



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** Jerez Mosquera, Walter Gabriel

**Tutora:** Psc. Betancourt Ulloa, Nancy Del Carmen

Ambato-Ecuador

Febrero, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”** de Walter Gabriel Jerez Mosquera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto de 2014

LA TUTORA

.....  
Psc. Betancourt Ulloa, Nancy Del Carmen

## **AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto de 2014

EL AUTOR

.....  
Jerez Mosquera, Walter Gabriel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto de 2014

EL AUTOR

.....  
Jerez Mosquera, Walter Gabriel

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”** del señor Walter Gabriel Jerez Mosquera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero de 2015

Para constancia firman:

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1ER VOCAL

.....  
2DO VOCAL

## AGRADECIMIENTO

En primera instancia he de agradecer a mi madre que con sus diligentes cuidados y denotado esfuerzo me ha permitido alcanzar mis logros, puesto que con incontables sacrificios y desvelos ha sido capaz de sacarme adelante posibilitándome, de este modo, llegar hasta aquí. A mis amadas hermanas que me han apoyado en todos estos años de Carrera y a lo largo de mi vida enseñándome lo que significa el amor incondicional.

Agradezco a la persona que con su llegada rebosó de alegría a mi espíritu, pues con su amor inagotable me otorgó su corazón ofreciéndome así el honor de llamarla mi novia. Diana ha dado todo de sí para que este proyecto viera la luz siendo parte fundamental de su construcción ya que fue ella misma quien sin dilaciones puso todos sus esfuerzos tanto en la labor investigativa como en la estructura bibliográfica.

Agradezco a mi Tutora la doctora Nancy Betancourt puesto que sin su guía y notable preocupación, además de el gran empeño que ha puesto en la correcta elaboración de cada detalle en este trabajo.

No encuentro las palabras adecuadas con las que he de darles las gracias a Santiago Proaño y Gabriela Estrella, dos personas que voluntaria y desinteresadamente decidieron sumarse a este proyecto entregándome, sin objeción alguna, su tiempo y denodado esfuerzo en la revisión, corrección y rearme de dicho trabajo, aportando además con todos sus conocimientos para el bien de la investigación.

Les agradezco además a todos esos profesores que marcaron mi gusto por la psicología mostrándome todo su saber y buscando todas las formas posibles mediante las cuales yo pudiese apropiarme de ese conocimiento dándome así varias lecciones de vida por lo cual los tengo dentro de mis más queridos amigos

Finalmente y sin restarle un ápice de importancia les doy las gracias a todos mis amigos por su apoyo, afecto y entereza con las que lograron hacer de mi vida Universitaria una época de notable crecimiento e infinita alegría en la mejor época de mi vida, la misma etapa que honestamente no quisiera terminar.

Gabriel Jerez.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada.....	i
Aprobación por el Tutor.....	ii
Autoría del trabajo de Graduación .....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador .....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de Contenido.....	vii
Índice de Gráficos.....	xi
Índice de Cuadros.....	xii
Resumen.....	xiii
Summary.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
1      CAPÍTULO I   3	
1.1.   TEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.2.   PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1.   CONTEXTUALIZACIÓN .....	3
1.2.2.   Árbol de problemas .....	6
1.2.3.   ANÁLISIS CRÍTICO.....	7
1.2.4.   PROGNOSIS.....	7
1.2.5.   FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.6.   PREGUNTAS DIRECTRICES .....	8
1.2.7.   DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	8
1.2.7.1.   DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO.....	8
1.3.   JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4.   OBJETIVOS .....	10
1.4.1.   OBJETIVO GENERAL .....	10
1.4.2.   OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
2      CAPÍTULO II .....	11
2.1.   ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	11

2.2.	FUNDAMENTACIÓN .....	12
2.2.1.	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	12
2.2.2.	FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA .....	13
2.2.3.	FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	13
2.2.4.	FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA.....	14
2.2.5.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	14
2.3.	CATEGORIAS FUNDAMENTALES .....	16
2.4.	MARCO TEÓRICO .....	19
2.4.1.	DEPENDENCIA AFECTIVA.....	19
2.4.1.1.	Concepto.....	19
2.4.1.2.	Características.....	19
2.4.1.2.1.	Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa.....	19
2.4.1.2.2.	Voracidad afectiva: deseo de acceso constante.....	20
2.4.1.2.3.	Tendencia a la exclusividad en las relaciones.....	20
2.4.1.2.4.	Idealización del compañero.....	20
2.4.1.2.5.	Pánico ante el abandono o el rechazo de la pareja.....	21
2.4.1.2.6.	Baja autoestima .....	21
2.4.1.2.7.	Miedo a la soledad.....	21
2.4.2.	Personalidad .....	21
2.4.2.1.	Concepto.....	21
2.4.2.2.	Rasgos de la personalidad.....	22
2.4.2.2.1.	Rasgos Cardinales.....	22
2.4.2.2.2.	Rasgos centrales.....	22
2.4.2.2.3.	Rasgos secundarios.....	22
2.4.3.	Familia.....	22
2.4.4.	Funciones de la familia.....	23
2.4.5.	Dinámica familiar.....	23
2.4.6.	Sociedad.....	23
2.4.7.	El Alcohol .....	27
2.4.7.1.	Factores de riesgo.....	31
2.4.8.	Depresoras Del Sistema Nervioso Central.....	37
2.4.9.	Las drogas sociales.....	38
2.4.10.	Drogas socialmente aceptadas .....	39
2.4.10.1.	Psico-estimulantes y drogas de diseño.....	43



2.4.11.	Sustancias psicoactivas.....	47
2.5.	HIPÓTESIS.....	52
2.5.1.	HIPOTESIS GENERAL.....	52
2.6.	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES .....	52
2.6.1.	Variable Independiente: Dependencia afectiva.....	52
2.6.2.	Variable Dependiente: Consumo de alcohol.....	52
2.6.3.	Unidad de observación. ....	52
3	CAPÍTULO III.....	53
3.1.	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....	53
3.2.	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	53
3.2.1.	Investigación Documental-Bibliográfica .....	53
3.2.2.	Investigación de Campo .....	53
3.2.3.	De intervención social .....	53
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.3.1.	Exploratorio.....	54
3.3.2.	Descriptivo .....	54
3.3.3.	Asociación de variables. ....	54
3.4.	Población y Muestra.....	54
3.5.	MUESTRA.....	55
3.6.	Operacionalización de Variables .....	56
3.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	58
3.8.	PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	59
3.9.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	59
4	CAPÍTULO IV.....	60
4.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.1.1.	Cuestionario de dependencia afectiva.....	60
4.1.1.1.	Objetivo.....	60
4.1.2.	Test de Audit .....	60
4.1.2.1.	Objetivo.....	60
4.2.	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	65
4.2.1.	Planteamiento de hipótesis .....	65
4.2.2.	VERIFICACION.....	66
5	CAPÍTULO V.....	67
5.1.	CONCLUSIONES .....	67

5.2.	RECOMENDACIONES .....	67
6	CAPÍTULO VI.....	69
6.1.	Título:.....	69
6.2.	DATOS INFORMATIVOS.....	69
6.3.	Justificación. ....	69
6.4.	Objetivos. ....	70
6.4.1.	Objetivo General. ....	70
6.4.2.	Objetivos Específicos. ....	70
6.5.	Fundamentación .....	71
6.5.1.	EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.....	71
6.5.1.1.	Primera etapa. ....	71
6.5.1.2.	Segunda etapa.....	72
6.5.2.	LAS SIETE NOCIONES CENTRALES DE ESTE MODELO .....	74
6.5.2.1.	No directividad: .....	74
6.5.2.2.	Tendencia Actualizante: .....	75
6.5.2.3.	Escucha Empática:.....	75
6.5.2.4.	Aceptación o valoración Positiva Incondicional (API): .....	76
6.5.2.5.	Congruencia o autenticidad: .....	77
6.5.3.	Chequeos de percepciones: .....	78
6.5.4.	Noción de Sí mismo: .....	80
6.6.	Metodología del modelo operativo .....	84
6.7.	Plan de administración de la propuesta (recursos humanos, etc) .....	88
6.7.1.	Institucionales.....	88
6.7.2.	Humanos .....	88
6.7.3.	Materiales .....	88
6.8.	Presupuesto .....	88
6.9.	Previsión de la evaluación. ....	89
6.10.	Evaluación y monitoreo.....	89
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	90
	ANEXOS .....	93

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.	Gráfico N°1: Árbol de problemas .....	6
2.	Gráfico No 2: Red de inclusiones .....	16
3.	Gráfico N° 3: Constelación de ideas .....	17
4.	Gráfico N° 4: Constelación de ideas .....	18
5.	Gráfico N° 5: Dependencia Afectiva .....	61
6.	Gráfico N° 6: Consumo de Alcohol .....	62
7.	Gráfico N° 7: Dependencia Afectiva y Consumo de Alcohol .....	64

## ÍNDICE DE CUADROS

1. Cuadro N°1 .....	54
2. Cuadro N°: 2 .....	55
3. Cuadro N°3.....	56
4. Cuadro N° 4.....	57
5. Cuadro N° 5 .....	59
6. Cuadro N°6 Dependencia afectiva .....	60
7. Cuadro N° 7 Consumo de Alcohol.....	62
8. Cuadro N° 8 Dependencia Afectiva y Consumo de Alcohol .....	63
9. Cuadro N° 9 Chi cuadrado .....	65
10. Cuadro N° 10 Anova.....	66

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO  
DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD  
TÉCNICA DE AMBATO”**

**Autor:** Jerez Mosquera, Walter Gabriel

**Tutora:** Psc. Betancourt Ulloa, Nancy Del Carmen

**Fecha:** Agosto de 2014

**RESUMEN**

La realización de este proyecto tuvo como objetivo identificar la dependencia afectiva y su influencia en el consumo de alcohol en los estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para lo cual se comenzó haciendo una investigación bibliográfica acerca de la dependencia afectiva teniendo en cuenta su definición causalidades y consecuencias a continuación se investigó la variable perteneciente al consumo de alcohol a partir de un enfoque similar. Se consideraron también antecedentes de investigaciones que habían precedido a este proyecto habiendo encontrado en esta búsqueda que la investigación presente es innovadora y original puesto que se hallaron otros proyectos que solo contemplaban una de estas dos variables.

Al proceder a la investigación se decidió utilizar como instrumentos de evaluación a un cuestionario de dependencia afectiva construido por el investigador junto con el Test de AUDIT que evalúa el grado de consumo de alcohol estos reactivos se aplicaron a una muestra de 161 personas pertenecientes a los primeros semestres de la Facultad de Ciencias de la Salud.

De esta investigación se obtuvo como resultado la comprobación de la hipótesis la misma que versaba de la siguiente manera:

“La dependencia afectiva influye en el consumo de alcohol “

De este resultado se obtuvieron varias conclusiones siendo las más importantes:

-La dependencia afectiva influye directamente en el consumo de alcohol.

-Sin importar el grado de dependencia afectiva se produce algún tipo de consumo de alcohol sin embargo de que no exista correlación entre los niveles tanto de dependencia afectiva como de consumo de alcohol, es decir que el hecho de que haya un mayor grado de dependencia afectiva no garantiza de forma alguna que exista un mayor grado de consumo de alcohol.

**PALABRAS CLAVES:** DEPENDENCIA\_AFECTIVA, ALCOHOL,  
GRADO\_CONSUMO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“AFFECTIVE DEPENDENCE AND IT’S INFLUENCE ON THE  
CONSUMPTION OF ALCOHOL OF THE STUDENTS BELONGING TO  
THE FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH OF THE TECHNICAL  
UNIVERSITY OF AMBATO”**

**Author:** Jerez Mosquera, Walter Gabriel

**Tutor:** Psc. Betancourt Ulloa, Nancy Del Carmen

**Date:** Agost 2014

**SUMMARY**

The realization of this project was to identify the emotional dependency and its influence on alcohol consumption among students of the Faculty of Health Sciences at the Technical University of Ambato, for which a literature began doing research on emotional dependence considering its definition and consequences causalities then the variable pertaining to alcohol consumption was investigated from a similar approach. Background research that preceded this project having found in this search that the present research is innovative and original as other projects that just watched one of these two variables were found were considered.

In doing research we decided to use as assessment tools to a questionnaire of emotional dependence constructed by the researcher with the Test AUDIT assessing the degree of alcohol these reagents were applied to a sample of 161 individuals belonging to the first semesters of the Faculty of Health Sciences.

This research was obtained as a result of hypothesis testing thereof which related as follows:

"The emotional dependence influences the consumption of alcohol"

This result was obtained several conclusions being most important:

-The emotional dependence directly influences the consumption of alcohol.

-Regardless of the degree of emotional dependence some drinking occurs, however, that there is no correlation between the levels of both emotional dependence as alcohol consumption, so the fact that there is a greater degree of emotional dependence does not guarantee in any way that there is a greater degree of alcohol consumption.

**KEYWORDS:** EMOTIONAL\_DEPENDENCE, ALCOHOL,  
CONSUMPTION\_GRADE



## INTRODUCCIÓN

“Toda demanda es una demanda de Amor”, Jacques Lacan 1957.

Las investigaciones psicológicas en lo que concierne al campo afectivo al menos desde una perspectiva científica, se han dedicado exclusivamente a descifrar todo aquello en cuanto se refiere a la depresión. Sin embargo uno de los campos escasamente indagados es aquel que concierne a la dependencia afectiva o exceso de amor, partiendo de esta perspectiva este proyecto investigativo ha querido de alguna manera subsanar este vacío científico, puesto que por lo menos entre 40% y 50 % de la consulta psicológica tiene como problemática el exceso de amor.

Para empezar trataremos de dilucidar desde un punto de vista humanístico teóricamente hablando algunas de las razones etiológicas que posiblemente dan origen a este problema relacional.

En los primeros años de existencia del sujeto los vínculos primarios conformados por los padres y el infante se constituyen en el elemento fundamental que define la estructura psíquica del individuo u organización de sí mismo, ya que a partir aproximadamente de los 2 años de edad el niño aprende a diferenciar el yo del no yo, viéndose apoyado por la valoración positiva incondicional generada por los padres, es decir por la valoración que le dan al sujeto por el simple hecho de ser una persona. Si se produce una dificultad en esta etapa del desarrollo del self se verá seriamente afectada la construcción de la autoestima del individuo, puesto que en cuanto empieza la vida social del niño empezará a valorarse su capacidad para hacer talo cual actividad lo que se denomina auto concepto, entonces aquel niño que no ha sido capaz de forjarse un autoestima empezará a aceptarse a partir de la valoración de los demás considerando que esta valoración es la más adecuada e inclusive creyendo que es la única valoración válida. Lo que provocará que en su vida adulta no se considere un sujeto digno de ser querido, por lo tanto lo poco o mucho que pueda obtener de afecto tratará de sostenerlo a toda costa

incluso acosta de su propio bienestar convirtiéndose así en un dependiente emocional.

Esta forma a partir de la cual el individuo maneja sus relaciones interpersonales está cubierta de máscaras y fachadas que la persona considera necesario utilizar con el fin de agradar a los demás para no perder la poca aceptación de la que es objeto, finalmente, debido a su baja tolerancia a la frustración el sujeto no podrá soportar el sufrimiento, siendo incapaz de aceptar una ruptura sintiéndose obligado a soportar cualquier humillación con el fin de evitar de alguna manera que este vínculo patológico se rompa.

Si esta ruptura llegase a producirse podría ocasionar en el sujeto una posible búsqueda de refugio en algún tipo de sustancia psicotrópica, en este caso, por ser una droga socialmente aceptada, el alcohol puede ser la opción más común llegando hasta el punto de constituirse en una dependencia de sustancias (alcoholismo). Si esto no se produjese puede ser probablemente porque el individuo consiguió una nueva pareja volviendo a repetir el vínculo patológico anterior, sin embargo es muy posible que sostenga un consumo de alcohol por lo menos moderado, ya que no posee los recursos necesarios para afrontar un problema en este caso un fracaso amoroso. Para terminar, se considera que la manera más adecuada de afrontar este tipo de dificultades relacionadas es el desbloqueo de la tendencia actualizante a partir de una mejor relación de sí mismo con la realidad, mediante una valoración positiva incondicional que generará en el sujeto una autovaloración más ajustada a la realidad de aquel, de esta forma provocaremos que el individuo sea capaz de conocer su propio deseo para poder así dirigirse hacia él, mejorando de manera sustancial el como este se relaciona con sí mismo, con las personas y el ambiente que lo rodea dando el valor adecuado a todas sus experiencias creciendo a partir de ellas y aceptándolas como tales, entendiendo así, que si bien es cierto que él no puede manejar sus circunstancias más es capaz de determinar que hacer frente a ellas.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“LA DEPENDENCIA AFECTIVA Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO”

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

###### **MACRO**

Según la Organización Mundial de la Salud (2012).

A nivel mundial, la Región de Europa registra un mayor consumo de alcohol por habitante, y las tasas de consumo de algunos de sus países son especialmente elevadas. El análisis de las tendencias muestra que el nivel de consumo en esta Región se ha mantenido estable durante los últimos cinco años, al igual que en la Región de África y en la Región de las Américas; en cambio, éste ha aumentado en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental.

Cada habitante del mundo de 15 años o más de edad consume un promedio de 6,2 litros de alcohol puro cada año. Ahora bien, menos de la mitad de la población (el 38,3%) consume alcohol, lo cual significa que las personas que beben consumen un promedio de 17 litros de alcohol puro cada año.

