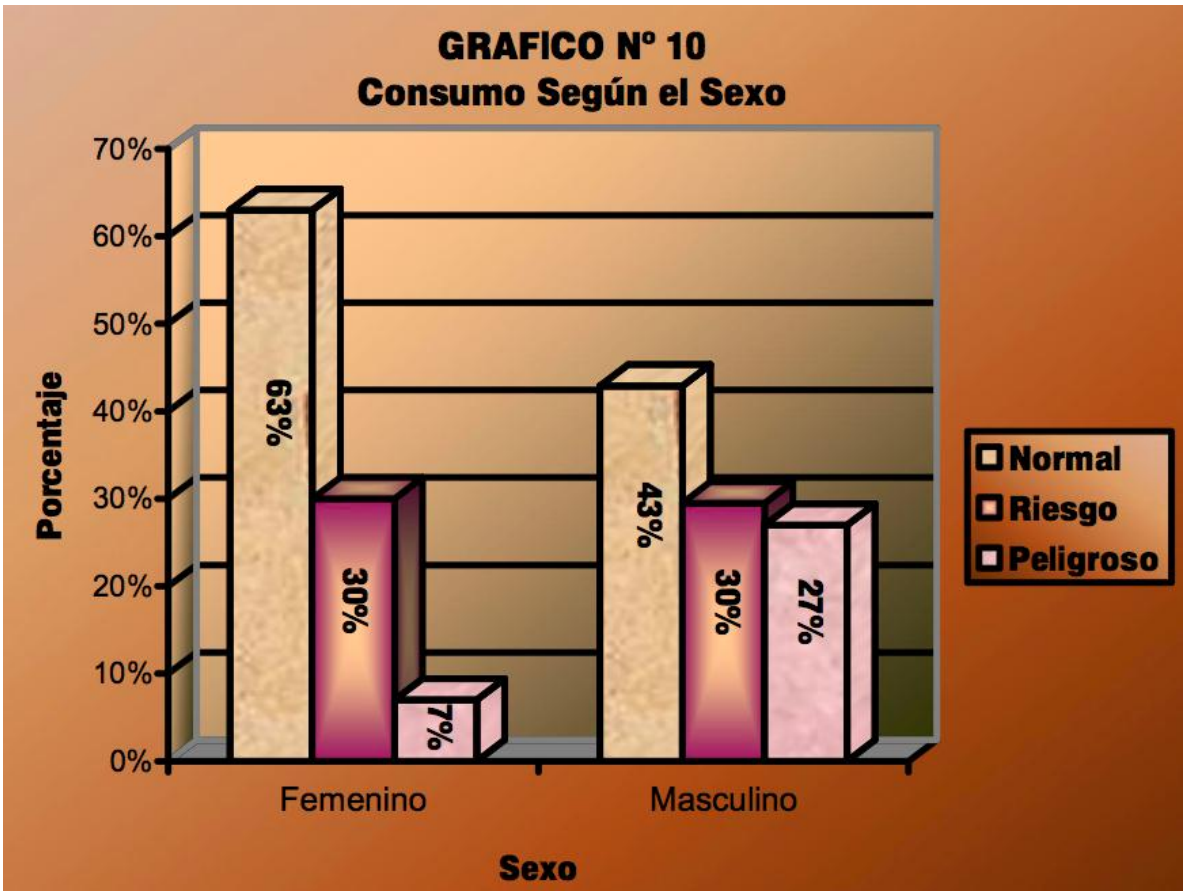
			Daños		
			sin daños relacionados con el alcohol	con daños relacionados con el alcohol	Total
Facultad	Filosofia	Count	29	51	80
		% within facultad	36.3%	63.7%	100.0%
		% of Total	7.2%	12.6%	19.8%
	Medicina	Count	9	12	21
		% within facultad	42.9%	57.1%	100.0%
		% of Total	2.2%	3.0%	5.2%
	Administracion	Count	58	42	100
		% within facultad	58.0%	42.0%	100.0%
		% of Total	14.3%	10.4%	24.7%
	Diseño	Count	29	35	64
		% within facultad	45.3%	54.7%	100.0%
		% of Total	7.2%	8.6%	15.8%
	Derecho	Count	12	28	40
		% within facultad	30.0%	70.0%	100.0%
		% of Total	3.0%	6.9%	9.9%
	Ciencias Tecnologicas	Count	27	73	100
		% within facultad	27.0%	73.0%	100.0%
		% of Total	6.7%	18.0%	24.7%
Total		Count	164	241	405
		% within facultad	40.5%	59.5%	100.0%
		% of Total	40.5%	59.5%	100.0%



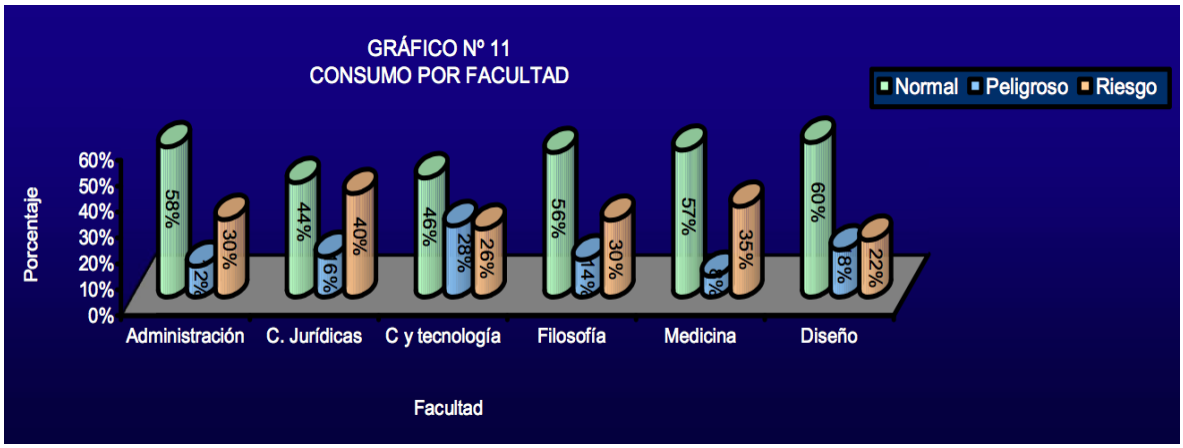
- Consecuente con la lógica las facultades reincidentes de los mayores índices de consumo de alcohol, son las mismas con mayores daños relacionados al consumo; en esta variable son Ciencia y Tecnología con el 18%, Filosofía con el 12,6% y Administración con el 10,4%.
- Un 70% de los alumnos de Derecho presentan daños relacionados al consumo comparando con los que no.

