UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

Tema:

"LAS TENDENCIAS A LAS ADICCIONES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y LA DISOLUCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS ASISTIDOS POR EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO"

Proyecto de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Magíster en Trabajo Social Familiar

Autora: Lcda. Ingrid Maya Cisneros Chinga

Tutora: Lcda. Aida Patricia Haro Lara, Mg.

Ambato – Ecuador

2017

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación,

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor Franklin Nectario Medina Guerra, e integrado por los señores Licenciado William Fredy Aguilar Rodríguez Magister, Licenciada Mg. Viviana Fidencia Naranjo Ruíz Magister, Licenciada Silvia Susana Torres Carrillo Magister, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato, para receptar el Trabajo de Investigación con el tema: "LAS TENDENCIAS A LAS ADICCIONES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y LA DISOLUCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS ASISTIDOS POR EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO, elaborado y presentado por la señora Lcda. Ingrid Maya Cisneros Chinga para optar por el Grado Académico de Magister en Trabajo Social Familiar; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. Franklin Nectario Medina Guerra, Mg.
Presidente del Tribunal de Defensa.

Lcdo. William Fredy Aguilar Rodríguez, Mg.
Miembro del Tribunal.

Lcda. Viviana Fidencia Naranjo Ruíz, Phd.
Miembro del Tribunal.

SILVIA TORRES

Lcda. Silvia Susana Torres Carrillo, Mg.
Miembro del Tribunal.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación,

ÍNDICE DE GENERAL DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES **Pág.**

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales ..... **¡Error! Marcador no definido.**
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... **¡Error! Marcador no definido.**
DERECHOS DE AUTOR..... **¡Error! Marcador no definido.**
ÍNDICE DE GENERAL DE CONTENIDOS iii
ÍNDICE DE TABLAS vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS vii
ÍNDICE DE CUADROS.....viii
AGRADECIMIENTO..... x
DEDICATORIA xi
RESUMEN EJECUTIVO xii
THEME:.....xiv
ABSTRACT.....xiv
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I..... 3
EL PROBLEMA 3
TEMA: 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 3
Contextualización..... 3
Macro 3
Meso..... 5
Micro..... 6
Árbol de Problemas..... 9
Análisis Crítico..... 10
Prognosis..... 11
Formulación del Problema 12
Preguntas Directrices 12
Delimitación del Problema..... 12
JUSTIFICACIÓN 13
OBJETIVOS 14
General..... 14
Especifico..... 14
CAPÍTULO II 15

MARCO TEÓRICO 15
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 15
CATEGORÍAS FUNDAMENTALES 25
Descripción de la Variable Independiente 28
Descripción de la variable dependiente 59
HIPÓTESIS 75
CAPITULO III 76
METODOLOGÍA 76
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN 76
MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN 76
NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN 77
Exploratorio 77
Asociación de variables 78
POBLACIÓN Y MUESTRA 78
Población 78
Muestra 79
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 81
Recolección de la información 83
CAPITULO IV 84
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN 84
ANÁLISIS DE RESULTADOS 84
VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS 123
Decisión Final 124
CAPITULO V 125
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 125
CONCLUSIONES 125
RECOMENDACIONES 127
CAPITULO VI 128
PROPUESTA 128
TEMA 128
DATOS INFORMATIVOS 128
ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA 129
JUSTIFICACIÓN 129
OBJETIVOS 131
General 131
Específicos 131

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD 132
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA 132
Tolerancia 137
Dependencia 138
METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO 139
Análisis Situacional 140
Matriz FODA 142
¿Cómo reconocer a un adicto? 142
Tratamiento 144
Servicios 149
Presupuesto 153
ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA 157
PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN 157
Referencia Bibliográfica 158

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de vida y edad del primer consumo de alcohol de estudiantes ecuatorianos 7
Tabla 2: Estudio del Trastorno de la personalidad en alcohólicos en el tiempo 45
Tabla 3: Primeros tipos de sociedades humanas 59
Tabla 4: Estadísticas de adopciones en el Ecuador año 2012 -2013 66
Tabla 5: Total de personas con problemas de Adicción tomados para la investigación 78
Tabla 6: Variable Independiente: Tendencias a las adicciones en los jefes de familia .. 81
Tabla 7: Variable dependiente: Disolución Familiar 82
Tabla 8: Recolección de la información 83
Tabla 9: Chi cuadrado 124
Tabla 10: Previsión de la evaluación 157