En el informe también se señala que el porcentaje de fallecimientos entre la población masculina por causas relacionadas con el alcohol es más elevado que el correspondiente a las mujeres (un 7,6% de defunciones en el caso de los hombres y un 4% en el caso de las mujeres), aunque se ha demostrado que las mujeres pueden ser más vulnerables a algunas enfermedades relacionadas con el alcohol en comparación con los hombres.

## **MESO**

Según la Organización Mundial de la Salud (2012):

El ránking en América Latina lo lidera Chile, donde existe un consumo anual per cápita de 9,6 litros de alcohol puro. Si se divide por sexos, el informe revela que los chilenos consumen 13,9 litros anualmente y las chilenas 5,5 litros.

El segundo en la lista es Argentina, con un total de 9,3 litros per cápita por año. Las argentinas consumen 5,2 litros y los argentinos 13,6 litros.

La tercera posición la ocupa Venezuela, con 8,9 litros de alcohol puro per cápita, que se divide en 12,7 consumidos por los venezolanos y 5,2 por las venezolanas.

Los siguientes en la lista son, por orden jerárquico: Paraguay (8,8 litros); Brasil (8,7); Perú (8,1); Panamá (8); Uruguay (7,6); Ecuador (7,2); México (7,2); República Dominicana (6,9); Colombia (6,2); Bolivia (5,9); Costa Rica (5,4); Cuba (5,2); Nicaragua (5); Honduras (4); Guatemala (3,8); El Salvador (3,2).

## **MICRO**

Según el Ministerio de Salud Pública (2007):

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%.

A nivel de regiones, la Amazonía representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%.

Las provincias con mayor número de casos de alcoholismo son Pichincha (619), Manabí (367), Azuay (343), Guayas (303), Imbabura (295), Loja (295), Chimborazo (202), Cañar (169), El Oro (156) y Morona (101).

En cambio, las de menor incidencia son Tungurahua (67), Zamora Chinchipe (57), Los Ríos (53), Sucumbíos (33), Napo (32), Esmeralda (28), Cotopaxi (17), Carchi (5), Bolívar (2), Galápagos (1) y Orellana (1).

**1.2.2. Árbol de problemas**



**1. Gráfico N°1: Árbol de problemas**  
Elaborado por: Gabriel Jerez

### **1.2.3. ANÁLISIS CRÍTICO**

Resulta fundamental para el desarrollo del sujeto el tipo de vinculación primaria que se produce entre el niño y sus padres, razón por la cual desde el momento mismo en el que el sujeto es capaz de diferenciar el yo del no yo, requiere de manera indispensable la aceptación y valoración incondicional por parte de sus figuras paternas como situación que determinara el nivel de auto estima que el individuo presentará.

Teniendo en cuenta este precepto podemos mencionar que el auto concepto se derivará de este primer proceso, si bien es cierto que tiene como origen la aprobación social, del grado de la auto estima dependerá la importancia de este tipo de aprobación tenga en la configuración de la vida del sujeto.

Otra de las consecuencias de un deficiente grado de auto estima es la baja tolerancia a la frustración que no es otra cosa que la imposibilidad de elaborar recursos de afrontamiento adecuados para enfrentarse a las diferentes dificultades a las cuales el sujeto se halla expuesto, razón suficiente para mencionarla como una de las causas que pueden contribuir a la etiología del consumo de sustancias como única salida para disminuir el grado de afectación.

Finalmente es importante destacar como un elemento da origen a la transición entre la dependencia afectiva a la sobreprotección; ya que el sujeto puede forjar para sí mismo constantes sentimientos de impotencia e indefensión adquirida, elaborando así una preocupante predisposición al fracaso. Además cabe añadir a los sentimientos de desamparo como factores que hacen parte de esta perspectiva etiológica.

### **1.2.4. PROGNOSIS**

Este proyecto enfatiza de manera esencial sus aportes al campo de la prevención, pues si hemos de referirnos a los efectos o consecuencias negativas que puedan

acarrear la dependencia afectiva con respecto a la concepción de sí mismos y del mundo. De tal manera que nos enfrentamos a un problema de tipo estructural y determinante ya que se puede obtener otros trastornos a nivel clínico o de la personalidad, tales como trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad de tipo dependiente e inclusive puede ser una causa fundamental para el desarrollo de problemas concernientes a la dependencia y abuso de sustancias.

Para concluir el reencuentro de las principales dificultades que pueden hallarse inherentes a la dependencia afectiva es indispensable retornar como premisa terapéutica.

### **1.2.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La dependencia afectiva influye en el consumo de alcohol de los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de la universidad técnica de Ambato?

### **1.2.6. PREGUNTAS DIRECTRICES**

- 1.-¿Cuál es el nivel de dependencia afectiva en los estudiantes?
- 2.- ¿Cuáles son los niveles de consumo de alcohol existentes en la población de estudio?
- 3.- ¿Cuál es el mecanismo más adecuado para reducir la dependencia afectiva y el consumo de alcohol?

### **1.2.7. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

#### **1.2.7.1. DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO**

#### **TIEMPO**

Febrero 2013– Agosto 2013



## **ESPACIO**

**País:** Ecuador

**Provincia:** Tungurahua

**Ciudad:** Ambato

**Lugar:** Universidad Técnica de Ambato

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La existencia de dependencia afectiva es común en poblaciones estudiantiles, motivo por el cual resulta necesario y hasta urgente proponer un proyecto que pueda contemplar al trastorno como a sus causalidades dándole especial importancia al consumo de alcohol como producto de este tipo de dependencia puesto que la constante búsqueda de aceptación por parte de estos sujetos resulta irrefrenable debido a su deficiente auto concepto.

Es importante la utilidad preventiva de este proyecto, ya que al combatir este tipo de dificultades psicoemocionales neutralizaremos o lograremos disminuir de forma considerable consecuencias superiores, las mismas que se pueden presentarse como trastornos de dependencia y problemas de estado de ánimo. Siendo éstas las principales consecuencias evidenciadas en la población investigada.

La factibilidad en este caso resulta ser apropiada ya que contamos tanto con el apoyo institucional expresado a través de las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato, facilitando de este modo la disponibilidad de los sujetos en cuestión.

Así mismo cabe manifestar que este tema de investigación resulta innovador debido a que no existen investigaciones previas acerca de la correlación de estas dos variables.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la dependencia afectiva y su influencia en el consumo de alcohol de los estudiantes pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los niveles de dependencia afectiva que presentan los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Establecer los niveles de consumo de alcohol presentes en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud debido a la dependencia afectiva.
- Diseñar un mecanismo adecuado para reducir la dependencia afectiva y el consumo de alcohol.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En la Investigación remitida por Guano Bonilla (2008) sobre "El alcoholismo y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto Tecnológico Superior "Rumiñahui" establece que: La familia, es la primera iniciadora al consumo pero es sobre todo, la permisividad creciente y la debilitación de las normas en las familias, con la consecuencia de la falta de internalización de normas en niños y adolescentes, el factor que predispone al niño o al adolescente a utilizar el alcohol en exceso y concluye que: Factores personales como la inestabilidad, la inseguridad, problemas de comunicación con los padres, dificultades para relacionarse con los iguales, y a ello hay que añadir la publicidad que refuerza la imagen positiva del alcohol (alegría, diversión, juventud, amigos, éxito, placer...). El grupo de iguales y la necesidad de integrarse en él ("hacer lo que hacen todos"), cuando este grupo utiliza la bebida para canalizar su búsqueda de novedades, diversión, y acercamiento al otro sexo.

La afectación familiar a causa del alcoholismo en los jóvenes sigue un proceso lento y progresivo a que el joven adopta un comportamiento agresivo lo que ocasiona conflictos familiares, discusiones entre hermanos y padres y estos aspectos suelen ser posibles condicionantes del alcoholismo, lo que ahonda mucho más el problema.

En la Investigación remitida por Lina Silvana Gonzales Ortiz y Martha Elizabeth Guallpa Aguaiza (2013) sobre "Eficacia de un programa sobre alcoholismo en adolescentes del Instituto Técnico Superior Ezequiel Cárdenas Espinoza de la parroquia Guapán" concluye que: Respecto al tipo de familia los resultados de la

investigación arrojan que los adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales son los que en su mayoría ingieren alcohol, sin dejar de lado a los adolescentes que pertenecen a familias funcionales en los cuales el consumo es también inminente.

En la Investigación remitida por Jessica Claudia Valdez González (2005) sobre “ El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo.” concluye que: En cuanto a la autoestima y su relación con el consumo de alcohol, se Descubrió que en los adolescentes, la autoestima es mayor en los hombres que en las mujeres. Además de este hallazgo, se puede observar que no hay una relación clara entre el abusar, usar o no alcohol y los niveles de autoestima, ya que en los tres tipos de consumo, la autoestima permanece dentro de un nivel parecido.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN**

### **2.2.1. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

El paradigma del proyecto investigativo se basará en el modelo Crítico-Propositivo como una alternativa para la investigación.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales, ya que al hablar de dependencia afectiva se da por entendido que se trata de problemas estructurales de orden etiológico referente al tipo de vínculo y grado de aceptación que se produjo entre el sujeto y sus cuidadores primarios, ya que el grado de carencia afectiva constituye gran parte de este entramado patológico.

Es propositivo porque se plantea conjuntamente con los jóvenes diversas alternativas de solución con el fin de disminuir el grado de la dependencia afectiva para que a su vez el sujeto no requiera el consumir alcohol para solucionar sus conflictos de tipo afectivo.

### **2.2.2. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

El tema de investigación “La dependencia afectiva y su incidencia en el consumo de alcohol” tiene su fundamento en la psicología debido a que las relaciones afectivas entre el sujeto y sus cuidadores primarios determinarán el grado de autoestima, el esquema de percepción que el sujeto tiene acerca del mundo general, sirviendo de base para la elaboración de un adecuado o inadecuado auto concepto lo que incidirá directamente en el tipo de recursos de afrontamiento que el individuo creará al enfrentarse a sus dificultades. En este caso debido a la escasez de este tipo de recursos el sujeto se ve obligado a utilizar el alcohol o cualquier otro tipo de sustancias para mitigar el nivel de afectación que los sentimientos de impotencia le provocan, razón por la cual el presente proyecto maneja como fundamento teórico la perspectiva humanista específicamente la terapia centrada al cliente propuesta por Carl Rogers en la que se considera como eje estructural la aceptación del otro a partir de una valoración incondicional la misma que consiste en la proporción de afecto por parte de sus cuidadores primarios hacia el ser, es decir se le valora al sujeto por lo que es más no por lo que hace.

### **2.2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA**

El desarrollo del ser humano se va formando desde los núcleos más importantes de una sociedad como son la familia y la escuela. El desarrollo integral del ser humano depende de algunos aspectos, siendo uno de los más importantes la familia y las relaciones entre sus miembros. La práctica de valores como la responsabilidad, la solidaridad, empatía, así como las habilidades sociales tienen como finalidad capacitar al individuo para interactuar con la sociedad manteniendo la individualidad y criterio propio. De igual manera la aplicación de actividades recreativas puede fomentar buenos hábitos que generan valores como el trabajo en equipo y comprensión. Por lo tanto es de suma importancia crear un ambiente sano en relaciones personales para ayudar al desarrollo del individuo.

#### **2.2.4. FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA**

La investigación se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso en los jóvenes que padecen algún grado de dependencia afectiva. Por lo que todo ser humano alcanza la transformación hacia alcanzar una trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción de las personas. En este progreso recíproco obra por medio de dos o más factores sociales en base a ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida social.

#### **2.2.5. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Según la Constitución Política del Ecuador (2008) afirma en la:

Sección cuarta

De la salud

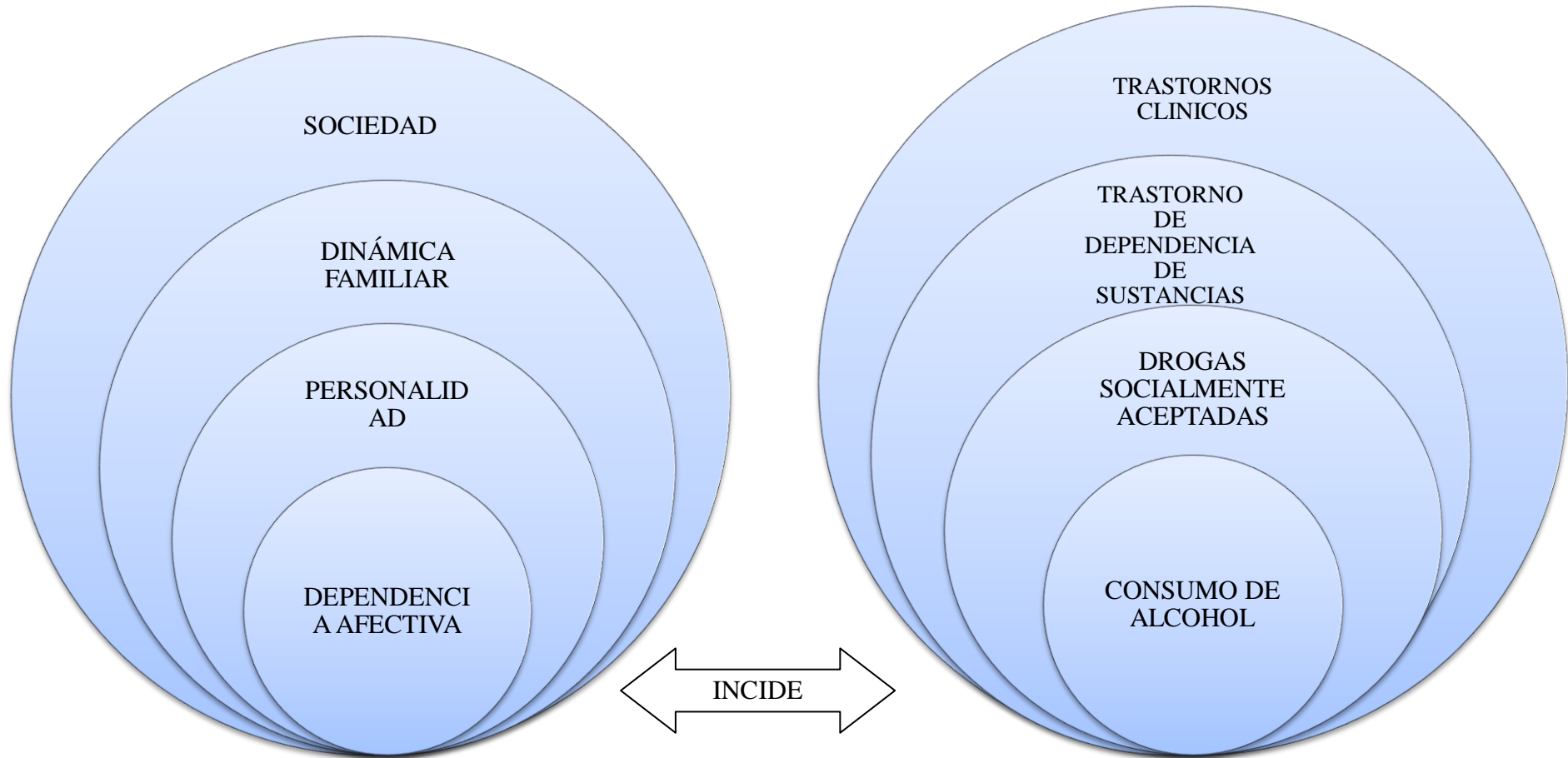
Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