RESULTADOS 2009

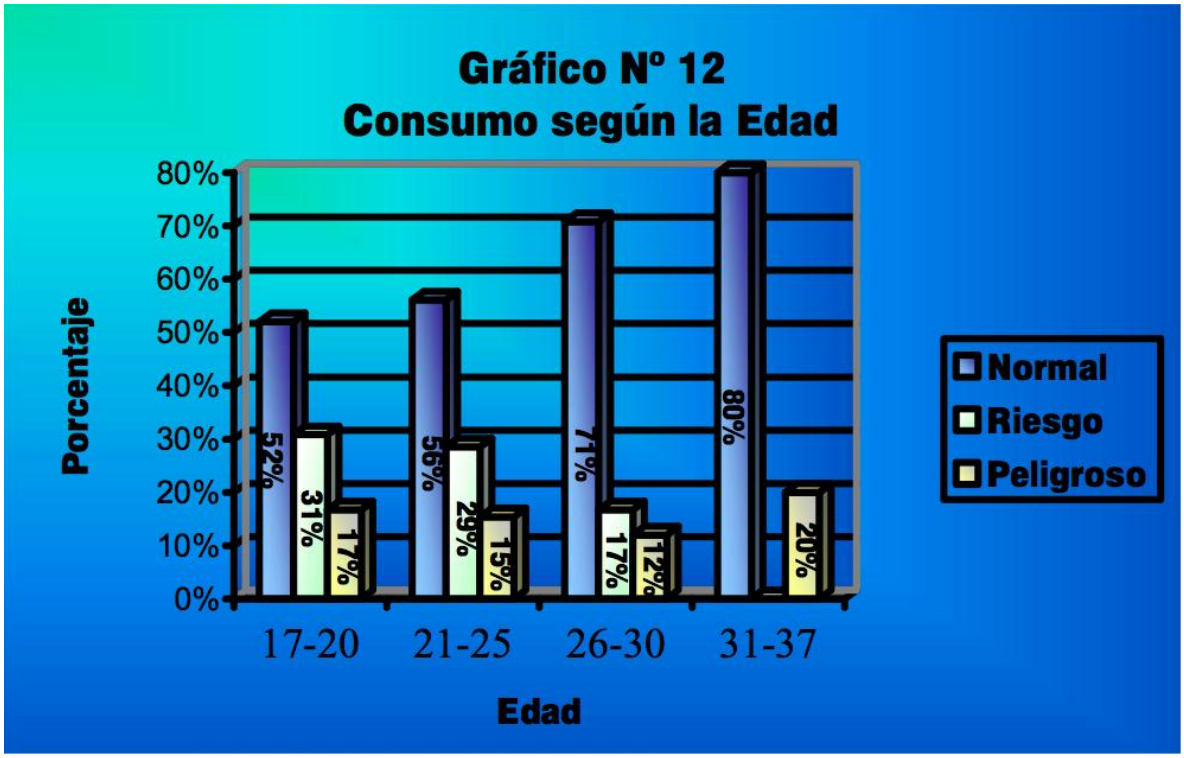
Tesis elaborada por: Sthepanie Bueno y Daniela Solórzano.



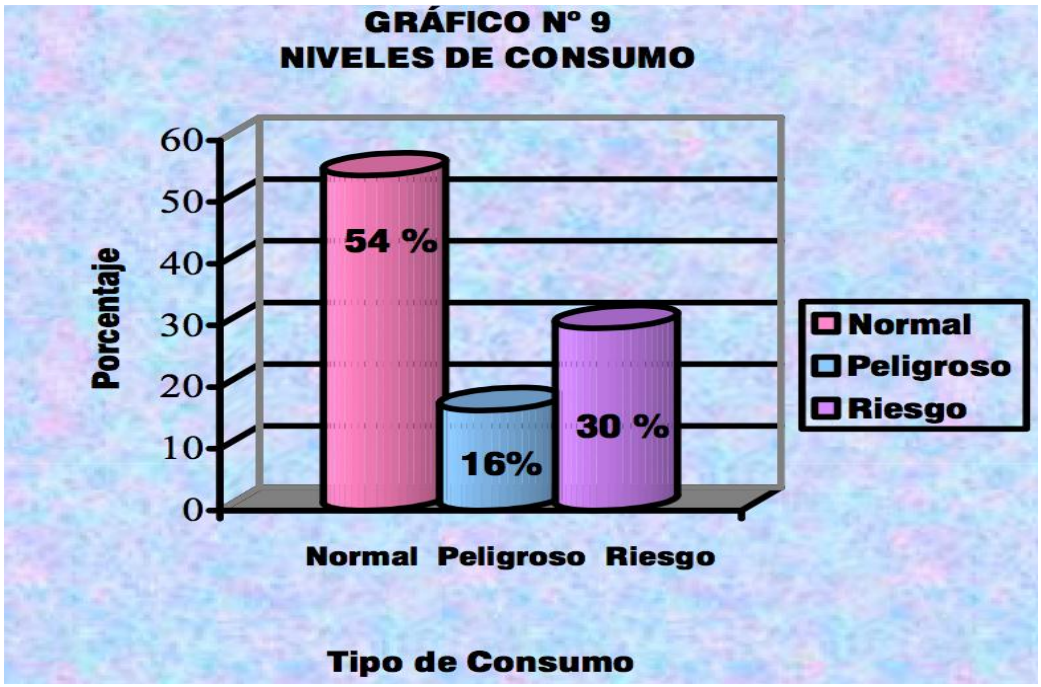
- En el sexo masculino recae el mayor porcentaje en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas y este hecho se demuestra con el 27% de consumo peligroso, en comparación con el 7% de consumo en las mujeres. No obstante el consumo en las mujeres tiene un considerable aumento, al tal punto que ambos sexos obtuvieron un consumo equivalente en el consumo de riesgo.