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Árbol de Problema 9
Gráfico 2: Categorías Fundamentales 25
Gráfico 3: Constelación de ideas Variable Independiente 26
Gráfico 4: Constelación de ideas Variable Dependiente 27
Gráfico 5: Prevalencia de vida de consumo de alcohol, por ciudad 42
Gráfico 6: Consumo de tabaco en el Ecuador 43
Gráfico 7: Consumo de marihuana a nivel nacional 44
Gráfico 8: Género 84

Gráfico 9: Edad 86
Gráfico 10: Nivel de estudios 87
Gráfico 11: Estado civil 88
Gráfico 12: Tipos de Familia 90
Gráfico 13: Conocimiento sobre las adicciones 91
Gráfico 14: Consumo de drogas 93
Gráfico 15: Droga consumida 94
Gráfico 16: Daños del alcohol en la salud 96
Gráfico 17: Causas de la adicción 97
Gráfico 18: Cambios en su personalidad 99
Gráfico 19: Conflictos familiares 101
Gráfico 20: Rechazo 103
Gráfico 21: Vida social 104
Gráfico 22: Cambios físicos 105
Gráfico 23: Cosas dañinas para consumir 107
Gráfico 24: Estado de peligro 108
Gráfico 25: Uso del alcohol 109
Gráfico 26: Tiempo de adicción 110
Gráfico 27: Diversión con adicciones 112
Gráfico 28: Dejar la adicción 113
Gráfico 29: Consumo de amistades/familia 114
Gráfico 30: Qué preferiría 115
Gráfico 31: Conocimiento de su adicción sus amistades y familia 117
Gráfico 32: Mentir sobre consumo 118
Gráfico 33: Adicción y disolución familiar 119
Gráfico 34: Centro de rehabilitación 121
Gráfico 35: Cantidad de Consumo 122

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Género 84
Cuadro 2: Edad 85
Cuadro 3: Nivel de estudios 87
Cuadro 4: Estado Civil 88
Cuadro 5: Tipos de Familia 89
Cuadro 6: Conocimiento sobre las adicciones 91
Cuadro 7: Consumo de drogas 93
Cuadro 8: Droga consumida 93
Cuadro 9: Daños del alcohol en la salud 95
Cuadro 10: Causas de la adicción 97
Cuadro 11: Cambios en la personalidad 98
Cuadro 12: Conflictos familiares 101
Cuadro 13: Rechazo 102
Cuadro 14: Vida social 104
Cuadro 15: Cambios físicos 105
Cuadro 16: Cosas dañinas para consumir 106

Cuadro 17: Estado de peligro 108
Cuadro 18: Uso del alcohol 109
Cuadro 19: Tiempo de adicción..... 110
Cuadro 20: Diversión con adicción 111
Cuadro 21: Dejar la adicción..... 113
Cuadro 22: Consumen de amistades/familia 114
Cuadro 23: Preferencia 115
Cuadro 24: Conocimiento de su adicción sus amistades y familia 116
Cuadro 25: Mentir sobre consumo 117
Cuadro 26: Adicción y disolución familiar 119
Cuadro 27: Centro de rehabilitación..... 120
Cuadro 28: Cantidad de Consumo..... 122

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo de investigación, agradezco a los maestros tutores, a los compañeros de curso, amigos y autoridades que colaboraron oportunamente para hacer realidad los propósitos de actualización y mejoramiento profesional a través del cual puedo cumplir con la misión de servir a la comunidad.

A la Universidad Técnica de Ambato de manera especial a todos los profesores que compartieron sus experiencias impartidas en sus respectivos módulos que fueron de gran ayuda para nuestro conocimiento de la vida diaria y sobre todo la paciencia que tuvieron con todos nosotros.

Al Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato encabezado por el Ing. Luis Amoroso quien me brindó el apoyo total para realizar este estudio dentro del cabildo.

Mil gracias por todo.

Ingrid

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Magister en Trabajo Social Familiar Cohorte 2013 , va dedicado a mis hijas quienes confiaron en mí y me dieron la fortaleza y comprensión para continuar lo que un día me propuse con mucho esfuerzo, concluir mis estudios y mi formación profesional para poder apoyar a personas que necesitan de mi conocimiento y dedicación con el objetivo de poder enfrentar sus problemas de la vida diaria que son duros y difíciles de comprender y de esta manera contribuir con la sociedad.