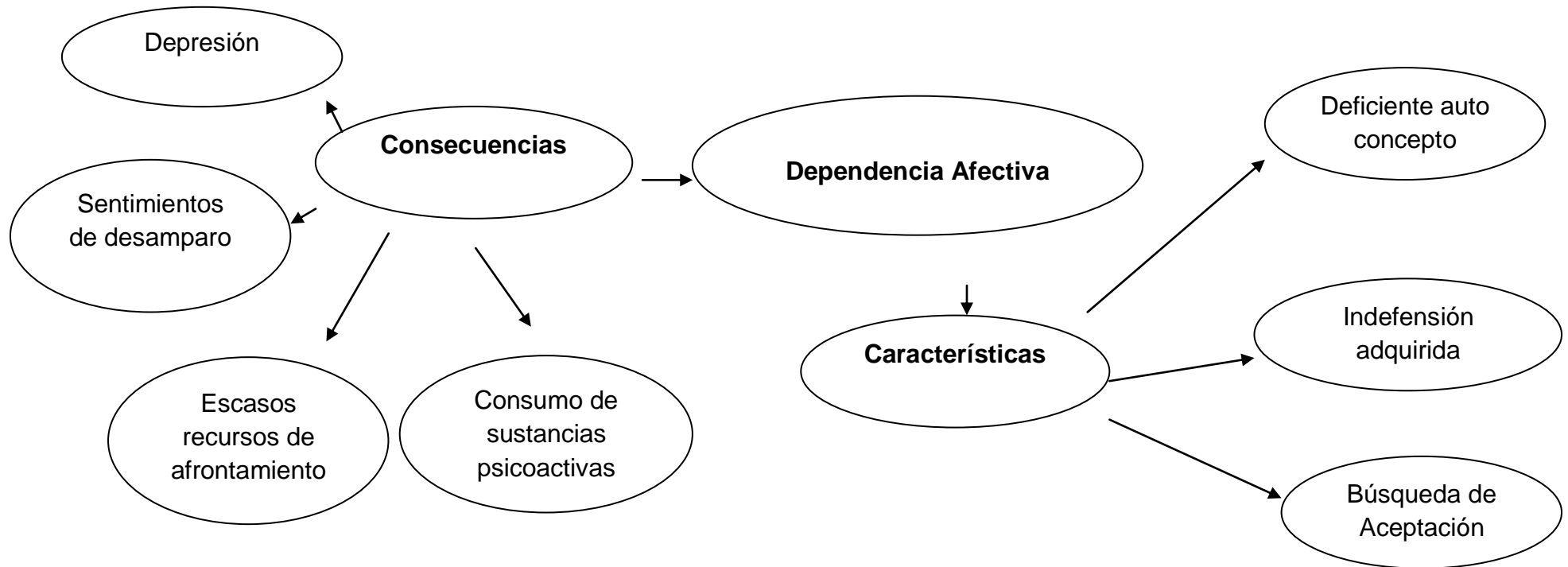
### 2.3. CATEGORIAS FUNDAMENTALES



2. Gráfico No 2: Red de inclusiones  
Elaborado por: Gabriel Jerez

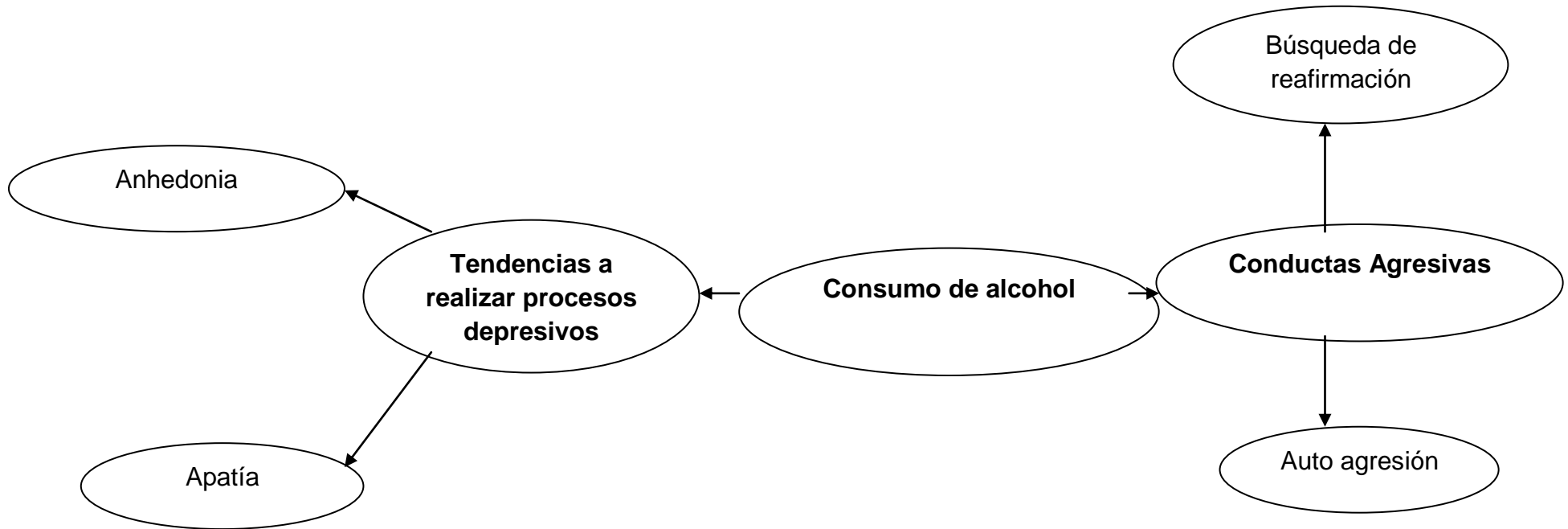


### RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLES INDEPENDIENTE



3. Gráfico N°3: Constelación de ideas  
Elaborado por: Gabriel Jerez

## RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLES DEPENDIENTE



4. Gráfico N°4: Constelación de ideas  
Elaborado por: Gabriel Jerez.

## **2.4. MARCO TEÓRICO**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE: DISFUNCIÓN FAMILIAR**

#### **2.4.1 DEPENDENCIA AFECTIVA**

##### **2.4.1.1 Concepto.**

La dependencia afectiva tiene varios nombres pero que comparten un mismo sentido, la necesidad excesiva de afecto. Algunos de los nombres con los que tiene relación son: Dependencia emocional, término aplicado por Jorge Castelló. También se lo conoce con el término propuesto por Walter Riso, apego afectivo.

La dependencia emocional según Walter Riso, es un vínculo obsesivo que se establece con una persona, un objeto o una idea. Es la incapacidad de renunciar a un deseo, aun sabiendo del daño que causa a la salud mental de una persona. (Riso, 2013). Se genera una necesidad desmesurada del otro, renunciando así a su propia libertad. (Congost, 2011)

“La dependencia emocional es un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas.” Jorge Castelló (1999) citado en Castelló (2012).

##### **2.4.1.2. Características.**

Las siguientes características son basadas en el libro de Jorge Castelló “Cómo superar la dependencia emocional” publicado en el 2012.

###### **2.4.1.2.1. Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa.**

La prioridad principal de esta persona dependiente será su relación, haciendo de lado trabajo, hijos e incluso a sí mismo o cualquier otra cosa que se pueda interponer entre el individuo y el contacto deseado con su pareja.

#### **2.4.1.2.2. Voracidad afectiva: deseo de acceso constante.**

Esto se refiere a que la persona dependiente procura estar el máximo de tiempo con su pareja, incluso cuando se encuentran separadas espacialmente. En este caso la utilización de tecnologías como celulares, chats, video llamadas, etc. Logran el cometido de estar en constante contacto con la pareja. La persona dependiente no solo intentará comunicarse con su pareja, sino que también presionará para que este al terminar sus obligaciones se encuentre con la persona dependiente lo más inmediatamente posible. Brenda Schaeffer en su libro “¿Es amor o es adicción? Publicado en el 2012, asegura que el motivo subyacente no es la posesión o el dominio, sino la tremenda necesidad afectiva de estos individuos. (Castelló, 2013) La pareja del dependiente al exigir límites en estas conductas agobiantes, hace que la otra persona por miedo al rechazo y ruptura de la relación, acepte estas peticiones. La aceptación a todo lo que se le proponga también puede conllevar a un abuso de requerimientos, tomando como ventaja este miedo de rechazo y ruptura.

#### **2.4.1.2.3. Tendencia a la exclusividad en las relaciones.**

Se refiere al deseo de exclusividad de su pareja, en donde rechaza todo tipo de relación externa que pueda tener esta persona, incluyendo a sus amigos, compañeros de trabajo e incluso su propia familia.

#### **2.4.1.2.4. Idealización del compañero.**

Es el enamoramiento de alguien admirado, considerado en un estatus superior. Esto puede provocar una distorsión de los méritos y capacidades de su pareja.

Sumisión hacia la pareja.

La persona dependiente va a tener un trato de subordinación, permitiendo y justificando todas sus conductas, además de satisfacer todas sus necesidades.

Esta persona acepta todo tipo de descalificaciones, incluyendo infidelidades. Una persona dependiente emocional puede llegar a soportar descargas psíquicas y físicas que afectarán su integridad, y sin embargo actuar como desea su compañero.

#### **2.4.1.2.5. Pánico ante el abandono o el rechazo de la pareja.**

El dependiente emocional idealiza tanto a su compañero y se somete tanto a él, considerando la relación de pareja como lo más importante de su vida, que le tiene verdadero terror a una ruptura.

El dependiente emocional, en casos graves, puede aguantar prácticamente todo con tal de que no se rompa la relación porque prefiere estar fatal dentro de ella que sin sentido de la vida o de la existencia fuera.

#### **2.4.1.2.6. Baja autoestima**

La persona no puede protegerse a un ataque, consolarse en estados de sufrimiento, valorarse cuando se obtienen buenos resultados, alegrarse cuando ocurren cosas positivas y sobretodo pone condiciones para quererse.

#### **2.4.1.2.7. Miedo a la soledad**

Los dependientes no aguantan mucho tiempo estar solos en casa o con la perspectiva de no salir un fin de semana: enseguida se buscan planes o llaman por teléfono a alguien con cualquier excusa. La soledad les provoca incomodidad, malestar e incluso ansiedad, y la idea más o menos intensa de que no son importantes para nadie, de que nadie les quiere y están abandonados.

### **2.4.2. Personalidad.**

#### **2.4.2.1. Concepto.**

La personalidad es un constructo psicológico, que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una circunstancia. El concepto puede definirse también como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad.

#### **2.4.2.2. Rasgos de la personalidad.**

No son más que las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo piense, sienta y actué, de manera característica.

Teoría de los rasgos.

Los teóricos de los rasgos rechazan la idea sobre la existencia de unos cuantos tipos muy definidos de personalidad. Señalan que la gente difiere en varias características o rasgos, tales como, dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Todos poseemos estos rasgos pero unos en mayor o menor grado que otros.

Desde luego es imposible observar los rasgos directamente, no podemos ver la sociabilidad del mismo modo que vemos el cabello largo de una persona, pero si esa persona asiste constantemente a fiestas y a diferentes actividades, podemos concluir con que esa persona posee el rasgo de la sociabilidad.

Los rasgos pueden calificarse en cardinales, centrales y secundarios.

##### **2.4.2.2.1. Rasgos cardinales:**

Son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona. Un ejemplo de ello podría ser una persona tan egoísta que prácticamente todos sus gestos lo revelan.

##### **2.4.2.2.2. Rasgos Centrales:**

Son más comunes, y aunque no siempre, a menudo son observables en el comportamiento. Ejemplo, una persona agresiva tal vez no manifieste este rasgo en todas las situaciones.

##### **2.4.2.2.3. Rasgos secundarios:**

Son atributos que no constituyen una parte vital de la persona pero que intervienen en ciertas situaciones. Un ejemplo de ello puede ser, una persona sumisa que se moleste y pierda los estribos.

#### **2.4.3. Familia.**

La familia es considerada como un sistema biopsicosocial en interrelación. Es el mediador entre el individuo y la sociedad en la que se ve involucrado. La familia

se compone de un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión matrimonial o de adopción sin dar importancia al hecho de la convivencia en un mismo espacio físico. (Torres, Ortega, Garrido, & Reyes, 2008)

#### **2.4.4. Funciones de la familia.**

Estrada argumenta que los objetivos de toda familia consisten en resolver las crisis en las diferentes etapas del desarrollo y aportar a las necesidades de sus miembros para lograr la satisfacción en el presente y preparación para el futuro. (Estrada, 1993)

#### **2.4.5. Dinámica familiar.**

Es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que se establecen en el interior de las familias entre generaciones tanto entre hombres como en mujeres. Oliveira, Eternod y López. Citado en (García, 1999)

Otro aspecto que merece la pena estudiar es la creciente participación de las mujeres en los mercados de trabajo y en la manutención de sus familias, lo cual ha generado ciertas inquietudes sobre sus efectos en las relaciones intrafamiliares. Regularmente, la esposa es la que asume la responsabilidad de realizar o supervisar las actividades domésticas, en tanto que la participación de los hombres es escasa y no sistemática en el ámbito doméstico; con frecuencia él asume la manera en que va a colaborar, o bien las ocasiones especiales en que lo va a hacer (ya sean fines de semana, vacaciones, en casos de enfermedad, etc.), y usualmente es cuando sus esposas realizan un trabajo extradoméstico. Este tipo de trabajo extradoméstico ha venido adquiriendo un papel relevante en la vida de las mujeres, similar al de la maternidad.

Según Oliveira, Eternod y López (en García, 1999), tradicionalmente, hombres y mujeres, asumen que existe una división del trabajo basada en el sexo biológico,

por lo que a la mujer le corresponde el ámbito de lo doméstico y al hombre las actividades como proveedor –su responsabilidad es llevar dinero a la casa–; esto se presenta en cualquier sector socioeconómico. Cuando la mujer no realiza trabajo extradoméstico, ella y el varón asumen que a la mujer le corresponde el trabajo doméstico; cuando ella trabaja fuera de la casa los dos asumen que ella es la encargada de supervisar quién se encargará del trabajo doméstico, o bien la mujer se involucra en una doble jornada.

Para las mujeres de la clase media, el trabajo fuera de su hogar representa una ayuda familiar, una satisfacción personal, una forma de reafirmar la identidad y de obtener reconocimiento. En los sectores populares, las mujeres trabajan por necesidad y porque eso les genera cierta independencia económica, además de una valoración de su imagen y estima.

Asociado a esto, tenemos que dentro de la dinámica familiar cada mujer y cada hombre tienen diferentes representaciones en cuanto a la maternidad y la paternidad. En general, la mayoría de las mujeres valoran la maternidad en forma positiva, les otorgan a sus hijos e hijas una gratificación emocional, ya que suponen que con ellos se refuerza la relación matrimonial, a la vez que le proporcionan y le proporcionarán compañía.

González, en 1994 (citado en García, 1999), encuentra que la maternidad es fundamental en la construcción de la identidad femenina y representa una fuente de poder de las mujeres, porque la maternidad les da sentido a sus vidas, las enaltece frente a la sociedad y les autoriza a ejercer control e influencia sobre los hijos, hijas, nueras y yernos.

En el caso de la paternidad, desde la perspectiva de género es posible detener la mirada en las relaciones del padre (varón) con sus hijos e hijas, analizando sus conflictos, frustraciones, alegrías, pesares y gozos evidenciando que algunos varones disfrutan de la crianza de sus hijos e hijas, y que sea cual fuere la manera en la que tuvieron que asumir la crianza ha resultado una experiencia gratificante,



que ha mostrado aspectos de él mismo que no percibía, además de brindarle una relación con un o una pequeña, en la que sus conductas, pensamientos y sentimientos van modificando al otro u otra, y viceversa.

Desde esta perspectiva las relaciones en lo interno de la familia se conciben como relaciones de poder asimétricas, en las que las esposas, los hijos y las hijas son los más propensos a ocupar posiciones de subordinación. Es usual que los jefes de familia impongan su autoridad a las mujeres; que padres y madres se impongan con sus hijos e hijas, y como en toda interacción de imposición, frecuentemente se presenta violencia, ya sea física o psicológica (Yanes y González, 2001; Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott y Dawud-Noursi, 2007; Tan y Quinlivan, 2007).

García (1999) ha encontrado que algunas decisiones familiares sobre el número y la educación de los hijos, o la administración del presupuesto familiar, pueden ser tomadas en forma compartida por los cónyuges o ser de injerencia exclusivamente femenina; en otras esferas, como la adquisición de bienes de consumo durables y propiedades, el trabajo de la esposa o de los hijos, con frecuencia el jefe varón tiene la última palabra.

También se ha evidenciado que las mujeres y los jóvenes tienen una mayor participación en la toma de decisiones de la familia cuando llevan un ingreso a la casa igual o superior al jefe de la familia.

De esta forma es posible estudiar los conflictos que se desarrollan dentro de las familias, que generalmente surgen por la búsqueda de mayor autonomía femenina, de la exigencia de los esposos sobre el cuidado de los hijos y por la administración del presupuesto familiar.

Una contribución importante sobre la dinámica familiar es la discusión acerca de la relación que guardan la desigualdad social y la desigualdad de género.

Los diversos análisis que comparan sistemáticamente diferentes sectores sociales muestran que la vulnerabilidad y subordinación de las mujeres se acentúan en los sectores más pobres. Habría que analizar si esto es así o sólo es que estos sectores son los más estudiados, o bien existe una gama de diversas maneras de ser vulnerable y subordinado, y cada sector social se vincula a alguna.

Debemos notar que, como lo señala Esteinou (2001), las familias mexicanas han estado expuestas a cambios económicos, demográficos y socioculturales, sin embargo no se debe pensar que todas las familias en la República Mexicana han sido afectadas por éstos, ni que las que han sido influenciadas lo han sido de manera homogénea, en intensidad y dirección.

Entre los cambios podemos mencionar un incremento de familias en que el padre y la madre trabajan fuera del hogar, el descenso en la tasa de fecundidad, el alargamiento de la esperanza de vida, cambios en la nupcialidad, en la disolución de las uniones y en la multiplicidad de modelos culturales. Todos estos cambios no sólo han modificado las estructuras familiares, sino también el tipo de relaciones que se establecen en el hogar, así como la resignificación de los roles de madre, esposa y ama de casa, lo mismo que los de padre, esposo y proveedor.

Esta resignificación provoca mantener la estructura tradicional en las familias, pero incorporando el trabajo extradoméstico de la mujer (mujeres de doble jornada), que un miembro (generalmente el varón) mantenga el rol tradicional y el otro (generalmente la mujer) modifique sus concepciones sobre los roles familiares, o bien que la pareja modifique sus valores sobre los roles familiares que ambos desempeñan.

#### **2.4.6 Sociedad.**

Sociedad (del latín *societas*) es un concepto polisémico, que designa a un tipo particular de agrupación de individuos que se produce tanto entre los humanos (sociedad humana -o sociedades humanas, en plural-) como entre algunos

animales (sociedades animales). En ambos casos, la relación que se establece entre los individuos supera la manera de transmisión genética e implica cierto grado de comunicación y cooperación, que en un nivel superior (cuando se produce la persistencia y transmisión generacional de conocimientos y comportamientos por el aprendizaje) puede calificarse como "cultura".