- El siguiente gráfico sitúa a Ciencia y Tecnología como aquella que encabeza el grupo donde predomina un consumo peligroso con un 28% seguida por la facultad de Diseño con un 18%. Sin ser menos preocupante las facultades de Ciencias Jurídicas y Medicina que alcanzan altos niveles de un consumo en riesgo con un 40 % y 35 respectivamente.



- Se hace evidente que el grupo más vulnerable a presentar problemas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas lo conforman las personas con edades comprendidas entre 31 y 37 años quienes presentan un mayor porcentaje de consumo peligroso. No obstante cabe señalar que los jóvenes de entre 17 y 20 años puntúan alto en el consumo de riesgo y su consumo peligroso también representa una cifra elevada.



- A pesar de que el consumo normal tiene el mayor porcentaje, el consumo de riesgo no deja de ser alarmante al igual que peligroso.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE PLAN DE PREVENCION PRIMARIA DIRIGIADO A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

INTRODUCCION

En el año 2006 Cuenca se encontró ubicado en el puesto número tres en consumo de alcohol, a nivel nacional. Según los estudios del CONSEP (Consejo Nacional de Psicotrópicos y Estupefacientes), aplicados a estudiantes de secundaria de Cuenca, el incremento en el consumo de alcohol en 2005 fue del 53,9 por ciento, pasó al 61,6 por ciento en 2005 y al 79,4 por ciento en 2008. "En Cuenca, de los aproximadamente 400.000 habitantes rurales y urbanos de la ciudad, casi 20.000 son alcohólicos" (Suscal, 2012) "De acuerdo a datos divulgados, el Azuay y particularmente la ciudad de Cuenca se encuentran entre las zonas de mayor consumo de alcohol en el país." El Mercurio, 2012.

"Los jóvenes de 15 a 24 años de edad contribuyen en una alta proporción a este problema. Es posible que los estudiantes universitarios no beban tan frecuentemente como los jóvenes no universitarios, pero cuando lo hacen tienen la tendencia a consumir bebidas alcohólicas en exceso. Las normas sociales consisten en nuestras percepciones y creencias acerca de lo que es un comportamiento "normal". Las personas pueden creer que sus compañeros son grandes bebedores, lo que influye en su forma de beber, por lo que la influencia de los compañeros en gran parte es el resultado de percepciones incorrectas." (Moreina , Smith, Foxcroft, 2009)

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad, ello se debe a que el alcohol es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. En nuestra sociedad actual, de acuerdo con Becoña (2002), cumple muchas funciones. Di Pardo (1993) enumera las siguientes: psicotrópica,

terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, como mecanismo de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, como mecanismo de adaptación en situaciones de cambio, como mecanismo de «solución» al tiempo «vacío» social y/o individual, y como mecanismo casi irreemplazable de sociabilidad. Es por eso, que se ha vuelto un verdadero desafío crear programas de prevención que demuestren su eficacia a las personas que va dirigida.

La prevención primaria se refiere a un conjunto de actuaciones con el objetivo de impedir o retrasar la aparición del problema al que se dirige el programa en este caso sería el desarrollo de una conducta adictiva hacia el alcohol.

Uno de los errores frecuentes en las campañas de prevención es el masculinizar el termino "adicto" "alcohólico" "consumidor" etc. al momento de trabajar con la psicoeducacion en el programa, lo que dificulta a las mujeres en su identificación que puede ser problemas de ellas también el consumo. Es por esto que esta investigación se toma importancia a esta grupo vulnerable y como vimos en los resultados de las encuestas cada vez el consumo es más alarmante en la mujer; y lamentablemente más peligroso a nivel de la sociedad, familia, personal, salud etc.

"De acuerdo con diversas investigaciones en mujeres adictas, éstas suelen presentar características diferenciales respecto a los varones: las relaciones con la pareja suelen ser abusivas y destructivas desde diversos puntos de vista, para adquirir la sustancia mediante la obtención de dinero se involucran en ejercicio de la prostitución o el tráfico de drogas,

existe mayor tasa de nacimientos prematuros y abortos, presentan mayor rechazo familiar, mayor situaciones de desestructuración familiar, alta frecuencia de trastornos afectivos y co-dependencia afectiva. Como resultado de las condiciones previamente existentes, la depresión y la ansiedad crónicas que padece, además de otros problemas sociales como la pobreza, la falta de hogar, el involucrarse en relaciones abusivas y el mismo consumo de sustancias, dificulta sus posibilidades de afrontar el proceso de desvinculación e interrupción de la sustancia" (Rojas, 2006)

Es por esta razón que la propuesta para prevención primaria por medio de impacto visual va dirigida también al género femenino con el objetivo de romper la negación en cuanto al consumo peligroso, y estereotipar a que este es un problema solo de varones.

CAMPAÑA DE PREVENCION PRIMARIA "YO AMO LA VIDA, NO CONSUMO ALCOHOL"

Objetivos:

- Promover un estilo de vida más saludable alejado del consumo de alcohol.
- Romper estereotipos de la sociedad como: "Sin trago no puedo divertirme en una fiesta", "Si tomo voy a conseguir más chicas", "Sin trago no hay de que conversar", "El que toma es más hombre", " Si tomo debo hacerlo hasta perder la conciencia" "Todas mis amigas toman, yo también debo hacerlo", "Si no tomo no me acepta mi grupo", " Si rechazo un trago rechazo a la persona que me ofrece", etc.
- Alertar a los jóvenes sobre las consecuencias nocivas de un consumo irresponsable; especialmente a la población femenina que muchas veces se ha pasado por alto.
- Reducir la idealización que tiene el alcohol para a su vez reducir el consumo.