Ingrid

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

TEMA:

"LAS TENDENCIAS A LAS ADICCIONES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y LA DISOLUCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS ASISTIDOS POR EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO"

AUTOR: Lcda., Ingrid Maya Cisneros Chinga
DIRECTOR: Lcda., Aida Patricia Haro Lara, Mg.
FECHA: 24 de noviembre de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo se lo realizó en la ciudad de Ambato específicamente en su municipio y trata sobre un problema que de manera silenciosa afecta a la sociedad: La adicción a las drogas y su incidencia en la disolución familiar, problema que no se le da la relevancia pertinente y que cada vez va carcomiendo a las personas consumidoras como a sus familias. Se realizó un estudio de campo en sesenta casos asistidos por el cabildo y a través de encuestas se reflejó sus vivencias con el objeto de despertar conciencia social a los involucrados directa e indirectamente en este fenómeno ingresando al mundo de las adicciones para establecer los detonantes del comportamiento de cada uno de ellos y conocer su sentir dentro de un proceso de recuperación.

Este tema es de gran interés tanto público como privado teniendo en cuenta el Plan Nacional de Buen Vivir que establece la responsabilidad compartida tanto de autoridades como de la población en general de propender al desarrollo de la colectividad y generar un ambiente adecuado para el desenvolvimiento de los habitantes. Encaminando sus vidas a un mejor futuro y que permita el desarrollo biospicosocial de la comunidad. Los resultados obtenidos concluyeron que la organización de un centro de acogida y rehabilitación integral es la solución inicial que aportará el Municipio de Ambato a través de este proyecto de investigación para mejorar ostensiblemente este problema con programas sociales de inclusión , rehabilitación, tratamiento y reinserción a la comunidad de los adictos y sus familias que en muchos casos están desintegradas reconstruyendo los

lazos de afectividad para cumplir con el objetivo principal de la familia como parte fundamental de la sociedad. El presente trabajo aspira a constituirse en una herramienta de consulta y análisis para interesados en este tema y que busque una guía que permita exponer esta realidad social.

Palabras Clave: Adicción, Alcoholismo, Disolución familiar, Drogas, Trastornos, Comportamiento adictivo, afectación familiar, Asistencia social, rehabilitación, inserción laboral.

THEME:

"TRENDS TO ADDICTIONS OF HEADS OF FAMILY AND FAMILY DISSOLUTION IN CASES ATTENDED BY THE DECENTRALIZED AUTONOMOUS GOVERNMENT MUNICIPALITY OF AMBATO"

AUTHOR: Lcda. , Ingrid Maya Cisneros Chinga

DIRECTED BY: Lcda., Aida Patricia Haro Lara, Mg. nombres completos

DATE: November, 24th 2016

ABSTRACT

This research was carried out in the city of Ambato specifically in his municipality and deals with a problem that in a silent way affects the society: The addiction to drugs and its incidence in the family dissolution, problem that is not given Relevant relevance and that is eating away at consumers as well as their families. A field study was carried out in sixty cases attended by the town council and through surveys their experiences were reflected in order to awaken the social conscience to those directly and indirectly involved in this phenomenon entering the world of addictions to establish the detonators of the behavior of Each of them and know their feelings within a process of recovery.

This theme is of great interest both public and private, taking into account the National Plan for Good Living which establishes the shared responsibility of both authorities and the general population to foster the development of the community and generate an adequate environment for the development of population. Directing their lives to a better future and allowing the biospicosocial development of the community. The results obtained concluded that the organization of a comprehensive shelter and rehabilitation center is the initial solution that the Municipality of Ambato will contribute through this research project to ostensibly improve this problem with social programs of inclusion, rehabilitation, treatment and reintegration into the Community of addicts and their families that in many cases are disintegrated rebuilding the bonds of affectivity to fulfill the main objective of the family as a fundamental part of society. This paper aims to be a tool for consultation and analysis for those interested in this subject and to seek a guide to expose this social reality.

Palabras Clave: Addiction, Alcoholism, Family dissolution, Drugs, Disorders, Addictive behavior, family affection, Social assistance, rehabilitation, labor insertion

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto titulado: "LAS TENDENCIAS A LAS ADICCIONES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y LA DISOLUCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS ASISTIDOS POR EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO" , trata sobre uno de los problemas de mayor impacto en la sociedad y que cada año no solamente afecta al adicto sino a su familia y por ende a la sociedad, pues es un factor determinante en el desarrollo psicosocial que determina el ambiente en el cual las personas se desarrollan. La investigación realizada busca implementar soluciones a largo plazo que rehabiliten, traten y reinserten al adicto y a su familia a una vida productiva para la comunidad.

Este trabajo está dividido de la siguiente manera:

CAPITULO I: El problema comprende el planteamiento, contextualización, causas y consecuencias de la tendencia de los jefes de familia a las drogas y cómo influye en la disolución familiar, también se establece la justificación y objetivos del presente proyecto.