## **VARIABLE INDEPENDIENTE “CONSUMO DE ALCOHOL”**

### **2.4.7 El Alcohol**

Las bebidas alcohólicas han sido ampliamente utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo. El alcohol es una sustancia psicoactiva, socialmente aceptada, capaz de generar dependencia. El consumo excesivo de alcohol causa un número importante de enfermedades, y supone una carga social, con una merma de la calidad de vida de los afectados, y económica para la sociedad. (OMS, 2014)

Contiene etanol (alcohol etílico), convirtiéndose en una sustancia psicoactiva o droga. Es una droga porque puede generar al menos uno de estos tres fenómenos: dependencia, tolerancia y/o síndrome de abstinencia. La dependencia es el deseo que tiene el consumidor de "seguir consumiendo una droga" porque siente placer o para reducir una tensión o evitar un malestar. Se habla de tolerancia Cuando se necesita cada vez más cantidad de la droga para sentir el mismo efecto que en consumos anteriores. Mientras que el síndrome de abstinencia se produce cuando se deja bruscamente de consumir, y clínicamente se manifiesta por temblor, hiperhidrosis, taquicardia y ansiedad (NIDA, 2013)

El alcohol afecta deprimiendo al Sistema Nervioso Central y el consumo excesivo y prolongado puede provocar daño cerebral. La sensación de excitación se debe a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las

inhibiciones y la persona experimenta sensaciones expandidas de sociabilidad o euforia.

Si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros. Altas cantidades de alcohol reducen el dolor y molestias corporales e inducen al sueño. Además, su uso continuo irrita las paredes estomacales llegando incluso a desarrollarse úlceras. También, tiende a acumularse grasa en el hígado, interfiriendo con su funcionamiento. En alcohólicos crónicos se provocan graves trastornos cerebrales, hepáticos (cirrosis) y cardiovasculares (aumenta la presión sanguínea y con ello el riesgo de un infarto, incrementa el nivel de los triglicéridos y con ello también el riesgo de un infarto. Finalmente, el alcohol es una droga que provoca adicción física y dependencia psicológica. (Las Drogas.com)

La OMS (2014) menciona que los daños relacionados con el alcohol dependen del volumen consumido, del patrón de consumo y, en ocasiones, de la calidad de alcohol consumido, debido al escaso control a su producción. Su ingesta puede generar enfermedades y lesiones, entre las que destacan el alcoholismo, la cirrosis hepática, diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

Alrededor del alcohólico son afectados indirectamente sus familiares y toda la familia sufre las consecuencias de esta enfermedad. Se describe que la mayor cantidad de maltratos físicos a la mujer o a los hijos, se dan bajo efectos del alcohol; por tanto la violencia familiar y la disfunción de todos los componentes de la familia tienen en algunos casos relación con problemas de alcoholismo (NIDA, 2013)

El nutricionista (2014), por otra parte, informa que el consumo de alcohol por una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y ocasionar complicaciones

prenatales. También este consumo genera actos de violencia y suicidios. Está también relacionado, indirectamente, con algunas enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH / SIDA.

En el 2010 entre la población mayor de 15 años el consumo de alcohol puro per cápita a nivel mundial fue de 6,2 litros. Es decir una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro diariamente. Una cuarta parte de ese consumo (el 24,8 %) provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producidas y vendidas fuera de los controles gubernamentales. (OMS, 2014)

Nivel global la OMS (2014) señala que la abstención de beber alcohol es mayor entre las mujeres. Además. El 61,7% de toda la población mundial de 15 o más años no ha probado el alcohol en el último año. Mientras que, el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más cumplen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico.

Las investigaciones muestran que en los países con ingresos más altos se presentan mayores niveles de consumo de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores. (OMS, 2014)

El alcohol produce consecuencias sobre la salud, llegando hasta la muerte, así, en el 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, es decir, el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial se deben al consumo de alcohol. Existiendo diferencias significativas por sexo la proporción de muertes fue mayor entre hombres (5,9%) que entre mujeres (4,0%). (OMS, 2014). También, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones se atribuye al consumo de alcohol. (Revenga, 2014)

Según la OMS (2014) para explicar tanto las diferencias como las tendencias históricas en el consumo de alcohol, así como los distintos perjuicios ocasionados por su consumo, los factores ambientales son elementos importantes a considerar. Entre esos factores destacan el desarrollo económico y cultural, la accesibilidad al alcohol y también la implicación y la eficacia de las políticas nacionales sobre su venta y consumo. En realidad no existe un único factor de riesgo, en

consecuencia, cuanto más factores converjan en un individuo será más probable que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol. (OMS, 2014)

El volumen total de alcohol consumido, y las características de la forma de beber están directamente relacionados con los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones. El contexto de consumo de esta sustancia desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con su ingesta, como los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica. Además, el consumo de alcohol, también, puede tener repercusiones en la evolución de los trastornos psicológicos que padecen las personas y en sus resultados. (OMS, 2014).

Entonces el uso de las bebidas alcohólicas, comienza a plantearse como problema social, colectivo, ya que se dan unas circunstancias sociales y culturales que por una parte fomentan y hacen posible su uso generalizado, con todas sus consecuencias, y por otra parte, se desarrollan actitudes contrarias, de rechazo, incompatibles con el uso considerado excesivo, e incluso con cualquier uso de alcohol.

En su desarrollo histórico, tanto los patrones de consumo de alcohol, como los de consecuencias de dicho consumo, han sido considerados en formas diferentes según la cultura en que se han producido, que en cada momento ha reaccionado diferentemente en función de sus propios valores y situación. Este trastorno ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Sin embargo, aún hoy se carece de una definición de alcoholismo plenamente aceptada refieren Pascual Pastor & Guardia Serecigni.(2001)

Señala Clayton, (25) señala como Factores de Riesgo:

Los sujetos pueden estar expuestos a situaciones o tener características que aumentan la probabilidad de que se inicie en el consumo de drogas, y que, por lo tanto, acabe teniendo problemas con dichas sustancias. Entre estos factores de riesgo podemos mencionar:

### **2.4.7.1. Factores de riesgo.**

#### Genético:

- Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas tienen más predisposición al consumo de sustancias.

#### Constitucional:

- Uso temprano de drogas, es decir, antes de los 15 años.
- Dolor o enfermedad crónica, como autoedicación.

#### Psicológico

- Problemas de salud mental
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos por déficit de atención con hiperactividad
- Abuso físico, sexual o emocional
- Trastornos de la conducta
- Baja autoestima y auto concepto
- Poca tolerancia a la frustración
- Déficit para manejar conflictos y manejar el estrés
- Falta de responsabilidad

#### Sociocultural

#### Familia

- Debilidades de valores ético-morales
- Uso de drogas por parte de los padres (aprendizaje vicario) y actitudes permisivas hacia el uso de drogas
- Conflictos familiares
- Divorcio o separación de los padres
- Problemas de manejo de la familia. Fracaso de los padres en controlar a sus hijos
- Castigo muy severo o inconsciente.
- Normas excesivamente rígidas ausencia o ambigüedad de las mismas.

- Malas relaciones afectivas y comunicación
- Hogares disfuncionales por migración

#### Entre Pares

- Pares que usan drogas
- Presión de grupo
- Búsqueda de sensaciones, es decir la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas.
- Actitudes favorables hacia el uso de drogas que los guían hacia una mayor aceptación del consumo de drogas.
- Conducta disocial

#### Escolar

- Modelos autoritarios de enseñanza
- Falta de comunicación docente – estudiante
- Actitudes tolerantes, permisivas o indiferentes hacia situaciones de consumo.
- Mala calidad de la enseñanza
- Inadaptación escolar
- Maltrato escolar
- Conducta disocial. Los niños que son agresivos tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias, y aumenta el peligro si va unida al aislamiento, abandono o hiperactividad.
- Falta de normas y/o su cumplimiento en el sector educativo
- Poca dedicación o bajo compromiso en los estudios.
- Fracaso académico
- Disponibilidad de sustancias psicoactivas en los centros educativos.
- Ausencia de espacios idóneos para las actividades deportivas, recreativas y culturales en los centros educativos y de programas recreativos

#### Comunidad

- Leyes y normas de la comunidad permisibles hacia el uso de drogas
- Disponibilidad de drogas lo que facilita al joven abusar de las drogas.



- Bajo precio y oferta de las drogas
- Falta de líderes comunitarios comprometidos
- Marginación
- Privación económica y social, los niños que viven en ambientes deteriorados relacionados con la violencia con pocas esperanzas.
- Migración.

#### Sociales

- Redes de producción, distribución y consumo.
- Desempleo
- Empobrecimiento creciente de la población
- Programas de prevención insuficientes
- Falta o deficiente vinculación social

La OMS,( 2014) señala que:

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol representa un compromiso colectivo de los Estados Miembros de la OMS para aplicar constantemente medidas enderezadas a reducir la carga mundial de morbilidad causada por el consumo nocivo. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que pueden proteger la salud y salvar vidas si se aplican correctamente.

También incluye una serie de principios por los que debe guiarse la elaboración y ejecución de las políticas; además, establece las esferas prioritarias para la actuación mundial, recomienda objetivos concretos del programa de acción nacional y otorga un sólido mandato a la OMS para que fortalezca las actuaciones a todos los niveles.

La aplicación satisfactoria de la estrategia exigirá la actuación concertada de los países, una gobernanza mundial eficaz y la participación apropiada de los interesados directos. El trabajo conjunto de todas estas partes permitirá reducir las

consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre la salud humana y la sociedad.

#### Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (14)

##### Trastorno por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol (303.90)

F10.1 Abuso de alcohol (305.00)

##### Trastornos inducidos por el alcohol

F10.00 Intoxicación por alcohol (303.00)

F10.3 Abstinencia de alcohol (291.81)

F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol (291.0)

F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (291.0)

F10.73 Demencia persistente inducida por el alcohol (291.2)

F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (291.1)

F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes (291.5)

F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones (291.3)

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (291.8)

F10.8 Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol (291.8)

F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol (291.8)

F10.8 Trastorno de sueño inducido por alcohol (291.8)

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9)

#### Criterios Diagnóstico para la Dependencia del Alcohol (DSM-IV)

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
- a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles)
  - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

#### Criterios Diagnóstico para el Abuso del Alcohol (DSM-IV)

1. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses:
- a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)

- b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- c) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
- d) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

2. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.

Intoxicación por alcohol

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- 1. lenguaje farfullante
- 2. incoordinación
- 3. marcha inestable
- 4. nistagmo
- 5. deterioro de la atención o de la memoria
- 6. estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F10.3 Abstinencia de alcohol (291.8)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
  2. temblor distal de las manos
  3. insomnio
  4. náuseas o vómitos
  5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
  6. agitación psicomotora
  7. ansiedad
  8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Especificar si: Con alteraciones perceptivas

#### **2.4.8. Depresoras Del Sistema Nervioso Central**

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (2008) dice que “los depresores del SNC son sustancias que pueden disminuir la función normal del cerebro. Debido a esta propiedad, algunos depresores del SNC se utilizan para tratar la ansiedad y trastornos del sueño”.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (2008) las sustancias psicoactivas se dividen en cuatro grupos:

Depresores: disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC puede causar complicaciones. Dentro de este grupo de sustancias se encuentran:

- Alcohol
- Narcóticos (el opio, la morfina y la heroína)
- Inhalables (gasolina, acetona, pegantes)

#### **2.4.9. Las drogas sociales**

Para la OMS “droga es toda aquella sustancia que, una vez consumida, provoca alteraciones, bio-psico-sociales en el individuo, además de causar dependencia física o psicológica y provocar síndromes de abstinencia” (P. Lorenzo, J, & Lisazoain, 2009) (1). Mientras , el DSM-IV (2002), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, señala que droga “es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier mecanismo (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa, etc.) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del consumidor, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico”.

La adicción es una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga y va acompañada por cambios químicos y moleculares en el cerebro (DrugFacts, 2009). Varios de estos cambios perduran por un tiempo prolongado después de interrumpir el consumo y algunos son posibles de revertir después cierto tiempo de abstinencia y otros, sin embargo, son irreversibles. Para comprender más en profundidad la adicción se han desarrollado y se trabaja actualmente en variadas investigaciones científicas respecto de los efectos de las drogas sobre los mecanismos que activan y estimulan las zonas del cerebro destinadas a producir las sensaciones placenteras, esto es, el circuito de la motivación y recompensa (DrugFacts, 2009).

El consumo de drogas tanto en la población en general como entre adolescentes e inclusive niños es un problema de salud a nivel mundial por lo que el consumo de drogas y sus consecuencias se han convertido en uno de los temas más preocupantes para la sociedad, lo que ha producido investigaciones y planes para su manejo.

Las Drogas.com (2013) señala gran número de sustancias empleadas como drogas, entre las que destacan:

- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína
- Cannabinoides
- Abuso de psicofármacos: sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
- Disolventes volátiles
- LSD y otros alucinógenos
- Psicoestimulantes y drogas de diseño
- Opiáceos

#### **2.4.10. Drogas socialmente aceptadas**

Las drogas se clasifican en ilegales o prohibidas, como la cocaína, marihuana, éxtasis. También tenemos las legales o socialmente aceptadas, entre las que se encuentran el tabaco (nicotina), café y té (xantinas) y psicofármacos recetados o no por médicos también son drogas. Al ser culturalmente aceptadas su venta y consumo no está sancionada por la ley (Biceño, 2011)

##### **Tabaco**

- El tabaco es un producto vegetal obtenido de las hojas de varias plantas de la especie *Nicotiana tabacum*. Se consume de varias formas, siendo la principal fumada. Su contenido en nicotina la convierte en adictiva. Se comercializa legalmente en todo el mundo como posee efectos adversos para la salud pública tiene numerosas restricciones para ser fumada en muchos países (La Droga.com, 2013)
- En su composición contiene el alcaloide nicotina, que se encuentra en las hojas en variables proporciones, desde menos del 1% hasta el 12%, según Monzonis (2011). El resto es el llamado alquitrán, sustancia oscura y resinosa compuesta por varios agentes químicos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión (cianuro de hidrógeno,

monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco, entre otros.

- El tabaco es un estimulante el sistema nervioso central, en los adictos produce relajación. El hábito de fumar aumenta la tolerancia, con lo que los efectos agudos (mareos, vómitos, sudoración), se sienten cada vez menos.
- La nicotina facilita la capacidad de concentración, activa la memoria y, hasta cierto punto, controla el aumento de peso al aumentar el gasto de energía, disminuir los sentidos del olfato y el gusto. Cada persona, además, como con cada droga, tiene sus consideraciones particulares respecto a las sensaciones que el tabaco les otorga.
- A nivel físico, la nicotina aumenta la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el flujo coronario. Durante la combustión del tabaco, algunos de sus elementos se transforman en monóxido de carbono, emisión venenosa que contribuye al surgimiento de enfermedades cardíacas. El tabaquismo aumenta 10 veces la posibilidad de desarrollar un infarto de miocardio. El 85% de las muertes por cáncer de pulmón se relacionan con el hábito de fumar.
- El consumo de tabaco constituye la principal causa de enfermedad evitable y de mortalidad prevenible en los países desarrollados La nicotina, que produce la dependencia física. Algunas de las enfermedades que produce son: Enfermedad Cardiovascular, Trastornos del Sueño, Enfermedad vascular periférica, Enfermedad Pulmonar, Problemas Hormonales, Cáncer, Hipertensión Arterial, Impotencia; entre otros efectos, también se ha detectado que efectividad de varios medicamentos se encuentra reducida en pacientes fumadores. La nicotina tiene un efecto poderoso en el estómago, que genera dificultades de la digestión. También incrementa la secreción de ácido clorhídrico, aumentando la posibilidad de sufrir acidez. El fumar ha sido asociado a los ronquidos y a la apnea del sueño.
- La convivencia con un fumador incrementa 2 veces el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón o enfermedad cardiovascular. Los niños fumadores



pasivos están más expuestos a este problema que los adultos, desarrollando fácilmente problemas pulmonares

- La Organización Mundial de la Salud y muchos gobiernos luchan contra el tabaquismo por medio prevención mediante la concienciación de la población (Día Mundial Sin Tabaco cada 31 de mayo, publicidad, etc.), y la prohibición de fumar en lugares públicos o cerrados (Las drogas.com, 2013)

#### Psicofármacos: sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

- Sedantes, ante los dolores de cabeza, musculares, artríticos y otros malestares los analgésicos son medicinas que los reducen o alivian. Existen muchos tipos diferentes de analgésicos y cada uno tiene sus ventajas y riesgos. Algunos son específicos para ciertos tipos de dolor. Además, cada persona puede tener una respuesta ligeramente distinta a determinado analgésico.
- Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) son buenos para combatir muchos tipos de dolor. Existen dos tipos principales de analgésicos sin receta: acetaminofén (Tylenol) y antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La aspirina, el naproxeno (Aleve) y el ibuprofén (Advil, Motrin) son ejemplos de AINES sin receta. Si los medicamentos sin receta no le alivian el dolor, el médico puede indicarle algo más fuerte. Muchos AINES se encuentran disponibles en mayor dosis con receta médica. Los analgésicos más potentes son los narcóticos. Estos son muy efectivos pero a veces pueden causar efectos secundarios graves. Por esto debe tomarlos solamente bajo supervisión médica, (Las drogas.com, 2013)

#### Hipnóticos y Ansiolíticos

- Son empleados terapéuticamente de modo habitual y, por su disponibilidad, son los fármacos elegidos más frecuentemente para los intentos de suicidio. Preferentemente a mujeres se prescribe el fármaco como tratamiento para la ansiedad, el insomnio u otros trastornos

somáticos, sin embargo, los utilizan en dosis inadecuadas o por un tiempo excesivamente prolongado. También los jóvenes poli consumidores los utilizan como sustitutivos de otras drogas, o bien asociados con ellas, lo que hace que sean desviadas al mercado ilegal

- Su vía de administración es oral o inyectada. Comprenden los barbitúricos que se utilizan como hipnóticos, anticomiciales y en anestesia, el meprobamato y la metacualona que se utilizan como ansiolíticos, y las benzodiazepinas que se usan como ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, anticonvulsivantes y miorelajantes.
- Las benzodiazepinas son las más empleadas. La intoxicación media o moderada es similar a una embriaguez, con disminución de la actividad mental, especialmente deterioro de la memoria (amnesia anterógrada parecida a los blackouts de los alcohólicos) y trastornos emocionales con labilidad afectiva, irritabilidad, desinhibición de conducta y hostilidad. Neurológicamente, es común la presencia de nistagmus, diplopía, dificultad de acomodación visual, disartria, vértigo, temblor, incoordinación motora con riesgo de caídas y accidentes, disimetría, marcha inestable, hipotonía e hiporreflexia.
- En la intoxicación grave a los síntomas anteriores se añade estupor y en los casos más graves coma. Asociados al alcohol se potencian sus efectos depresores y sedantes, y se favorece la aparición de coma, depresión respiratoria y riesgo de muerte.
- El consumo crónico se asocia a somnolencia, tendencia a las caídas, ataxia, disartria, vértigo, trastornos sexuales, trastornos amnésicos y demencia persistente, trastornos sicóticos y depresiones graves con riesgo de suicidio. El consumo continuado da lugar a tolerancia, que en los barbitúricos aparece tras cortos periodos de consumo y en las benzodiazepinas de una forma más lenta.
- Existe tolerancia cruzada entre todos ellos y el alcohol; pero no con los opiáceos.
- La aparición de la abstinencia depende del tipo de sustancia. Con los barbitúricos de acción corta aparece entre las 12-16 horas desde la última

administración, con las benzodiazepinas depende de la vida media: las que tienen efectos durante diez horas o menos (loracepan, oxacepan, temacepan) producen síndromes de abstinencia a las 6 u 8 horas de disminuir o dejar el consumo, con un pico máximo a los dos días y mejorando al cuarto o quinto día; mientras que aquellas con vida media más prolongada (diazepan), los síntomas aparecen pasada una semana, alcanzando el máximo durante la segunda semana y disminuye y se resuelve en la tercera semana.