- Desmasculinizar el término “ADICTO” para integrar a la identificación del problema en la población femenina, generando conciencia de las consecuencias negativas de un ALCOHOLISMO.

Medios:

- La campaña podría difundirse en todas las redes sociales, por numerosas ventajas como costo, accesibilidad fácil, propagación masiva etc; Podría llegar el mensaje no solo a universitarios, sino a toda la red social de las personas que compartan la foto que estamos hablando de adultos, adolescentes, padres de familia etc.
- Se presentaría a lo largo de todos los espacios visibles de la Universidad del Azuay.
- En cada asociación se regalarían manillas con el eslogan de la campaña “ YO AMO LA VIDA NO CONSUMO ALCOHOL”

Difusión Visual

Como sabemos desde la llegada de las redes sociales como Facebook, es actualmente el fenómeno social más grande e importante en el mundo, con poco más de 400 millones de usuarios y con vistas de expansión inmensas. Se basa en la idea de una comunidad en la web en donde la gente puede compartir sus gustos, pensamientos, sentimientos con conexiones en tiempo real. Esta comunidad fue creada por el estudiante de la Universidad de Harvard Mark Zuckerberg, el cual fundó la compañía en 2004 y que 5 años más tarde obtuvo ingresos por 365 millones de euros. Gracias a esta red social podemos difundir ciertos mensajes que la gente se apropia como suyos formando subgrupos de personas con ideologías compartidas.

En Facebook alrededor de 83 millones de imágenes al día son subidas por los usuarios, es por esto que para difundir mensajes a una sociedad en la actualidad, esta red podría ser, la mejor herramienta para la propagación masiva.

Las fotografías utilizadas para la campaña no tienen que ser altamente elaboradas, pues desde hace 1 año atrás empezó un movimiento llamados los memes. Para entender este fenómeno hay que saber que la palabra meme la inventó Richard Dawkins hace 35 años para nombrar aquellas unidades culturales que los humanos se pasan todo el día contagiando los unos a los otros. La tesis más importante de Dawkins es que los rasgos culturales, o memes, también se replican. Por analogía con la agrupación genética en los cromosomas, se considera que los memes también se agrupan en dimensiones culturales, incrementables con nuevas adquisiciones culturales. La gran diferencia es que, mientras los cromosomas son unidades naturales independientes de nuestras acciones, las dimensiones culturales son nuestras construcciones.

A continuación unas de las fotografías con los memes más utilizados en la red en relación al alcohol, muchos de ellos representan los pensamientos de los jóvenes que tienden a minimizar el problema, idealizar a la persona consumidora, burlarse de las consecuencias negativas del alcohol lo que; como desenlace final se fortalece a la enfermedad.

Amor! estas bebiendo de nuevo? acaso no sabias que el alcohol es el peor enemigo del hombre?
sabia ... pero tranquila no pasa nada....
un hombre de verdad nunca huye de su enemigo

ESCALERAS
Cuando estás sobrio
Cuando estás borracho
TRUESTORY

CC ES COMO EL ALCOHOL...
1º EMPIEZAS POR CURIOSIDAD
2º LUEGO POR SOCIALIZAR
3º DESPUÉS POR DIVERSIÓN
Y TERMINAS EN ADICCIÓN

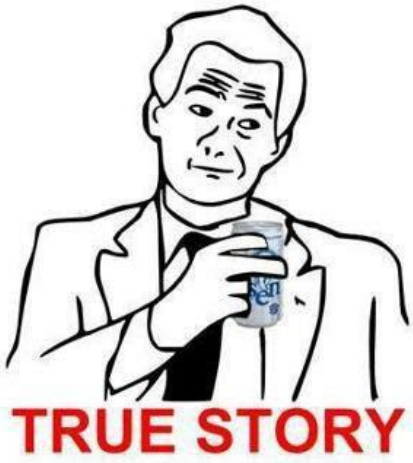
TEMAS DE CONVERSACIÓN
SOBRIOS
videojuegos
chicas
fútbol
EBRIOS
política
filosofía
universo

LLAMAS AMIGO AL QUE TE OFRECE ALCOHOL??

ESE NO ES TU AMIGO ES TU PANA DEL ALMA!!!!

Quien toma cerveza
vive menos...

MENOS ESTRESADO,
MENOS PREOCUPADO,
MENOS TRISTE Y
MENOS AMARGADO.