CAPITULO II: El marco teórico se fundamenta en investigaciones anteriores, leyes, reglamentos, libros, revistas e información proveniente de otras fuentes que permiten ampliar el conocimiento sobre el tema y realizar comparaciones entre varios autores discutiendo y analizando el conocimiento científico existente con el impartido y experiencia propia de la autora.

CAPITULO III: En el marco metodológico, se detalla la metodología, técnicas e instrumentos utilizados para recopilar información sea de tipo bibliográfico o de campo con lo que se puede identificar la situación actual de los casos asistidos en el Municipio de Ambato.

CAPITULO IV: Análisis e interpretación de resultados, con la información de campo, lo que permite encontrar respuestas a las preguntas planteadas obteniendo conclusiones de las mismas.

CAPITULO V: Conclusiones y recomendaciones resultantes de la investigación realizada proponiendo una solución para el problema tratado.

CAPITULO VI: Propuesta, se propone la generación de un sistema integral de tratamiento, rehabilitación y reinserción al adicto y sus familias a través del Municipio de Ambato y su centro de atención que beneficiará a la colectividad y su desarrollo armónico.

BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS: Presenta información de las encuestas realizadas así como fotografías que evidencian el trabajo de campo ejecutado en este proyecto.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

TEMA:

"LAS TENDENCIAS A LAS ADICCIONES DE LOS JEFES DE FAMILIA Y LA DISOLUCIÓN FAMILIAR EN LOS CASOS ASISTIDOS POR EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO"

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Contextualización

Macro

Las adicciones son trastornos psiquiátricos crónicos, que representan un serio problema de salud pública a nivel mundial. Estos trastornos tienen una elevada prevalencia y efectos negativos tanto individuales, como familiares y a nivel social, con un alto coste sanitario. Los estudios de epidemiología genética han puesto de manifiesto que las adicciones tienen una moderada a alta heredabilidad. Estas investigaciones también han evidenciado que los factores ambientales y genéticos contribuyen a las diferencias individuales en la vulnerabilidad a las adicciones. Por otra parte, los avances en la neurobiología de las adicciones junto con el desarrollo de nuevas tecnologías de genética molecular, han permitido la identificación de genes y vías implicados en el proceso de la adicción, dando lugar a la descripción de mecanismos moleculares comunes en las dependencias tanto a sustancias como conductuales. La identificación de las interacciones genes-ambiente es una cuestión crucial en la investigación futura. Otro objetivo prioritario de la investigación es la identificación de nuevas dianas terapéuticas para la prevención y el tratamiento.Ibáñez Cuadrado, Á; (2008).

La adicción es un fenómeno en el cual confluyen factores diversos que implican variables biológicas, psicológicas y sociales, entre otras. Entre los factores biológicos se encuentran los que tienen que ver con el funcionamiento cerebral y condicionan el desarrollo y perpetuación de la adicción. De tal suerte que es necesario considerar a este fenómeno no como una debilidad de las personas que lo padecen, sino como una enfermedad que altera el funcionamiento cerebral y que impide la correcta toma de decisiones, que debilita el control de impulsos y potencia las respuestas automáticas, especialmente las relacionadas con el consumo de sustancias u otras conductas adictivas. Mendoza Meléndez, M Á; López Brambila, M Á; Valdez Gonzales, G R; Camacho Solís, R; Aguilar Bustos, E; (2012).

Kreimer, R. (2010). Editorial Anarres, Desigualdad y violencia social. Análisis y propuestas según la evidencia científica. La adicción es un problema que aqueja a toda la sociedad sin importar condición económica, raza ni credo siendo las personas propios jueces de sus acciones, en la actualidad este inconveniente sigue aumentado y cada vez que se desarrolla va dejando muchas huellas y heridas en las familias donde hay una persona con esta alteración Causando entre otras cosas maltrato conyugal y disolución de los hogares.

Existen muchos factores asociados con las adicciones, pero ninguno de ellos es determinante; más bien, es la combinación entre ellos la que hace que esta enfermedad se manifieste definitivamente. Los esfuerzos en materia de prevención de las adicciones deben ir encaminados a disminuir los efectos de los factores de riesgo y vulnerabilidad, y a fomentar y potenciar los efectos de los factores protectores, de tal modo que es de fundamental importancia incentivar el diseño y puesta en marcha de estrategias de prevención y tratamiento de las adicciones a fin de disminuir los efectos negativos de este fenómeno en los ámbitos personal y social. Aguilar Bustos, O E; (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones.