- Ocasionalmente, el síndrome de abstinencia se puede acompañar de un síndrome amnésico.
- Puede haber síntomas a largo plazo de mucha intensidad y que persisten durante meses, como ansiedad, depresión y trastornos del sueño, que requieren un tratamiento específico. El uso prolongado de estas sustancias puede generar complicaciones somáticas. Con las benzodiazepinas como efecto teratogénico se ha descrito labio leporino, coloestasis intrahepática, irregularidades menstruales, dificultades en la micción, reacciones de anemia aplásica con disminución de las tres series : hematíes, plaquetas y glóbulos blancos. Los barbitúricos también producen teratogeneidad, alteraciones en aparato respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal y sistema inmunológico, (Las drogas.com, 2013)

#### **2.4.10.1. Psico-estimulantes y drogas de diseño**

- Anfetaminas son un tipo de droga que estimulan el Sistema Nervioso Central. Su presentación es en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. son legales si son consumidas bajo un estricto control médico, sin embargo, el abuso de las mismas se produce cuando son adquiridas y consumidas de manera ilícita.
- Las anfetaminas se derivan de la "Beta-fenil-isopropil amina". Las más utilizadas son: Bazedrina, Dexedrina y la Metilanfetamina. son estimulantes fuertes y se relacionan con todos los deportes para disminuir

la sensación de fatiga. Una de sus aplicaciones más usuales es como auxiliar en la reducción de peso.

- El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. Así, son consumidas tanto por ejecutivos en búsqueda de sobreexcitación, por amas de casa en busca de un anoréxico o por estudiantes que preparan exámenes.
- Las drogas de diseño o de síntesis son sustancias ligeramente distintas en su estructura molecular a las drogas ya existentes de las que derivan, pero con los mismos efectos a nivel del Sistema Nervioso Central. Son consumidas cada vez con mayor frecuencia, la evidencia científica muestra que son sustancias que producen daños cerebrales importantes y que el consumo continuado produce problemas tanto orgánicos como psicológicos.
- Este término de 'drogas de diseño' fue acuñado en los años sesenta en relación a drogas de abuso obtenidas con fines recreativos y que podían diseñarse en laboratorios clandestinos buscando imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito, y además por ser productos novedosos estructuralmente no estaban registrados como sustancias ilegales evitando de esta forma así de la restricción legal.
- Se consideran drogas de diseño las análogas de la anfetamina-mescalina. Dentro de este grupo la más importante es la MDMA (3,4 metilendioximetanfetamina) conocida vulgarmente como EXTASIS, ADAM, E.
- Este tipo de sustancias y particularmente el éxtasis producen efectos estimulantes y de alteración de la percepción (pocas veces alucinaciones) similares a los producidos por la anfetamina y mescalina.
- Consumidas en dosis bajas producen una sensación de euforia, incremento de la autoestima, incremento de la empatía y la capacidad de relacionarse con los demás. Por lo general los efectos se suceden en tres fases: desorientación, euforia y de exagerada sociabilidad.
- Los efectos de tipo anfetamínico comprenden el aumento de energía, la euforia, locuacidad, disminución del sueño, disminución del apetito.

- En cuanto a los efectos de tipo alucinógeno destaca el desarrollo de una hipersensibilidad sensorial; cambios en la percepción subjetiva del tiempo (este se alarga) y a veces se producen cambios en la percepción visual (sin llegar a ser verdaderas alucinaciones), como son el aumento de sensibilidad a la luz, visión borrosa o alteración de los colores.
- Generan los siguientes efectos físicos: taquicardia, boca seca, fatiga, náuseas, temblor.
- Efectos psíquicos: dificultad de concentración, ansiedad, insomnio, desorientación.
- Además, existen casos de toxicidad grave, relacionados con la forma de consumo, actividad física exagerada, ambiente caluroso e insuficiente ingesta de líquidos, los mismos que se caracterizan por cuadros de hipertermia grave, taquicardia, convulsiones, etc., que pueden tener un desenlace fatal.
- Además de la toxicidad propia del éxtasis, debido a su fabricación clandestina hay que tener en cuenta la toxicidad de las sustancias añadidas para adulterar la droga, en muchos casos muy tóxicas, y además se utilizan precursores no controlados que en ocasiones son más tóxicos que la propia droga.
- Las manifestaciones psiquiátricas asociadas al consumo de estas sustancias son: trastornos psicóticos, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Es posible que la existencia de alteraciones psiquiátricas preexistentes haga más vulnerables a determinadas personas.
- Estas sustancias se relacionan con la producción de accidentes de tráfico. La influencia de las drogas de diseño en la capacidad de conducir es marcada, por una parte por los efectos estimulantes, y en especial por las conductas de riesgo que se adoptan bajo sus efectos y por los efectos relacionados con las alteraciones de la percepción.
- La toxicidad más importante a largo plazo de la MDMA se sabe que produce graves lesiones en las vías serotoninérgicas en el Sistema Nervioso Central, produciendo importantes lesiones neurológicas.

- El abuso de estas sustancias genera los siguientes síntomas físicos: incremento del estado de alerta, comportamiento agresivo y violento, incremento de energía y actividad motora, sensación de bienestar, aumento de la seguridad y confianza, disminución el sueño, disminuye la fatiga, aumenta la velocidad de pensamiento y lenguaje, pérdida de la sensación de hambre, aumento en la presión arterial, mayor frecuencia cardiaca., aumento en la temperatura corporal.
- También se presentan cambios conductuales como agitación psicomotriz, con sentimientos de grandeza, estados de alerta, pleitos y deterioro en los procesos de pensamiento.
- Ante el consumo de dosis normales, sus efectos son de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios. También, puede producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritabilidad, ira inmotivada y repentina, trastornos amnésicos e incoherencia. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta.
- Tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas, generalmente por vía endovenosa, superan los 2 gr. Reacciones muy graves se producen si son consumidas con barbitúricos (pluritoxicomanía). As mismas que consumidas en dosis importantes generan confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. Inclusive pueden desencadenar psicosis paranoide en individuos no psicóticos.
- La anfetamina estimula el sistema nervioso central mejorando el estado de vigilia e incrementando los niveles de alerta y la capacidad de concentración. Favorece las funciones cognitivas superiores, como atención y memoria. Produce efectos reforzadores, asociando ciertas conductas con emociones placenteras (recompensa). Reduce los niveles de impulsividad (autocontrol); debido a su acción sobre los centros hipotalámicos que regulan el apetito es utilizado en casos de obesidad.

Finalmente, activa el sistema nervioso simpático, con efectos adrenérgicos periféricos, que se manifiestan en un aumento en el nivel de actividad motriz, resistencia a la fatiga, en la actividad cardio-respiratoria, y en los procesos metabólicos termogénicos del organismo, reduciendo a una mayor quema de grasas.

- A pesar de que no causa dependencia física en sentido estricto, el potencial de dependencia psicológica es muy alto. El síndrome de abstinencia puede durar algunas semanas. Experimenta ansiedad, fatiga, alteraciones de sueño, irritabilidad, hambre intensa y depresión severa, puede durar hasta un mes.
- Los consumidores iniciales tienen mayores posibilidades de presentar una intoxicación que se manifiesta por enrojecimiento facial, temblores, confusión, irritabilidad, agresividad, pérdida de la coordinación, alucinaciones, dolor torácico, hipotensión y arritmias cardíacas. En casos graves pueden aparecer convulsiones, coma y falla respiratoria, (Las drogas.com, 2013)

#### **2.4.11. Sustancias psicoactivas.**

Las sustancias psicoactivas se define como “toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce al organismo (sin prescripción médica) con la intención de alterar la percepción, la conciencia o cualquier otro estado psicológico”. En esta definición se incluyen las sustancias lícitas o ilícitas que cumplen con los criterios de abuso y/o dependencia (potencial adictivo, de desarrollo de tolerancia y de síndrome de abstinencia) descritos en el manual de psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000) Además se define como consumo de sustancias psicoactivas, como al menos una vez en la vida haber consumido una sustancia sea legal o ilegal.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (2008) las sustancias psicoactivas se dividen en cuatro grupos:

Depresores: disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC puede causar complicaciones. Dentro de este grupo de sustancias se encuentran:

- Alcohol
- Narcóticos (el opio, la morfina y la heroína)
- Inhalables (gasolina, acetona, pegantes)

Estimulantes: sustancias que aumentan la agudeza psicológica y la capacidad física. Utilizadas por deportistas para soportar mejor el esfuerzo, estudiantes para permanecer despiertos o personas que usan alcohol o píldoras para dormir, para contrarrestar estos efectos. Los principales estimulantes son:

- La cocaína
- El bazuco
- Las anfetaminas
- La cafeína.

Alucinógenos: sustancias que tienen la capacidad de producir alteraciones en la percepción. Algunos alucinógenos son:

- Los hongos mágicos
- El yahé (producto de la mezcla de varias plantas que se encuentra en las selvas colombianas)
- LSD (es la abreviatura de “ácido lisérgico” extraído de un hongo de centeno)
- Peyote

Sustancias mixtas: producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro de este grupo encontramos:

- La marihuana
- El éxtasis



(Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2008): Existen numerosos depresores del SNC, la mayoría de los cuales actúan sobre el cerebro afectando el neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA). Los neurotransmisores son sustancias químicas cerebrales que facilitan la comunicación entre las células cerebrales. El GABA funciona disminuyendo la actividad cerebral. Aunque las diferentes clases de depresores del SNC trabajan en maneras únicas, en definitiva es a través de su habilidad de aumentar la actividad del GABA que los depresores producen un efecto somnoliento o calmante que es beneficioso para aquellos que sufren de ansiedad o de trastornos del sueño. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2008)

## **Trastorno de dependencia de sustancias**

### **Criterios para la dependencia de sustancias**

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:
  - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
  - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. 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.

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

### **Criterios para el abuso de sustancias**

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o

rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

## **Trastornos Clínicos.**

### **Definición.**

Según el DSM-IV-TR (la cuarta edición revisada del manual), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la

categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

La definición de ludopatía o pedofilia como trastorno mental responde exclusivamente a un objetivo clínico de investigación lo cual la hace irrelevante a la hora de pronunciarse sobre el tema legal de responsabilidad penal. Esta definición no significa incapacidad mental o incompetencia ni falta de intencionalidad.

## **2.5. HIPÓTESIS**

### **2.5.1. HIPOTESIS GENERAL**

La dependencia afectiva influye en el consumo de alcohol de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

## **2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

**2.6.1. Variable Independiente:** Dependencia afectiva

**2.6.2. Variable Dependiente:** Consumo de alcohol

**2.6.3. Unidad de observación.**

Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

## **CAPITULO III**

### **3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se enmarca en el paradigma critico- propositivo; con un enfoque cuanti-cualitativo; cuantitativo por cuanto se obtendrán datos numéricos que serán tabulados estadísticamente y cualitativo ya que los datos obtenidos serán interpretados a la luz del Marco Teórico

#### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.2.1. Investigación Documental-Bibliográfica**

La investigación tiene la modalidad en biográfica documental por cuanto tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándose en documentos, libros, revistas, periódicos e internet.

##### **3.2.2. Investigación de Campo**

La investigación es de campo por cuanto la misma se realizó en el lugar de los hechos, esto es en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto.

##### **3.2.3. De intervención social**

La investigación es de intervención social por cuanto busca plantear una alternativa de solución al problema estudiado.

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1. Exploratorio.**

La investigación es de tipo exploratorio por cuanto se realizó un diagnóstico de la situación problemática para conocer sus características. Este nivel de investigación posee una metodología flexible, logrando familiarizar al investigador con el fenómeno objeto de estudio. Sondea un problema poco investigado o desconocido en un contexto particular.

#### **3.3.2. Descriptivo**

La investigación es de carácter descriptivo por cuanto detalla las particularidades del problema estudiado señalando sus causas y consecuencias. Este nivel de investigación requiere de conocimientos suficientes, de una medición precisa y permite comparar entre dos o más fenómenos, situaciones o estructuras.

#### **3.3.3. Asociación de variables.**

Este nivel permite establecer la correlación entre las variables del problema estudiado, es decir hace posible evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de variaciones de otra variable.

### **3.4. Población y Muestra**

#### **1. Cuadro N°1**

##### **Población**

<b>Población</b>	<b>Frecuencia</b>
Estudiantes	450
Total	450

**Elaborado por:** Gabriel Jerez (2014)

Luego de haber tomado el total de población y muestra, procedemos a sacar una muestra más compacta para poder realizar la recolección de datos, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + N(4)^2}$$

$$n = \frac{450}{1 + 450(0,02)^2}$$

$$n = \frac{450}{1 + 450(0,004)}$$

$$n = \frac{450}{1 + 1,8}$$

$$n = \frac{450}{2,8}$$

**$n = 161$**

---

### 3.5. MUESTRA

#### 2. Cuadro N°: 2

<b>POBLACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>
ESTUDIANTES	161
<b>TOTAL</b>	161

**Elaborado por:** Gabriel Jerez (2014)

### 3.6. Operacionalización de Variables

#### VARIABLE INDEPENDIENTE Dependencia afectiva

#### 3. Cuadro N°3

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	Indicadores	ITEMS	TECNICAS
Es la constante necesidad de insatisfecho de afecto que provoca la formación de vínculos emocionales fundamentados en el apego	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidades afectivas Insatisfechas</li> <li>Apego Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constante búsqueda de afecto.</li> <li>Sentimientos de Soledad</li> <li>Intentos de llamar la atención</li> <li>Sentimientos de desamparo</li> <li>Constante temor al abandono</li> <li>Manipulación afectiva</li> <li>Sentimientos de inseguridad</li> <li>Incapacidad para romper vínculos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Con frecuencia usted ha necesitado que otros le hagan sentirse querido? SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Cree usted sentirse solo a menudo? SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Se ha sentido molesto cuando cree que los otros dejan de fijarse en usted o en lo que hace? SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Con frecuencia se ha sentido desprotegido y vulnerable? SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Con frecuencia le invade el miedo o cree cercana la posibilidad de ser abandonado por un ser querido SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Con frecuencia ha tenido que acudir al uso de conductas manipulativas? SI ( ) NO( )</li> <li>-¿Escasamente a podido confiar en sí mismo y en sus habilidades? SI ( ) NO( )</li> <li>- ¿Le resulta difícil terminar relaciones sentimentales aunque estas pueden provocarle daño? SI ( ) NO( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test prueba estandarizada ( ESCALA DE DEÉNDENCIA EMOCIONAL factor 16 PF)</li> </ul>

Elaborado por: Gabriel Jerez (2014)



## VARIABLE DEPENDIENTE Consumo de alcohol

### 4. Cuadro N° 4

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	Indicadores	ITEMS	TECNICAS
Es la ingesta de alcohol en cantidades variadas y con determinada frecuencia	Cantidades	Tiempo de consumo	¿Consume alcohol de forma frecuente? SI ( ) NO( )	-Test de audit
		Baja tolerancia frustración	¿Usted consume alcohol cada vez que siente indignación? SI ( ) NO( )	
	Frecuencia	Escasos recursos de afrontamiento	¿Al no poder resolver sus dificultades con frecuencia consume alcohol? SI ( ) NO( )	
		Grado de satisfacción	¿El consumo de alcohol le ha permitido aliviar tenciones afectivas? SI ( ) NO( )	
		Búsqueda de aceptación	¿Con frecuencia ha tenido que consumir alcohol para sentirse parte de un grupo específico? SI ( ) NO( )	
		Cantidad Ingerida de la sustancia	¿Cada vez que empezía a beber no puede detenerse? SI ( ) NO( )	

Elaborado por: Gabriel Jerez (2014)

### 3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para medir el grado de dependencia afectiva de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la salud se utilizará un cuestionario fabricado por el investigador que consta de trece preguntas las mismas que buscan evaluar el grado de interacción social, el área emocional, el área cognitiva y el área conductual, dicho cuestionario está elaborado en una escala likert que va del 0 al 4 siendo cero completamente falso y cuatro absolutamente verdadero, además, a partir de este conjunto de preguntas se miden, en base a los percentiles, tres niveles de dependencia afectiva leve, moderado y grave, de 5 a 20 se puntúa como leve, de 20 a 40 se puntúa como moderado y de 40 a 52 se puntúa como grave.