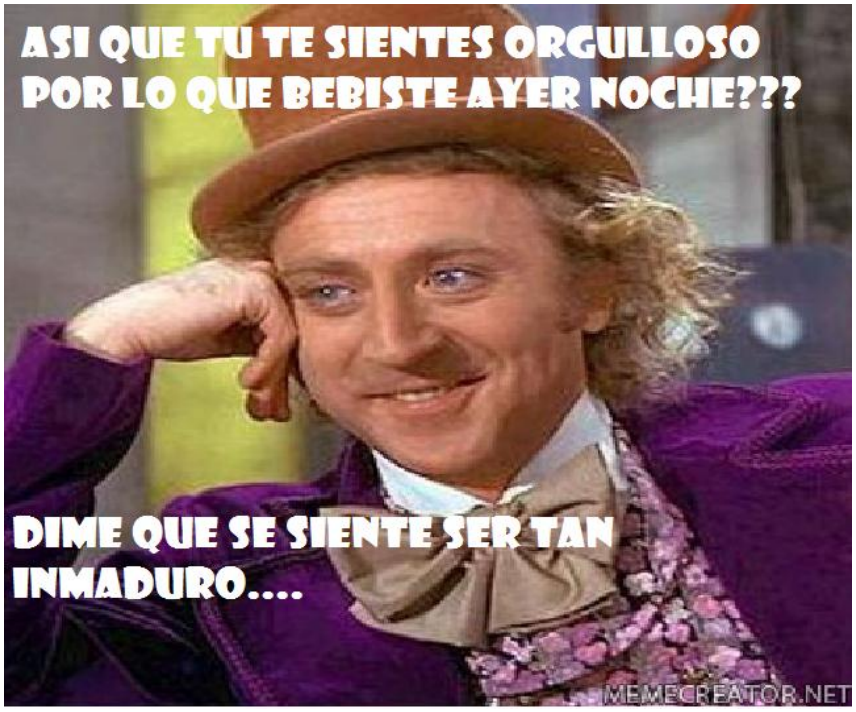
CAMPAÑA DE PREVENCION

Estos son algunos ejemplos de cómo se puede trabajar en prevención primaria, seleccionando alguno de los comics más utilizados en la red y agregando la información que queremos presentar. Cómo puede ser o ciertas conductas y que tienen los jóvenes frente al alcohol proponiendo otra forma de pensar y ver al alcohol.

YO PENSABA QUE SOLO LOS HOMBRES PODIAN SER ALCOHOLICOS!!

BEBER
TE
PONE
FEA!!!

Asi pretendes conquistar??


ASI QUE TU TE SIENTES ORGULLOSO POR LO QUE BEBISTE AYER NOCHE???
DIME QUE SE SIENTE SER TAN INMADURO....
MEMECREATOR.NET

Estas fotografías son algunos ejemplos de cómo se puede atacar a diferentes distorsiones cognitivas que se tienen inmersas en las creencias culturales con el objetivo de contrarrestar el consumo, promover estilos de vida más saludable, relaciones afectivas interpersonales más sanas alejadas del consumo; bajar la idealización cultural hacia el alcohol a cambio de reforzar la valía personal a las personas capaces de tener un estilo de vida alejados del alcohol; promover actividades deportistas etc. Teniendo la ventaja de llegar por este medio a captar la atención de los jóvenes ya que muchas veces las campañas mejor elaboradas, pero no tan acordes con la realidad y el modo de vida de los universitarios no llegan a causar ningún impacto.

CONCLUSIONES

- Los resultados del CAGE revelan que un 51% de la población total de la Universidad consume alcohol, un 23,9% son bebedores sociales; un 17,1% consumo de riesgo el 8,3% consumo perjudicial y un 0,7% dependencia alcohólica.
- Para el puntaje general del AUDIT tenemos que un 60% no tiene un consumo de riesgo; un 29,8% tiene consumo de riesgo y un 9,6% una posible dependencia al alcohol.
- En las puntuaciones especificas del AUDIT nos señala que de los estudiantes que consumen alcohol un 64,2% tiene un consumo de riesgo; comparando con un 35,6% que no lo tiene. Quiere decir que el consumo normal, o los bebedores sociales no son tan frecuentes, y de estas personas con el consumo problemático pasan desapercibidas por este factor de ser este hábito culturalmente aceptado.
- De los estudiantes con un consumo de riesgo más de la mitad tienen una posible presencia de dependencia al alcohol con un puntaje de 53%.
- El 59,5% de los estudiantes de la Universidad del Azuay han sufrido daños relacionados al alcohol.
- Los resultados del CAGE muestran que de los estudiantes que nunca han consumido alcohol las mujeres prevalecen con un 66,2% comparando con los hombres un 33,3%; para bebedores sociales, consumo de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica se demuestra la misma cantidad de estudiantes hombres y mujeres para los resultados totales. Lo que demuestra que el consumo en la mujer ha incrementado al punto de casi igual el consumo de los hombres.
- De igual manera el CAGE nos muestra en la variable edad que los rangos de mayor consumo de riesgo, perjudicial es de los 17 a 20 años, mientras que la dependencia

alcohólica se ve mayor cantidad en el rango de los 21 a los 24 años. Corroborando con los resultados y las conclusiones del 2009, parece ser que se consolida el hábito demostrando que en mayores edades mayor prevalencia de dependencia alcohólica.

- A nivel de facultades Ciencia y Tecnología en el CAGE postuló como primera con un 35% de estudiantes que tienen un consumo perjudicial y de riesgo, a Medicina con un 23.5% y Diseño en tercer puesto con un 23,4%.
- El sexo masculino es el más prevalente con un puntaje de 41,7% en consumo de riesgo, y 18,3% en dependencia al alcohol. Mientras que en mujeres tenemos a 20,4% y 3% respectivamente. Para el subpuntaje de AUDIT para consumo con nivel de riesgo el sexo masculino tiene un consumo mayor con el 80%, mientras que las mujeres un 52.2%. Hay diferencia de treinta puntos en los dos grupos sin embargo, para el consumo de la mujer podemos ver que más de la mitad de universitarias que consumen alcohol tiene un consumo de riesgo. Para una posible presencia de dependencia al alcohol para los hombres tenemos al 68% y para las mujeres un 41%.
- Para los subpuntajes del AUDIT se corrobora con los generales para que como las tres facultades con mayor consumo de riesgo son: En primer lugar Ciencia y Tecnología con 37%, en segundo Filosofía con 28.7% y en tercer lugar Administración con 20.8%. Para dependencia alcohólica tenemos nuevamente a Ciencia y Tecnología con 16%,en segundo lugar Filosofía con 8.8% y de la misma manera en tercer lugar Administración con 5.9%.
- En general para todas las facultades existe una prevalencia de CONSUMO CON NIVEL DE RIESGO que un consumo social moderado. Por esto es necesario

ejecutar de manera emergente campañas de prevención primaria para empoderar a los alumnos a tener control sobre su consumo.

- Los hombres presentan mayores daños relacionados con su consumo que las mujeres; con un 73,1%, mientras que las mujeres con un 48,1% demuestran que su consumo es menos peligroso. Podemos deducir que la mitad de las mujeres que consumen tienen daños relacionados al alcohol.
- A menor edad mayor vulnerabilidad a sufrir daños relacionados con el alcohol, lo que puede explicar que los jóvenes son más propensos a manejar en estado de ebriedad o exponerse a situaciones de riesgo.

Bibliografía

Annis, H. y David, C. (1991). Relapse prevention. *Alcohol Health & Research World.* 15, 204-212.

Beattie, M. (2003). Ya no seas codependiente. México: Promexa.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, S., (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias,* Barcelona: Ediciones Paidós.

Bernestein, M. (1992). Farmacodependencia y Familia. Cuadernos Iberoamericanos sobre dependencias. (1): 42-49.

Becoña, E. (2002). Bases Cientificas de la Prevencion de las Drogodependencias, Ministerio del Interior: Madrid.

Bolet, M., Socarrás, M., (2003). El alcoholismo consecuencias y prevención, *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, Vol 22, N 1, Ciudad de la Habana, Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002003000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3011

Bravo, G. (2010.) *El chivo expiatorio y la familia: Análisis de la conflictiva familiar por medio del enfoque sistémico en adolescentes entre los 14 y 20 años del "Centro de Orientación Juvenil y de Convenciones LA DOLOROSA".* Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Politecnica Salesiana, Quito, Ecuador.

Caballo, V. (2007). Manual de evaluacion y entrenamiento de las habilidades sociales, España: Siglo XXI.

Camejo, R. (2006). *Estudio de la etiología del alcoholismo en el centro de salud mental policlínica Manuel Fajardo Rivero*. Argentina: El Cid Editor. p 6.http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10135758&ppg=6

Camejo, R. (2009). *Los hábitos tóxicos un problema de nuestra sociedad.* Argentina: El Cid Editor | apuntes, p 5.http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10327807&ppg=5

Camejo, R.; Rodríguez, A. (2009) *Comportamiento del alcoholismo en el consultorio médico 6470 en el periodo comprendido del 2004-2006*.Argentina: El Cid Editor | apuntes, p 4.http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10327690&ppg=4

Campagna, D. y Gervasio, E. (1987). *La Comunidad Terapéutica en la rehabilitación de la drogodependencia y el alcoholismo, resumen de una experiencia*

Caro, I. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Castaño, G. (2008). Aspectos Socioculturales del Consumo de Alcohol en Latinoamerica y Estrategias de Prevencion. *Revista Análisis,* N. 7, p 15- 27.

Castillo, M.; Leyva, P., (2006) *Alcoholismo: del despojo de una herencia cultural a la caricatura del poder*. México: Red El Cotidiano, p 66. http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10117364&ppg=5

Cerclé, A. (2001). *El Alcoholismo,* México: Siglo XX1 editores, p. 16. Isbn 968-23-2330-4.

Chirivella, J., Espert, R., Gadea, M .(1996). Déficits Neuropsicología asociado al consumo de Alcohol- Una aproximación multidisciplinar- *Psicología Conductual*, Vol. 4, N 3, pp 377-392.)

Corral, A., Crespo, I,. Domenech, E., Front-Mayolas, S., Lalueza, J., Larraburu, I., Martinez, G., Moncada, A., Raguz, M., Rodriguez-Tomé, H., (2003). Los Adolescentes en el siglo XXI, Barcelona: Editorial UOC.

Correa R, J, (2007) *Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* .En Hernández, Sánchez (Ed) Editorial: Libros en Red.

Diaz, I., (2000).Bases de la Terapia de Grupo, México: Editorial Pax.

Dipardo, R. (1993). Los patrones socioculturales de la alcoholización en México, Juno: México.

Dobson, K., Franche, R., (1998). La práctica de la terapia cognitiva, En Caballo V (Ed) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (493), España: Siglo XXI de España Editores.

Duarte, R., Escario, J., Molina, J.; (2009). El abuso juvenil del alcohol: Estimaciones Count Data. Revista de Economía Aplicada. Vol 8, N 49, p 81-104. Universidad de Zaragoza, España.

Escalante, G., Escalante, K., (2005), Historia Natural del Alcoholismo, *Rev Facult Medic de la Univ de los Andes*, 2: p 1-2

Florenzano, R., Sotomayor, P., Otava, M., (2001). Estudio Comparativo de rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles, *Revista Chilena de Pediatría*, vol 72, N 3, Santiago de Chile.

Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1977) *Modern synopsis of comprehensive text book of Psychiatry*. 2 ed. Baltimore: Williams and Wilkins: p .676.

García, E., (2003). *Manual Set de Alcoholismo, Sociedad Española de Toxicomanías*, Madrid: Editorial Medica Panamericana, p 96-98.

Garcí, E., Lima Mompó, G., Vilas, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev Cub Med Mil,* Ciudad de la Habana, v. 33, n. 3.

Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es&nrm=iso>.

González H, (2006) *Alcohol: cuánto es demasiado.* México: Red El Cotidiano, p 5. http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10117496&ppg=5

González R, (1999) El consumo del alcohol. Criterios para la identificación para el Médico de la Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. p 9. (30)

González R, Ochoa R. (1988) *Compilación de artículos acerca del alcoholismo y su prevención.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas,:9-25.

Gossop, M (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge

Guibert R, Ferrer F, Renier S, Raiza Z,(1999). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v. 15, Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200001&lng=es&nrm=iso>.

Gutmann, M.; (2002) Etinicidad, Alcohol y Aculturizacion, Alteridades, Vol 12. N 23. Universidad Autonoma Metropolitana, Mexico, p. 19-34

Hernandez N, Sanchez J, (2007) *Manual de Psicoterapia Familiar para Trastornos de la Salud*, Londres: Editorial Libros en Red.

Herrera G, Carrillo M, (2011). Transformaciones Familiares en la experiencia migratoria ecuatoriana, Melangues de la Casa de Velázquez. P. 97-114.