Por otro lado para medir el consumo de alcohol se empleará el test AUDIT, de la OMS, el mismo que ha sido desarrollado en un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas, comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. El AUDIT presenta las siguientes ventajas: Una estandarización transnacional, es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional; también, identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; es breve, rápido, y flexible; es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; finalmente, se centra en el consumo reciente de alcohol. (OMS, 2001). Anexo N° 1

### 3.8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

#### 5. Cuadro N° 5

<i>PREGUNTAS BASICAS</i>	<i>EXPLICACION</i>
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación.
2. ¿De qué personas u objetos?	# docentes # estudiantes
3. ¿Sobre qué aspectos?	Familias Disfuncionales y Rendimiento Académico.
4. ¿Quién?	investigadora
5. ¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado.
6. ¿Cuándo?	En el año lectivo 2012-2013.
7. ¿Dónde?	En el colegio ITS “”MNV”.
8. ¿Cuántas veces?	Dos veces: una piloto y otra definitiva.
9. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta-entrevista-etc.
10. ¿con que?	Cuestionario-guía de entrevista-etc.

Elaborado por: Gabriel Jerez (2014)

### 3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Plan de procesamiento de la información.

Los datos recogidos se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Estudio o estadístico de datos para la presentación de resultados.

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Cuestionario de dependencia afectiva.

##### 4.1.1. Objetivo.

Medir el nivel de dependencia afectiva de los estudiantes de los primeros semestres de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Ambato.

##### 4.1.2. Test de Audit

###### 4.1.2.1. Objetivo.

Determinar el grado del consumo de alcohol de los estudiantes de los primeros semestres de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Ambato.

#### 6. Cuadro N°6 Dependencia afectiva

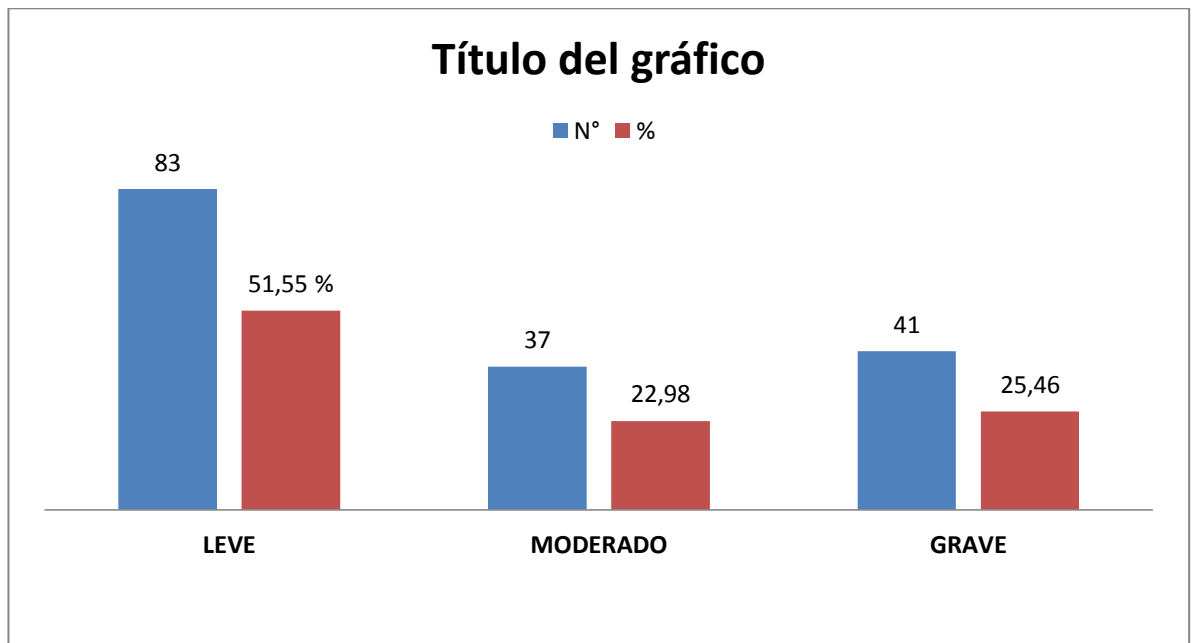
	N°	%
<b>LEVE</b>	<b>83</b>	<b>51,55</b>
<b>MODERADO</b>	<b>37</b>	<b>22,98</b>
<b>GRAVE</b>	<b>41</b>	<b>25,46</b>

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

### ANÁLISIS

Mediante las pruebas aplicadas se ha encontrado que en 161 personas que representan el 100% de la muestra, 83 personas representan 51,5% presenta un nivel de dependencia afectiva de tipo leve, mientras un 22,9% presenta un grado moderado de dependencia afectiva, finalmente un 25,4% muestra un nivel de dependencia afectiva de tipo grave.

## 5. Grafico 5: Dependencia Afectiva



Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

### **INTERPRETACION**

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario de dependencia afectiva podemos deducir la preeminencia significativa de un nivel de dependencia afectiva leve puesto que supera a la mitad de la muestra, en segundo lugar nos encontramos con un nivel grave de dependencia afectiva que equivale a la cuarta parte de la muestra razón por la cual podemos mencionar que la dependencia afectiva moderada se encuentra en un índice relativamente más bajo de la muestra con respecto a los dos niveles anteriores.

## 7. Tabla N° 7 Consumo de Alcohol

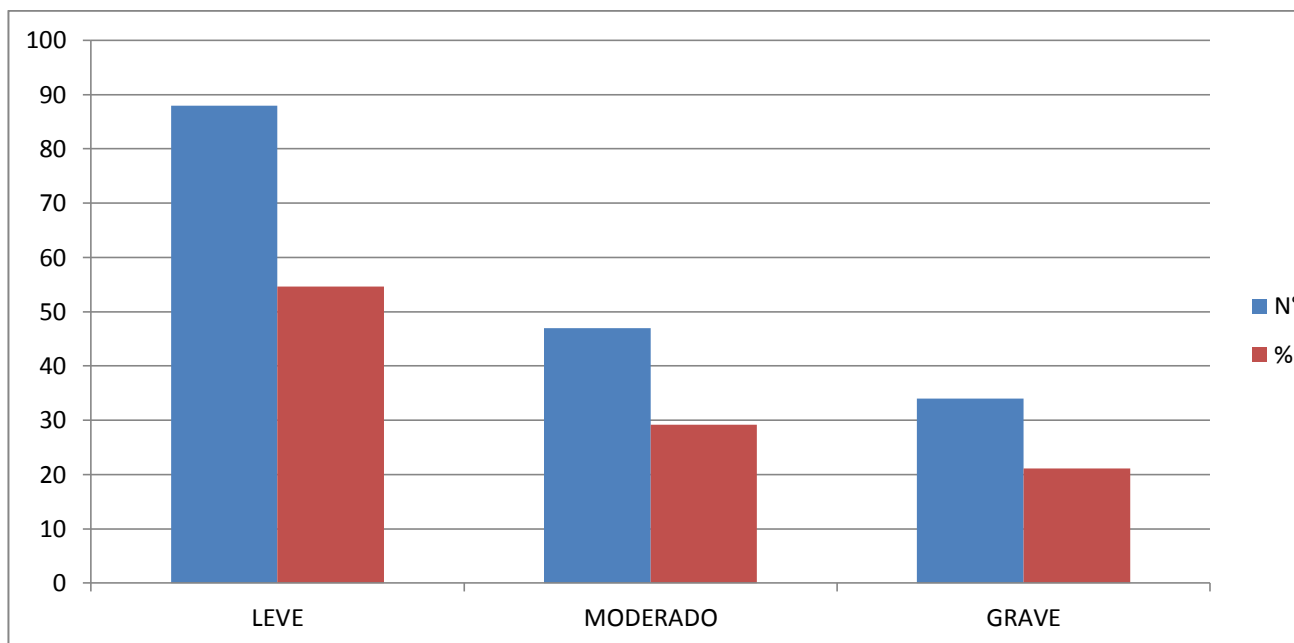
	Número	Porcentaje
<b>LEVE</b>	<b>88</b>	<b>54,6 %</b>
<b>MODERADO</b>	<b>47</b>	<b>29,19</b>
<b>GRAVE</b>	<b>34</b>	<b>21,11</b>

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

### ANÁLISIS

Mediante las pruebas aplicadas a la muestra estudiada se pudo determinar el 56,4% presenta un consumo de alcohol de tipo leve, el 29,18% presenta un consumo moderado de alcohol y mientras que el 21,11% nos muestra un consumo de alcohol de tipo grave netamente descriptible.

### 6. Grafico 6: Consumo de Alcohol



Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

### INTERPRETACION

A partir de la investigación realizada mediante la aplicación de test concernientes al consumo de alcohol se ha encontrado que la mayor parte de la población consume alcohol en niveles de tipo leve, en segundo lugar un segmento de la población estudiada por encima de la cuarta parte consume alcohol de forma moderada, finalmente la población restante que constituye al segmento más pequeño de la muestra se halla en un nivel de consumo de alcohol de tipo grave.

## 8. Tabla N° 8 Dependencia Afectiva y Consumo de Alcohol

### Tabla de contingencia Dependencia Afectiva \* Consumo de Alcohol

#### Recuento

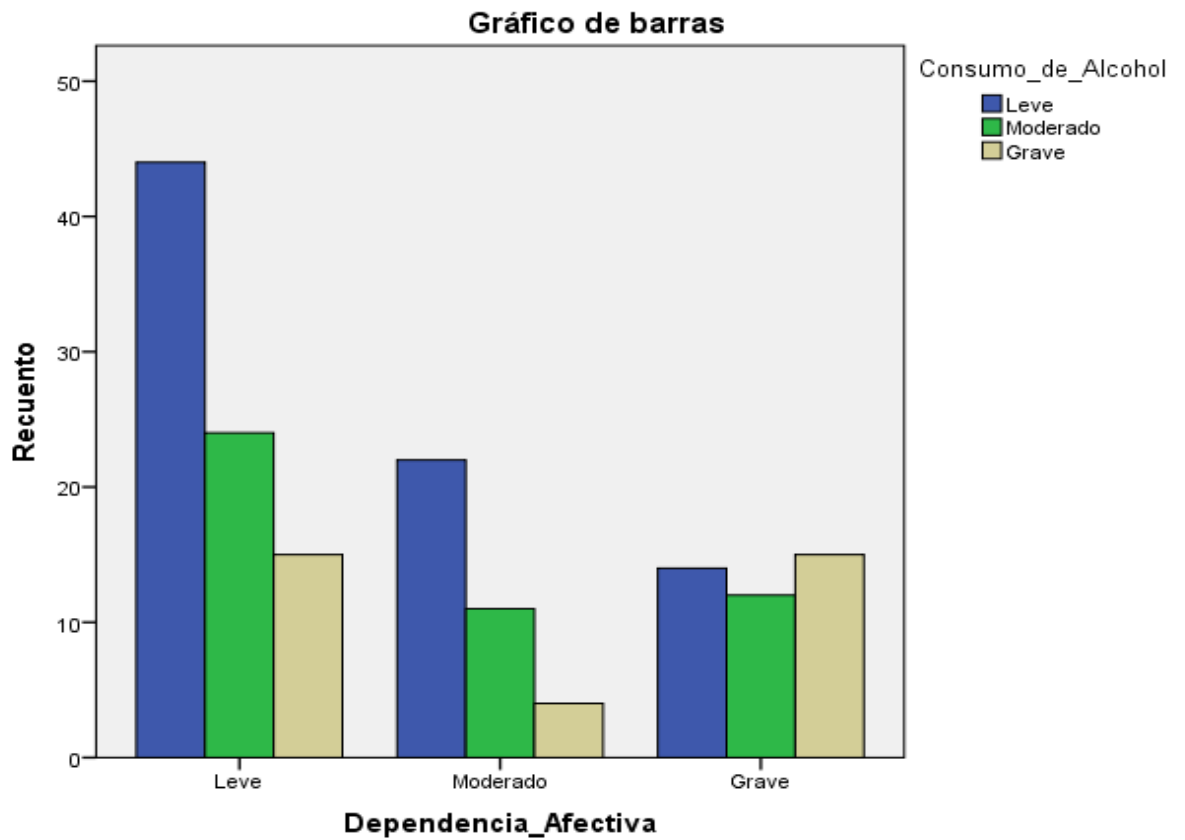
		Consumo de Alcohol			Total
		Leve	Moderado	Grave	
Dependencia Afectiva	Leve	44	24	15	83
	Moderado	22	11	4	37
	Grave	14	12	15	41
Total		80	47	34	161

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

#### ANÁLISIS

Mediante la correlación de las variables hemos obtenido que dentro la dependencia afectiva leve 44 personas consumen alcohol en forma leve, 24 personas consumen de forma moderada y 15 personas consumen alcohol de forma grave. En cuanto a la dependencia afectiva de tipo moderado encontramos que 22 personas efectúan un consumo de alcohol de tipo leve, 11 personas consumen alcohol de forma moderada y 4 personas practican un consumo de alcohol de tipo grave. La dependencia afectiva de tipo grave se ha encontrado que 14 personas consumen alcohol de manera leve, mientras que 12 personas consumen alcohol en forma moderada y finalmente 15 personas consumen alcohol de forma grave.

## 7. Gráfico 7: Dependencia Afectiva y Consumo de Alcohol



Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

### INTERPRETACION

A partir de la correlación de variables se ha podido determinar que en el caso de la dependencia afectiva leve se halla un índice mucho más alto de consumo de alcohol leve siendo el índice más bajo el consumo de alcohol grave, en cuanto a la dependencia afectiva moderada encontramos de igual manera un mayor índice de consumo de alcohol de tipo leve, mientras que en la dependencia de tipo grave encontramos que el índice más alto de consumo de alcohol es de tipo grave y el más bajo de tipo moderado.



## 4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

### 4.2.1. Planteamiento de hipótesis

**H0**= la dependencia afectiva no influye en el consumo de alcohol

**H1**= la dependencia afectiva si influye en el consumo de alcohol

### 9. Tabla N° 9 Chi cuadrado

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,765 <sup>a</sup>	4	,045
Razón de verosimilitudes	9,553	4	,049
Asociación lineal por lineal	4,547	1	,033
N de casos válidos	161		

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

**a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 0,05. La frecuencia mínima esperada es 7,81.**

## 10. Tabla N° 10 Anova

### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	3,212	1	3,212	4,651	,033
Residual	109,831	159	,691		
Total	113,043	160			

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

**La variable independiente es Consumo de Alcohol.**

#### 4.2.2. VERIFICACION

De acuerdo a la prueba chi-cuadrado se encuentra que estadísticamente la dependencia afectiva si está asociada a la consumo de alcohol ( $X^2(4, N=161)=9,765, p < 0,05$ ), además mediante la regresión lineal se encontró que la dependencia afectiva predice el consumo de alcohol [ $f(1)=4,65, p < 0,05$ ].

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- Se ha podido concluir que la dependencia afectiva constituye un factor causal determinante capaz de predecir algún tipo de consumo de alcohol.
- Se puede concluir que en niveles graves de dependencia afectiva es probable que se produzca un incremento del índice de consumo de alcohol de tipo grave.
- Se ha concluido que en bajos niveles de dependencia afectiva el consumo de alcohol de tipo grave disminuye significativamente.
- A partir de la investigación realizada se concluye que 1 de cada 4 personas posee un alto índice de dependencia afectiva.
- A partir de la investigación realizada se concluyó que en bajos niveles de dependencia afectiva, existe una preminencia del consumo de alcohol de tipo leve y moderado

#### **5.2. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda la formulación de una propuesta terapéutica que permita disminuir en forma considerable el nivel de dependencia afectiva en el que se halla el individuo por lo tanto posibilitando a su vez la disminución del consumo de alcohol en este sujeto.
- Se puede recomendar la realización de una campaña informativa que dé a conocer la sintomatología de la dependencia emocional con el fin de alguna manera el sujeto afectado por esta dificultad o sus allegados puedan reconocer este padecimiento.

- Efectuar algún tipo de capacitación a nivel de escuela para padres acerca de la etiología de la dependencia emocional buscando así de alguna forma a través de modificar el tipo de crianza de sus hijos poder prevenir en algún sentido el apareamiento de la dependencia emocional.
- Investigar la ganancia secundaria del consumo de alcohol y su relación con la dependencia afectiva para determinar así la existencia o no de algún tipo de circularidad patológica.
- Efectuar conferencias dirigidas hacia los familiares o co-dependientes con el fin de evitar que estas personas alimenten de manera continua y progresiva el desarrollo de este padecimiento.

## CAPITULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1. Título:

**“PLAN TERAPEUTICO ORIENTADO HACIA EL MANEJO DE LA DEPENDENCIA AFECTIVA PARA ATENUAR EL CONSUMO DE ALCOHOL BASADO EN LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO EN EL AÑO 2014”**

#### 6.2. DATOS INFORMATIVOS

**Institución ejecutora:** Universidad Técnica de Ambato.

**Beneficiarios:** estudiantes pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud.

**Ubicación:** Av. Colombia, entre Chile y Bolivia. Campus Ingahurco.

**Equipo técnico responsable:** Autor de la propuesta.

#### 6.3. Justificación.

Mediante la investigación realizada se pudo deducir la relevante influencia de la dependencia afectiva como factor causal en el consumo de alcohol, por lo tanto, esta propuesta resulta **interesante** debido a que se dirige de forma expresa al área emocional del sujeto posibilitando una reconfiguración de su esfera afectiva además puede otorgarle al individuo nuevas formas de afrontar sus relaciones y de manejar sus fracasos.

En cuanto a los **beneficiarios** al menos de manera directa resultan beneficiados, en primera instancia, los estudiantes de la Universidad

Técnica de Ambato. En segundo lugar están los profesionales en salud mental que podrán contar con un instrumento que otorgue una base para poder manejar este tipo de dificultades por lo cual, de manera intrínseca, se hallará beneficiada la comunidad en general.

A partir de la aplicación de esta propuesta se podrá obtener una disminución progresiva en el consumo de alcohol debido al tratamiento directo de la dependencia afectiva, además, este plan tiene un **impacto** de tipo preventivo puesto que se puede combatir algunas de las causas de la dependencia emocional antes de que estas se produzcan; finalmente, se conseguirá un alto índice de desarrollo personal que incrementará los recursos de afrontamiento ante de diversas situaciones psicoemocionales provocando a su vez un beneficio social puesto que el sujeto está direccionado a la autorrealización.

Esta propuesta ha de considerarse adecuada debido a varios factores, el primero de ellos es el hecho de que aborda directamente la dificultad psicoemocional, el segundo reside en la búsqueda de alcanzar el desarrollo personal en todas sus áreas, finalmente, otro factor a considerar es la característica auto directiva de la terapia ya que le permite al sujeto crear su propio conjunto de soluciones para obtener la congruencia del sí mismo con la realidad

#### **6.4. Objetivos.**

##### **6.4.1. Objetivo General.**

Diseñar un plan terapéutico que permita reducir la dependencia afectiva y su incidencia en el consumo de alcohol

##### **6.4.2. Objetivos Específicos.**

- Disminuir el grado de dependencia afectiva mediante de la utilización de la terapia centrada en el cliente.

- Alcanzar un nivel de desarrollo personal adecuado que posibilite la auto aceptación y auto realización.
- Atenuar el consumo de alcohol a partir del manejo de la valoración incondicionada.
- Realizar un seguimiento de los resultados obtenidos con la aplicación de esta terapia mediante una nueva evaluación psicológica,

## **6.5. Fundamentación**

### **6.5.1. EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**

“Persona Centered Approach” el nombre en Inglés desde el cual se conoce la teoría y práctica de nuestro autor, puede ser traducido de varias maneras. En castellano literal sería “Aproximación Centrada en la Persona”. Es notable que en todos los casos se habla de una manera no habitual en el mundo de la ciencia, se trata de una aproximación no de una técnica o recurso metodológico que implique alguna verdad revelada según Sánchez A., y Sánchez L. (2005: 32)

Sánchez y Sánchez (2005) siguen mencionando que es un abordaje, un enfoque, un acercamiento, y se habla de un eje esencial: la no directividad.

En esta propuesta de Sánchez y Sánchez (2005) se utilizará principalmente la denominación de Enfoque Centrado en la Persona. El desarrollo de este modelo puede dividirse en dos etapas:

#### **6.5.1.1. Primera etapa.**

Modalidad de Ayuda Psicológica, como Psicoterapia o Counseling. Empieza desde 1935 a 1960, tomando los nombres de Psicoterapia No Directiva (década de 1940), y Centrada en el Cliente (década de 1950). En esta fase Sánchez A., y Sánchez L. (2005: 33) mencionan que se realizan aportes teóricos relacionados con la investigación y corroboración experimental :

- La No Directividad
- El Marco Actitudinal necesario y suficiente

- Los Métodos Terapéuticos
- La Teoría de la Personalidad y los procesos internos
- La Teoría de la Psicoterapia y el Counseling
- Esbozo de una Teoría General de las Relaciones Humanas

#### 6.5.1.2. Segunda etapa

Abordaje o enfoque de las relaciones humanas en general. Según Sánchez A., y Sánchez L. (2005: 33) empieza 1960, aborda el Enfoque Centrado en la Persona (ECP), y que se abre a nuevos desarrollos:

- Enfoques Educativos
- Procesos Interpersonales y Grupales
- Funcionamiento de las Organizaciones
- Procesos Sociales, Culturales y Políticos
- Planteos Filosóficos, Espirituales y Transpersonales

Para una mejor comprensión del ECP, haremos una discriminación conceptual y práctica entre ambos momentos del planteamiento rogeriano.

1. **El Enfoque como terapia** (psicoterapia o counseling) es un método para facilitar cambios y transformaciones, en individuos que consultan por dificultades psicológicas.  
Posee para tal objetivo una teoría de la personalidad rigurosamente documentada y bastante experimentada en sus dispositivos de acción, y un marco actitudinal fundante, ubicándose como una línea de la Psicología Humanística.
2. **El Enfoque como abordaje** en cambio, no es una teoría ni una línea de la psicología, sino un modo de pensar las relaciones humanas, un modo de ser siendo con los demás, una filosofía de vida, una ideología o marco de creencias apuntalado en la importancia de los encuentros.
3. **El enfoque como terapia y sus campos de aplicación**, están vinculados a todos los tipos de demanda de ayuda psíquica, en normalidad ( counseling) o patologías severas ( psicoterapia), desde niños hasta adultos, individual o



grupal, parejas y familias, habiendo demostrado eficiencia y eficacia en sus resultados.

4. **El Enfoque como abordaje general**, implica:

- Una perspectiva de vida positiva.
- Una creencia en la tendencia formativa negentrópica del universo.
- Un respeto por la dignidad del individuo, por su autonomía y libertad de elección.
- Una aceptación de la incerteza y las ambigüedades.
- Una facilitación del despliegue personal, grupal y social.

Es, **en su aplicación**, una apuesta al mejoramiento de las relaciones interpersonales, como camino hacia la transformación positiva de las personas, la sociedad y el mundo.

Por lo tanto según Sánchez y Sánchez (2005) en grupos de encuentro como en el trabajo en educación centrada en el alumno, en lo pastoral, en las organizaciones laborales, en conflictos raciales e interculturales, o en centros comunitarios y vecinales, se ha podido comprobar la utilidad positiva de esta postura, de este abordaje multiambiental.

Lo importante de esta doble cualidad del ECP, es que permite a aquellos que lo sostienen, realizar prácticas diversas desde una congruencia ideológica personal explica Sánchez y Sánchez (2005). Sea que sean:

- Psicoterapeutas o consultores, y atiendan personas que solicitan ayuda para resolver sus problemas.
- Que coordinen grupos de todo tipo.
- Que ejerzan la docencia en todos sus niveles.
- Sean sacerdotes, pastores o rabinos.
- Trabajen de asesores laborales empresariales, o educacionales.
- Se dediquen a la ayuda social, o actúen en política.

En todos los casos, comprenden a la persona como un ser vivo disponible al crecimiento desarrollo y despliegue de sus potenciales positivos, siendo su tarea facilitar un modo de relación que lo posibilite

## **6.5.2. LAS SIETE NOCIONES CENTRALES DE ESTE MODELO**

La no directividad como posición ante un otro que consulta, la consideración de una pulsión o tendencia formativa, empatía, aceptación incondicional, congruencia o autenticidad, el chequeo de percepciones compartido, y la noción de sí mismo, son la entrama basal, las siete nociones centrales, del inicial modelo terapéutico centrado en el cliente que deviene en el abordaje o ECP, como explica Sánchez y Sánchez (2005), del cual hacemos una síntesis:

### **6.5.2.1 No directividad:**

Es una decisión de ayudar a un otro a que desarrolle su persona tal como lo desee, en la dirección que opciones tomar, y desde el propio modo en que se haga responsable de su problemática.

Como concepto es paradójal, en tanto su implementación en una relación de ayuda, apuntala el proceso en la dirección de la tendencia actualizante, facilitando sinergia hacia la sintropia, es decir hacia el camino de la expansión creativa.

Es por lo tanto la no dirección desde que el se supone debe dirigir, para habilitar la auto dirección del que pide ayuda en el camino de la liberación de su potencial humano.

Es una postura que tiende a proveer al otro la posibilidad de ser mirado como un semejante disponible para no solo resolver sus problemas, sino para transformar su vida, si así lo desea.

Es una posición existencial desde la cual nos instalamos en la vida creyendo que nadie posee la verdad, que cada persona cuando valora y opina lo hace desde su particular recorte de experiencia, y que esta debe ser aceptada en su propia expresión.

Esta postura o posición, cuando se la pone en práctica, demuestra en los hechos que la no dirección "desde afuera", ofrece a los demás la posibilidad de poner en

acción la propia dirección, y cuando esto sucede, siempre es positiva para el crecimiento de lo humano

#### **6.5.2.2. Tendencia Actualizante:**

Es definida, en un principio por Rogers citada por Sánchez y Sánchez (2005) como "la capacidad que tiene el ser humano, latente o manifiesta, de comprenderse a sí mismo y de resolver sus problemas de modo suficiente para lograr la satisfacción y la eficacia necesarias a un funcionamiento adecuado".

Esta hipótesis es reforzada tiempo después por descubrimientos provenientes de la biología, la física y la antropología, en los cuales se habla de una tendencia formativa cósmica (negentropía o sintropía), como tendencia a un orden creciente desde el caos inicial.

Se trata de un orden de evolución hacia un mayor orden u organización, mayor complejidad y mayor capacidad de interrelación.

Trasladado a lo humano podemos decir que estos conceptos implican comprender, no solo la tendencia al mantenimiento adaptativo del organismo, sino también al crecimiento, desarrollo y enriquecimiento progresivo.

Esto no implica ignorar que también existe una tendencia entrópica, al deterioro, y muerte de lo vivo, pero como nos dice Rogers "el universo construye y crea permanentemente, además de deteriorar. Este proceso es evidente en el ser humano".

Considerar esta noción clave en el ECP nos coloca en un espacio de pensamiento científico, en tanto comprobable por la experimentación.

Es además una hipótesis de que nuestro trabajo no es azaroso, sino que tiene un objetivo y una dirección, el facilitar que la tendencia actualizante fluya en su sentido creativo.

#### **6.5.2.3. Escucha Empática:**

Es la capacidad de entender, comprender y responder a la experiencia única del prójimo.

Es una modalidad de estar que resulta de sentirse en la experiencia vívida del otro, colocándose "en los zapatos que el otro calza", o dicho de otra manera "pretender ver el mundo del otro con los ojos del otro".

Por lo dicho implica tanto los aspectos emocionales como los cognitivos del mundo vivido, es decir aquello que circula las emociones y los sentimientos o significaciones personales de las mismas.

Por ser resultado de una actitud, no es simplemente una disposición unidireccional desde el terapeuta hacia el consultante, sino una manera de relacionarse en donde se propone la empatía vincular.

Es entonces un modelo de ida y vuelta, que a modo de ejercicio terapéutico útil para una mejor comunicación, puede ser trasladado a la vida cotidiana del consultante, tanto consigo mismo como con los demás.

La escucha empática, para ser terapéutica, debe resultar en respuestas de ese nivel, siendo esa la tarea de un facilitador ECP. Este debe comunicar a su cliente su percepción del mundo vivido por este, y a modo de chequeo mutuo de convalidación de lo percibido y expresado, gestual o verbalmente, desde el encuentro, poder facilitar un acercamiento comprensivo a sí mismo.

Si consideramos la no directividad como posición existencial, la confianza en la posible expresión de la tendencia actualizante, la escucha y respuesta empática son las maneras de favorecer este proceso

#### **6.5.2.4. Aceptación o valoración Positiva Incondicional (API):**

Implica aceptar al otro tal cual es en el momento en que se está ofreciendo la ayuda, en el encuentro.

Carl Rogers citado por Sánchez y Sánchez (2005) dijo en la carta anteriormente mencionada: " Una actitud de importancia para crear un clima de cambio, es la aceptación o estima o valoración positiva incondicional.

Esto significa que cuando el terapeuta experimenta una actitud positiva, no calificativa, de aceptación hacia cualquier cosa que el paciente es en ese momento, el movimiento terapéutico o el cambio es más probable.

Lo importante de esta notificación es el énfasis en la experiencia que se es, y no en lo que se hace.

El terapeuta debe desear y esto está en relación con la posición no directiva que su consultante esté en plena conexión con sus sentimientos, cualquiera ellos sean- odio, amor, confusión, resentimiento, miedo, coraje.

Desde una escucha aceptante brindamos un modelo de auto aceptación, el principio de un camino hacia la transformación personal.

Sin embargo para que esta aceptación sea válida, debe darse en primera instancia en la propia experiencia del profesional de la ayuda.

Se ha demostrado en investigaciones muy rigurosas, que cuando esta actitud es principalmente experimentada por el terapeuta, mayor es la probabilidad de una terapia exitosa.

Otra manera de decirlo es que cuando podemos estar presentes, desde la aceptación positiva incondicional, mayor es la posibilidad de acercarse a la experiencia de que nos pasa con lo que nos pasa.

La API nos ayuda a colocarnos en una posición ingenua, libre de prejuicios y de juicios de valor.

Vale aclarar que aceptar no es lo mismo que aprobar, en tanto lo que se acepta es la experiencia vivida tal cual es, aunque la conducta sea reprobable desde nuestro marco valorativo.

En síntesis es aceptar lo que el otro siente o experimenta, no lo que hace.

#### **6.5.2.5. Congruencia o autenticidad:**

Define la importancia de ser el que uno es en la relación, sin construirse máscaras o fachadas que oculten los verdaderos sentimientos que circulan en la misma.

El terapeuta ECP debe estar abierto a su experiencia, en plena conexión consigo mismo, sin abortar nada de ella, para después ponerla con sumo cuidado a disposición del vínculo de ayuda.

También en este caso, las investigaciones han demostrado que los profesionales que alcanzan positivos grados de congruencia en sí mismos, son más eficientes y eficaces en la ayuda que se brinda.

Mientras la pretensión terapéutica de este Enfoque es facilitar cambios y desarrollo personal, los encuentros persona a persona son más adecuados para esa finalidad, que aquellos en que el profesional se escuda en un personaje.

Si hemos dicho que la disposición de la autenticidad vivida en la relación de ayuda debe expresarse con mucho cuidado, es para evitar lo que denominamos

autenticidio (metáfora de una mezcla entre suicidio y homicidio en el nombre de la autenticidad).

Al respecto dijo Carl Rogers citado por Sánchez y Sánchez (2005): " En cuanto al terapeuta, lo que él experimenta está abierto a su conciencia, y puede ser vivido en la relación, y puede ser comunicado si es apropiado".

Es obvio que nuestro maestro apela a la responsabilidad para encontrar el momento oportuno para comunicar o no la experiencia que sucede en la relación de ayuda.

Lo importante es no negarla, sino aceptarla en forma transparente, y aunque no la tramitamos en lo inmediato, se "filtrará" en una relación de libertad experiencial.

### **6.5.3. Chequeos de percepciones:**

Es el modo en que definimos las intervenciones terapéuticas desde el ECP, sean estas de carácter verbal, gestual, o desde recursos imaginarios, corporales o de acción.

En los comienzos se denominó Reflejos (de reflejar como espejo centrado en el consultante) a los modos verbales que Rogers creó para facilitar la auto escucha de sus consultantes.

Se los dividió en Reflejos cognitivos y de sentimientos, los primeros subdivididos en simples y elucidatorios.

En todos los casos se presupone la creación de un clima vincular basado en el trípode actitudinal antes mencionado (empatía, aceptación incondicional y congruencia).

Los reflejos simples referían a una devolución verbal del eje de lo dicho por el consultante, como síntesis aclaratoria para favorecer el discurso y la autoconexión.

Los reflejos elucidatorios poseían el sentido de esclarecer y resumir cognitivamente lo dicho y trabajado en el decurso de un tiempo relativo de un proceso.

Los reflejos de sentimientos apuntaban a resumir la captación por parte del terapeuta de las emociones implícitas en el intercambio dado en consulta, con el objetivo de favorecer una toma de conciencia de lo emocional en juego.

A posteriori se prefirió hablar de respuestas de seguimiento empático, afinando el sentido de este tipo de intervenciones, en el camino de comprenderlas como intervenciones que faciliten positivos acercamientos al sí mismo del consultante.

Denominarlas finalmente chequeo de percepciones, es a nuestro entender, mucho más congruente con la postura no directiva esencial de este modelo.

Chequear lo que se percibe en el diálogo terapéutico posee el sentido de ofrecer un acercamiento paulatino a la experiencia.

Es por otra parte una pretensión de apertura perceptual, que al fin y al cabo, de lograrla, permitirá al consultante disponer de más autoconocimiento y por lo tanto de más recursos para operar favorablemente consigo mismo y los demás.