Iglesias, M., (2007). *Consecuencias Neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (Bringe Drinking) en Jóvenes Universitarios*, Tesis de doctorado, pag 71, Universidad Santiago de Compostela, España.

Jauregui, I., (2000). Codependencia y Literatura. La Codependencia en la antigüedad clásica. Revista Española de Drogodependencias. 25(4) 452-477

Kolb, B., Whishaw, I., (2006). *Neuropsicología Humana*, España: Editorial Médica Panamericana, Quinta Edición, P. 138.

Kort, F., (2006). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*, Caracas: CEC.

Laespada, M.T. y Salazar, L. (1999). Las actividades no formalizadas de los jóvenes. En J. Elzo, F.A. Ortiz, J. González-Anelo, M.T. Laespada, L. Salazar y P. González- Blasco, *Jóvenes Españoles 99*. Madrid: Fundación Santamaría.

López, M., López del Castillo, A.,(2007). Relación del Alcoholismo con los Trastornos de Personalidad en una muestra mexicana, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol 10 N 1, México.

Lopez, R (1994). La Rehabilitacion del Adicto. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, Colección Villa Guadalupe.

Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza J.C, Lizasoain, I., (2009) *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación* .España: Editorial Médica Panamericana, 3era Edición.

Luengo, M., Romero, E., Gomez Fraguela, J., (1999). Analisis de la Eficacia y prevención de recaidas en el consumo de drogas, Proyecto Hombre,Chile: Editorial Compostela.

Luna A, (2006), ¿Qué hacer con un hijo adicto?, 4ta Edición. Colombia: San Pablo.

Marlatt G, (1996) Taxonomy of high risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of cognitive and behavioral model. Addiction, 91. (Suplemento), 37-50.

Marlatt, G., Rohsenow, D., (1980). Cognitive processes in alcohol use:Expectancy and the balance placebo design. En N.K Mello (Ed), Advances in substance abuse (Vol 1). Greenwich, Conn: Jai Press.

Martin, L., (2002). Tratamientos Psicológicos, Adicciones, Vol 14, Suplemento 1.

Martínez, M., (2006). *Manual de drogodependencias para enfermería*. España: Ediciones Díaz de Santos, p 7. http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10154647&ppg=23

Marzal, M., (1998). Historia de la Antropología. Antropología cultural. Perú: Editorial de la Pontificia de la Universidad de Perú.

McAuliffe, W.E., Ch'ien, J.M.N., Launer, E., Friedman, R. y Feldman, B.(1985). The Harvard group aftercare program: Preliminary evaluation results and implementation isues. En R.S. Ashery (Ed.), *Progress in the development of cost-eff ective treatment for drug abusers* (NIDA Research Monograph Series, nº 58). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.

McCrady, B., (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York: The Guilford Press, New York, 2001.

MEDINA, E. (1993). Uso de alcohol y otros psicotrópicos por los pueblos aborígenes de Hispanoamérica. En *Las adicciones un enfoque multidisciplinario* (pp. 169-171). México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones

Méndez, A. (2008). *La influencia de la Codependencia en Familias con un Miembro adicto a la Cocaína.* Tesis de Licenciatura no publicada, UMSNH, Michoacan de Ocampo, México.

Mendoza Patiño N., (2008). *Farmacología Médica*, México: Editorial Médica Panamericana, P. 778.

Menéndez, E., (1991) Antropología del Alcoholismo en México. Los limites culturales de la economía política 1930-1979.

Miller, W; Westerberg, V; Harris, R; Tonigan, J.S. (1996) What predicts relapse. Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 155–172.

Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Ed.), *Hand - book of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Massachusetts: Allyn & Bacon

Morgenstern, J., Langenbucher, J., Loabouvie, E., y Miller, Jk., (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population; prevalence, rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal psychology.* 106 (1), 74.

Moreira, M., Smith, L., Foxcroft, D,. (2009) Intervenciones basadas en las normas sociales para reducir el consumo indebido de alcohol por los estudiantes universitarios (RevisionCochrane traducida). En: Número. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de , 2009 Issue 3 Art no. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

Naranjo, M., (2004). Enfoques conductistas, cognitivos y racional-emotivos, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Oquendo, Y.; Pérez, J.; Rodríguez, T., (2009). *Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social.* Argentina: El Cid Editor apuntes, p 9. http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10327939&ppg=9

Organización Mundial de la Salud. (1976) Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra.

Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M, (1998), El Alcohol y su Abuso: Impacto Socioeconómico,Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Redolar, D. (2008), *Cerebro y Adicción*, Barcelona: Editorial UOC P 362

Rees, R., Valenzuela, A., (2003). Caracteristicas individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana, Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. Vol. 41. N3 pag 173-186.

Roehrich, L., Goldman, M., (1993). MS. Experience-Dependent Neuropsychological Recovery and the treatment of alcoholism .*Journal of Consulting and clinical psychology*; P. 812-821

Rojas, M., (2006). *Conceptos Básicos y Profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias. Un enfoque cognitivo-conductual y humanista*, Primera Edición, Perú: Editorial Imprenta Just Print Sac.

Rotunda, R., O'Farrell, T. (1997). Marital and family therapy of alcohol use disorders: bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 28(3):246-252

Saenz, M., (2003). Aportes sobre la Familia del Farmacodependiente. *Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 1. N 99, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica.

Sanchez-Craing, M. (1976) Cognitive and behavioral coping strategies in the reappraisial os stressful social situations. Journal of Counseling Psychology , 23, 7-12.

Sandí, L.; Diaz, A., Blanco, H.; Murrel, L,. (1995). Adolescencia y Consumo de drogas en Costa Rica. Heredia: Dpto. de Investigacion- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodepencia.

Secades, R., Fernandez, J., (2001). Tratamientos Psicologicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína, heroína. *Psicothema.* Vol. 13, N 3, p 365-380.

Secades, R. (2001). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Pirámide: Madrid.