Si podemos apuntar a un paulatino encuentro, estando atentos a los que nos pasa con lo que pasa, actitudinalmente predispuestos a no juzgar, a centrarnos desde nuestra propia experiencia en la experiencia del otro, se logrará la empatía buscada.

Si además, y por ello, somos auténticos y estamos convencidos de que el deseo del otro es más importante que el nuestro, en esa oportunidad, habremos sido congruentes.

Las intervenciones o devoluciones que realicemos ante lo discursivo de nuestro consultante, serán siempre un intento de acercamiento a lo que este, y nosotros en relación con él, estemos percibiendo como expresado en el intento de búsqueda que estamos facilitando.

Lo que hagamos, o digamos, si posee esta base, será siempre una intención relativa, desde el lugar del no saber más que lo que nos dice lo que se va diciendo juntos.

Todo chequeo de percepciones es muchas veces expresado como una afirmación de lo percibido en forma de pregunta abierta, otras cobra la forma de un reflejo en sus tres tipos, otras es una intervención desde un recurso imaginario o corporal, otras es una respuesta de seguimiento empático.

Sea como sea, siempre tiene que estar a disposición del otro la posibilidad de verlo de la misma manera, de revisarlo o de proponer otra forma de mirarlo, de esto se trata la no dirección.

Chequear percepciones es acompañar el decurso exploratorio, abriendo el camino para la libre expresión de la potencialidad deseante del otro.

#### **6.5.4. Noción de Sí mismo:**

Es el concepto central desde el cual se construye toda la teoría de la Personalidad que sustenta el ECP. Carl Rogers lo define así: "Es un conjunto organizado y cambiante de percepciones de un sujeto que se refieren a él mismo.

Es una estructura perceptual que incluye las características, atributos, cualidades y defectos, capacidades y límites, valores y relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí mismo, y que percibe como datos de su identidad.

Esta estructura engloba todas las experiencias del sujeto en cada momento de su existencia."

Decir estructura perceptual remite al concepto de que el ser humano no posee un sí mismo, es sí mismo en proceso experiencial permanente, lo que implica que mientras vive percibe su propia experiencia discriminándola de la de los otros.

Su funcionamiento es comparable a una gestalt o totalidad organizada de percepciones consistentes, desde las cuales diferencia aquello que vive para sí como características mísmicas, aquello que emerge de las relaciones con los demás como condiciones yoicas.

Es por ello que en esta vivencia de sí mismo podemos diferenciar lo mismico (el MI), de lo yoico (el Yo).

El primero, el Mi, se instala como permanente referencia ante lo propio, siendo una constante perdurable., que nos hace dar cuenta de que somos el mismo y lo mismo, aún en el cambio permanente que nos inspira la vida que vivimos.

Somos quienes somos, el mismo ante nosotros mismos, aún cuando nos transformemos yoicamente, a esto se lo ha denominado la consistencia de sí mismo, desde la cual el organismo tiende a regular sus comportamientos y conductas.



Las vivencias de consistencia (congruencia) o inconsistencia (incongruencia), definen el funcionamiento psíquico. Estas dos posibilidades se dan:

- entre el sí mismo, tal y como lo percibe el individuo, y la experiencia orgánica.
- entre el sí mismo y un sí mismo deseado o ideal.
- entre el sí mismo y la realidad.

Cuando el organismo humano se percibe consistente en los tres niveles fluye y funciona óptimamente, por lo tanto crece, se desarrolla y expresa su potencial actualizante.

Cuando el organismo humano en sí mismo experienciante percibe inconsistencia en alguno de los tres niveles mencionados, se siente amenazado y por lo tanto se defiende, se desorganiza, trabando y distorsionando su actualización.

Cuando en el proceso de desarrollo infantil, el niño recibe valoraciones positivas, por parte de sus padres y el entorno, tiende a aceptar su propio mundo experiencial como válido para sí mismo, y se instala de esa manera en un sistema vital fluyente de auto reconocimiento y congruencia.

En cambio, cuando ello no se le brinda, o no lo puede percibir, tiende a descreer de sus propias valoraciones preceptuales, acepta la de los otros como más válidas, se aleja de sí mismo, se aliena, y el organismo percibe inconsistencia, se vive amenazado, se defiende, y elabora constructos rígidos de sí mismo y de la vida.

Su auto concepto incorpora elementos extraños, es decir que no son el resultado de su propia experiencia.

Esta sintética explicación de los posibles modos de funcionamiento de la persona, ante sí mismo y los demás, nos acerca al pensar la prevención y la ayuda.

El ECP desarrolla, desde aquí, una propuesta de educación infantil, del modo de favorecer las relaciones interpersonales en todos los ámbitos en que las personas nos desenvolvemos, y de un sistema de reorganización de la persona aplicable en la Psicoterapia y el Counseling.

Complementar las nociones de Tendencia Actualizante y sí mismo, nos brinda esta posibilidad.

Si la primera es la motivación básica de la vida de un individuo, en tanto tiene por efecto dirigir al organismo hacia un desarrollo unificado y eficaz.

Si como hemos visto, un sector de la experiencia vivida se percibe propia, siendo Sí mismo (Mi y Yo), constituyéndose a su vez en un factor regulador de lo que se experimenta.

Integrando ambos conceptos, podemos referir a una tendencia autoactualizante del Sí mismo.

Cuando entre la experiencia del organismo y la del sí mismo hay congruencia, la tendencia actualizante opera unificada y sanamente.

En cambio, cuando se perciben desacuerdos, esto conduce a la incongruencia, develándose comportamientos y conductas que responden en algunos casos al mensaje del organismo, y en otros al del sí mismo que tiende a preservarse.

En esta condición se instalan defensas, rigidez perceptual, que a veces se perciben como malestares o síntomas y no pudiendo funcionar óptimamente, el organismo psíquico se enferma.

Todo pasa por la Percepción y nuestros comportamientos, nuestras conductas, ya sean emociones o pensamientos, son el resultado del como percibimos.

El organismo personal se vincula con el mundo desde su estructura perceptual, y de acuerdo a como esta se despliegue será su funcionamiento.

El ECP es un modelo de vínculo que propone la aceptación de la experiencia, de sí mismo y del otro como un sí mismo semejante, facilitando el encuentro de persona a persona.

Es así como desde una posición existencial no directiva, con la confianza que nos brinda la concepción de la tendencia formativa (autoactualizante en lo humano), nos disponemos a una relación basada en la incondicionalidad, autenticidad y congruencia:

- Si somos terapeutas o counselors, nuestras intervenciones (chequeo de percepciones) serán siempre centradas en la persona, y facilitadoras de cambios y transformaciones positivas del Sí mismo de nuestros consultantes.
- Si somos educadores favoreceremos aprendizajes significativos y valederos para la vida de nuestros educandos.
- Si somos coordinadores de grupos, trabajamos en o para empresas, en tareas pastorales, comunitarias, o en cualquier ámbito que nos convoque

para ayudar a personas, facilitaremos la resolución de conflictos y el desarrollo de la potencialidad creativa de lo humano.

- Si somos padres ayudaremos a nuestros hijos a crecer desde sí mismos.

El ECP, que se ha desarrollado desde un enfoque psicoterapéutico, habiendo devenido en un abordaje que abarque de las relaciones humanas, hasta plantear un nuevo paradigma acerca de la persona y el mundo, continúa desde los discípulos de su creador creciendo y desplegando nuevas alternativas.

## 6.6. Metodología del modelo operativo

Tabla No. 11

INDICADORES	RESPONSABLES	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACION
Selección de los sujetos de estudio	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar casos</li> <li>• Detectar consumo de alcohol</li> <li>• Determinar relaciones interpersonales</li> </ul>	<p>El investigador</p> <p>Ficha técnica de evaluación</p>	Grados de dependencia emocional
Evaluación de La muestra seleccionada	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las demandas afectivas</li> <li>• Detectar el grado de incongruencia</li> <li>• Comprobación por medio de un test</li> </ul>	<p>El Investigador</p> <p>Ficha técnica de evaluación</p> <p>Test de Audit</p>	<p>Jerarquización</p> <p>Seleccionar el tipo de intervención</p> <p>Aplicación de la terapia</p>
Socialización de la terapia	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre la terapia a los beneficiarios</li> <li>• Determinar las implicaciones</li> </ul>	<p>El investigador</p> <p>Manuales y folletos informativos</p>	Resultados obtenidos en la previa evaluación
Estructuración de la terapia	El investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialización del proceso</li> </ul>	Investigador	Seguimiento del cambio perceptual

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

## Terapia realizar

Tabla No. 12

<b>TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA</b>					
<b>OBJETIVO</b>	<b>ETAPAS</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Disminuir el grado de dependencia afectiva de los consultantes	Primera (Descripción)	Terapeuta y consultante	Descripción de la demanda	Palabra	Estructuración de la demanda
				Escucha empática	
				Respuestas empáticas	
	Segunda (Análisis)	Terapeuta y consultante	Establecer conductas asociadas	Palabra	Apertura perceptual
				Valoración incondicional	
	Tercera (Valoración)	Terapeuta y consultante	Chequeo de percepciones	Respuesta refleja	Realidad experiencial
					Responsabilidad existencial
	Cuarta (Integración)	Terapeuta y consultante	Toma de decisiones	Autenticidad	Actualización continua

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

Tabla No. 13

<b>TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA</b>				
<b>SESION</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TECNICA</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Primera	Terapeuta consultante y	Expresión de sentimientos, pensamientos y autocríticas	Palabra	Estructurar la demanda y definir el problema
			Escucha empática	
			Respuesta empática	
Segunda	Terapeuta consultante y	Establecer sentimientos asociados al problema	Valoración positiva incondicional	Facilitar la apertura perceptual y aceptar las experiencias como propias
Tercera	Terapeuta consultante y	Determinar la ganancia secundaria que sostiene el problema	Autenticidad	Ajustar el simismo a las exigencias de la realidad Desactivar los mecanismos defensivos
			Congruencia en la relación terapéutica	

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

<b>TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA</b>				
<b>SESIÓN</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TECNICA</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Cuarta	Terapeuta consultante y	Reestructuración de los recursos de afrontamiento Restablecimiento de la tendencia actualizante	Chequeo perceptual simple	Asumir responsabilidad existencial Conseguir autoaceptación
			Chequeo perceptual elucidatorio	
			Chequeo perceptual afectivo	
Quinta	Terapeuta consultante y	Restablecimiento del autoconcepto	Consecución del logro	Desbloquear la tendencia de crecimiento
Sexta	Terapeuta consultante y	Toma de decisiones	Reestructuración perceptual	Apropiarse de su poder Unificar el simismo con la realidad
			Reestructuración emocional	

Elaborado por: Jerez Gabriel, 2014

## 6.7. Plan de administración de la propuesta (recursos humanos, etc)

### Recursos:

#### 6.7.1. Institucionales

Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud.

#### 6.7.2. Humanos

**Investigador:** Gabriel Jerez

**Personal de Apoyo:** Marcelo García

**Tutor:** Dra. Nancy Betancourt

Los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica

#### 6.7.3. Materiales

- Impresiones
- Hojas de papel bond
- Reactivos Psicológicos
- Proyector
- Laptop

## 6.8. Presupuesto

**Tabla No. 14**

<b>Rubro de Gastos</b>	<b>Valor</b>
<b>Personal de apoyo</b>	100
<b>Adquisición de equipos</b>	300
<b>Material de Escritorio</b>	100
<b>Material bibliográfico</b>	50
<b>Transporte</b>	50
<b>Transcripción del informe</b>	50
<b>Total:</b>	<b>650</b>

Elaborado por: Gabriel Jerez. (2014)



## 6.9. Previsión de la evaluación.

Tabla No. 15

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan Evaluar?	El investigador
¿Por qué evaluar?	Porque nos permite detectar cualquier error de la configuración o aplicación de la propuesta posibilitando una corrección inmediata.
¿Para qué evaluar?	Para determinar la eficacia y eficiencia de esta terapia en torno a la resolución de la problemática investigada.
¿Qué evaluar?	Evaluamos la eficacia de la terapia centrada en la persona, como una alternativa apropiada para combatir dependencia afectiva y su incidencia en el consumo de alcohol.
¿Quién evalúa?	Los beneficiarios de la propuesta.
¿Cuándo evaluar?	Durante el proceso e inmediatamente luego de concluida la aplicación de la propuesta.
¿Cómo evaluar?	A través de encuestas, y cuestionarios, elaboradas en base indicadores pertinentes.

Elaborado por: Gabriel Jerez. (2014)

## 6.10. Evaluación y monitoreo.

A fin de asegurar la ejecución de la propuesta de conformidad con lo programado, para el cumplimiento de los objetivos planteados, se deberá realizar el monitoreo del plan de acción, como un proceso de seguimiento y evaluación permanente que nos permita anticipar eventualidades, con la finalidad de asegurar la consecución de las metas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA:

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asamblea Nacional (2008). Constitución Política del Ecuador. Recuperado el 13 de junio del 2013, disponible en:
- Castelló, J. (2012). *La superación de la dependencia emocional*. Málaga: Corona Borealis.
- Castelló, J. (2013). Análisis del concepto "Dependencia Emocional" 1. *Psicoactiva.com*.
- Congost, S. (2011). *Manual de dependencia emocional afectiva*. Recuperado el 28 de 05 de 2014, de psicopedia.org:
- Estrada, L. (1993). *El ciclo vital de la familia*. México D.F.: Posada.
- García, B. (1999). *Mujer, género y población en México*. México D.F: Sociedad Mexicana de Demografía.
- OMS. 2001. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. Recuperado de
- Riso, W. (2013). Dependencia Emocional. (W. Salud, Entrevistador)
- Torres, L. E., Ortega, P., Garrido, A., & Reyes, A. G. (2008). dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Internacional de psicología y educación* 2008, 32-33.

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO:**

E-LIBRO Roxana, Jessica. Argentina (2012) *El alcoholismo problema de salud pública*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10623957&p00=dependencia%20emocional>

E-LIBRO Bharwaney, Geetu. España (2010) *Vida emocionalmente Inteligente: estrategias para incrementar el coeficiente emocional*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10485817&p00=dependencia%20emocional>

PROQUEST Coelho, Paulo. México (2008) *Independencia emocional*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://search.proquest.com/docview/308141479/abstract/A31FE342AB2A41D2PQ/19?accountid=36765>

PROQUEST Robles, Osvaldo. México (2004) *Alertan por consumo de alcohol en jóvenes*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://search.proquest.com/docview/311666873/abstract/19AB4582578845B7PQ/1?accountid=36765>

TANDFONLINE Ruane, Ilse. (2006) *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14330237.2006.10820132#.VIDOgNLuJkA>

## **LINKOGRAFÍA**

Alonso, Yolanda Autor .-- 1a ed. : Universidad De Almería , (2012). *Psicología clínica y psicoterapias*. Consultado de la World Wide Web:  
<http://biblioteca.uta.edu.ec/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5* En Wikipedia online: La enciclopedia libre  
[Online] Disponible: [http://es.wikipedia.org/wiki/Manual\\_diagn%C3%B3stico\\_y\\_estad%C3%ADstico\\_de\\_los\\_trastornos\\_mentales](http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales).

Darin, Lucía .-- (Jul.1999) *Protagonistas del cambio. Un aporte de la Psicología cognitivo-conductual para el cambio social*. Consultado de la World Wide Web: <http://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/>

- Eva Mosquera, (2014). *la 'Cultura' De Los Chimpancés.*» En Wikipedia online: La enciclopedia libre [Online] Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sociedad>
- Gracia, Israel .-- 1ed. : Manual moderno , (2013).-- 263 p. *Psicología historia, teoría y procesos básicos.* Consultado de la World Wide Web: <http://biblioteca.uta.edu.ec/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>
- Myres Myres G., Autor .-- 9a ed. .--Buenos Aires : Médica Panamerica, (2011). *psicología; mente; cerebro; pensamiento.* Consultado de la World Wide Web: <http://biblioteca.uta.edu.ec/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>
- Raúl Escaramuza, (1992). *Estudios Psicológicos Avanzados* <http://www.monografias.com/trabajos14/personalidad/personalidad.shtml>
- Sally (2006) *Dimensiones De La Personalidad* En Wikipedia online: La enciclopedia libre [Online] Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Personalidad>

## ANEXOS

### UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

**Encuesta dirigida a estudiantes de la “Universidad Técnica de Ambato”, ciudad de Ambato.**

**Objetivo:** Recopilar información acerca de la dependencia afectiva y el consumo de alcohol.

**Instrucciones:**

- Responda a este cuestionario con la mayor libertad y sinceridad posible, puesto que en este documento no consta su identidad personal.
- Marque donde considere sea la opción que quiera indicar como respuesta. ( solo una opción)

**Contenido:**

**1** Completamente falso de mí.      **2** La mayor parte falso de mí.      **3** Moderadamente verdadero de mí

**4** La mayor parte verdadero de mí      **5** Me describe perfectamente

	1	2	3	4	5
1. Me siento desamparado cuando estoy solo					
2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja					
3. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla					
4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja					
5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja					
6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo					
7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado					
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme					
9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje					
10. Soy alguien necesitado y débil					
11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo					
12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás					
13. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío					
14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto					
15. Siento temor a que mi pareja me abandone					
16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella					
17. Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo					
18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo					
19. No tolero la soledad					
20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro					
21. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella					
22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja					
23. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja					

## Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>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?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>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?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p style="text-align: right;">Registre la puntuación total aquí <input type="text"/></p> <p><i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i></p>	