Sirvert, C,. (2006) Autoengaño y Adicción, *Revista Norte de Salud Mental,* N 26, p 39-47

Skodol, A., Oldham, Gallear, P., (1999). Axis II comorbidity of substance use in disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatric* . 165 (5), 733.

Stanton, M., Todd, T., (1988). Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. Traduccion de Carlos Gardini. Buenos Aires: Editorial Gedisa, Colección Terapia Familiar.

Suscal, R., (2012), Alerta por Consumo de alcohol en Cuenca, Universidad Técnica Particulas de Loja,

Usandivaras CMD. Abordaje familiar en el tratamiento de la drogadicción juvenil. Terapia Familiar 1985; 7:67-87

Valvuena (2001) Comorbidity in alcoholic patients. Clinical and social implicacions, *Revista Adicciones*, 13 (3)

Washton, A., Boundy, D., (1991). *Querer no es poder. Como comprender y superar a las adicciones,* España: Ediciones Paidós.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Aprobado

Cuenca 07 de Enero del 2013.

Dr. Hernán Sacoto

De mis consideraciones

Yo María Paz Carrión Maldonado, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Filosofía, con el código número 044705. Estoy realizando actualmente mi tesis con el tema: "Incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay" por lo que solicito comedidamente apertura en la Facultad para la aplicación de los reactivos necesarios para la obtención de datos; la aplicación se realizará de manera colectiva por lo que la duración del tiempo solicitado será de máximo 15 minutos. Las aplicaciones se harán a lo largo de esta semana y la siguiente en las diferentes facultades.

Segura de contar con su apoyo y apertura me despedido de usted.

Atentamente.

María Paz Carrión

Cédula 0104773148

Código 044705

RECIBIDO - 7 ENE 2013

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 558.501 al 578.500 Nº 0568486

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY.- Cuenca, 07 de enero del 2013.- a las 11h25, recibido en esta fecha y hora. certifico.

SECRETARIO.

DECANATO DE LA FACULTAD DE TECNOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY.-

Cuenca, 07 de enero del 2013. Il autorizo lo solicitado

DECANO

/sdv.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Cuenca 07 de Enero del 2013.

Ing. Germán Zuñiga

De mis consideraciones

Yo María Paz Carrión Maldonado, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Filosofía, con el código número 044705. Estoy realizando actualmente mi tesis con el tema: "Incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay" por lo que solicito comedidamente apertura en la Facultad para la aplicación de los reactivos necesarios para la obtención de datos; la aplicación se realizará de manera colectiva por lo que la duración del tiempo solicitado será de máximo 15 minutos. Las aplicaciones se harán a lo largo de esta semana y la siguiente en las diferentes facultades.

Segura de contar con su apoyo y apertura me despedido de usted.

Atentamente.

María Paz Carrión

Cédula 0104773148

Código 044705

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 558.501 al 578.500 Nº 0568485

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Autorizado.
Ss. profesores:
Por favor atender

Cuenca 07 de Enero del 2013.

MST. Fabián Landívar

De mis consideraciones

Yo María Paz Carrión Maldonado, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Filosofía, con el código número 044705. Estoy realizando actualmente mi tesis con el tema: "Incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay" por lo que solicito comedidamente apertura en la Facultad para la aplicación de los reactivos necesarios para la obtención de datos; la aplicación se realizará de manera colectiva por lo que la duración del tiempo solicitado será de máximo 15 minutos. Las aplicaciones se harán a lo largo de esta semana y la siguiente en las diferentes facultades.

Segura de contar con su apoyo y apertura me despedido de usted.

Atentamente.

María Paz Carrión

Cédula 0104773148

Código 044705

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 558.501 al 578.500 Nº 0568500

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Oficio No. 359-12-FF-UDA

Cuenca, 19 de noviembre de 2012

Dr. Alfonso Calderón Cordero (Director)
Dr. Patricio Cabrera Orellana (Tribunal)
Mst. Eva Peña Contreras (Tribunal)
Ciudad

De mi consideración:

El Consejo de Facultad de Filosofía, en sesión del día miércoles 7 de los corrientes, aprobó el Diseño de Tesis de la estudiante: María Paz Carrión Maldonado, con el tema: "Incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay". Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el Director, está en la obligación de entregar a la Junta Académica, durante la semana siguiente a su designación, el horario de atención para la dirección, así como pasar los informes mensuales de las sesiones realizadas.

De conformidad con las correspondientes disposiciones reglamentarias "el estudiante, **una vez egresado,** dispondrá como máximo de dos años para culminar su trabajo de titulación o graduación; pasado este tiempo se someterán a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución". La estudiante egresó el 30 de julio de 2012.

La interesada está en la obligación de entregar al Director de Tesis copia certificada del diseño aprobado; y, en la Secretaría de la Facultad, en el plazo de ocho días, el Derecho de Matrícula de Tesis.

Atentamente,

Mst. Carlos Delgado Álvarez
Decano de la Facultad de Filosofía

c.c.: Estudiante
Junta Académica PCL.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Cuenca 07 de Enero del 2013.

MST. Carlos Delgado

De mis consideraciones

Yo María Paz Carrión Maldonado, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Filosofía, con el código número 044705. Estoy realizando actualmente mi tesis con el tema: "Incidencia del consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad del Azuay" por lo que solicito comedidamente apertura en la Facultad para la aplicación de los reactivos necesarios para la obtención de datos; la aplicación se realizará de manera colectiva por lo que la duración del tiempo solicitado será de máximo 15 minutos. Las aplicaciones se harán a lo largo de esta semana y la siguiente en las diferentes facultades.

Segura de contar con su apoyo y apertura me despedido de usted.

Atentamente.

Por favor: Detallar cursos, # de alumnos, días y horas de clase para comunicar a profesores

María Paz Carrión

Cédula 0104773148

Código 044705

Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 558.501 al 578.500
Nº 0568499