Debido a las dificultades económicas mundiales, los padres trabajan más y dedican menos tiempo a la crianza y a estar con sus hijos. Pocos padres de EE UU comen aún con la familia al menos una vez al día, con todos sus hijos; si bien en otros países dos tercios de los chicos aún toman la comida principal con sus padres. De todas maneras, menos chicos hablan con sus padres de forma habitual. Vivir con progenitores drogodependientes que

pasan, de promedio, la mitad del tiempo que antiguamente con sus hijos no hace más que elevar los niveles de estrés de los chicos.Fenollar, J; Kumpfer, K L; Jubani, C; (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas.

Meso

En el Ecuador, desde el año 1997, la reforma de Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas despenalizó el consumo de drogas en el país. La diferencia entre legalizar y despenalizar radica en que la despenalización hace referencia al consumo, mientras la legalización necesita de la intervención del Estado en la producción, comercialización y regulación de determinadas sustancias. Por otro lado, descriminalizar consiste en hacer desaparecer como delitos o faltas en el Código Penal, un determinado modelo de comportamiento humano, que a partir de tal decisión sería jurídicamente lícito o indiferente.

Con la resolución 001, expedida por el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) en mayo de este año, se resolvió "acoger el análisis de toxicidad, estudios psicológicos, biológicos y otros necesarios sobre la tenencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para el consumo personal elaborado por el Ministerio de Salud Pública, así como la propuesta de cantidades máximas admisibles de tenencia para el consumo personal". Además, se prevé no criminalizar el consumo de drogas para no causar prejuicios morales y sanciones indebidas. "No existe la suficiente cantidad de centros para drogadictos. Pero el tratamiento ambulatorio es otra cosa" Torres, F; (2013). Descriminalización de las drogas en el Ecuador. Revista VIVE.

El Estado ecuatoriano ha profundizado un proceso de inserción apropiado en el concierto internacional con una clara y soberana política antidrogas. Uno de sus avances esenciales se halla establecido en el texto constitucional: "Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización

ni se vulnerarán sus derechos constitucionales." CONSEJO NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS CONSEP (2010), p.7.

Micro

La ciudad de Ambato en los últimos años ha observado con mucha preocupación el incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias que la población especialmente de aquellas personas que por diferentes circunstancias están directamente vinculadas con la falta de empleo, el subempleo, migración, disfunción familiar entre otras; estas personas en su mayoría pertenecen a otras provincias del país, así como también a parroquias rurales de nuestro cantón.

En conversaciones mantenidas con internos de la Fundación el Abrazo del Padre (organización que atiende la problemática) se detecta que una de las principales causas del consumo de alcohol es la disfunción familiar de la cual fueron víctimas desde muy jóvenes y adolescentes, debemos mencionar que en la mayoría de estos núcleos familiares hay o hubo carencia de valores, de afecto; por lo que vieron y sintieron la necesidad de buscar grupos de iguales en el afán de conseguir identidad y pertenencia. La relación con los grupos de iguales casi siempre se establece en las calles de la ciudad, donde también nace la vinculación con pandillas y personas que tienen que ver con actividades delictivas. Por la adicción y dependencia que el alcohol ha causado sobre ellos estas personas se ven en la "necesidad" de robar a los transeúntes especialmente en los parques ubicados en el centro de la ciudad.

También manifiestan que en múltiples oportunidades han querido dejar a un lado el consumo de drogas y no han contado con la fortaleza necesaria para conseguir este objetivo ya que no cuentan con ningún tipo de apoyo para solventar sus necesidades básicas.

Las mujeres no se alejan de esta problemática ya que existen aproximadamente 30 mujeres que consumen alcohol a diario en los espacios públicos de la ciudad, estas personas tienen en promedio de cinco hijos y están separadas o son viudas en algunos casos.

Las personas que se encuentran inmersas en esta problemática adquieren y consumen drogas especialmente en los alrededores de las Plazas y Mercados de la ciudad tales como: Plaza Urbina, Plaza Colón, Plaza Primero de Mayo, Mercado Simón Bolívar, en una tienda ubicada en las calles Primera Imprenta y Mariano Eguez (La Sal), en los alrededores del Cementerio Municipal entre otros; el licor que ingieren generalmente es el artesanal de contrabando proveniente de las Provincias de Bolívar, Cotopaxi y Guayas.

En la Tercera Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas realizada por el CONSEP en el año 2008 la prevalencia de vida de consumo de alcohol por parte de los estudiantes ecuatorianos es ahora mucho mayor: 79.4%, más alta en casi 18puntos porcentuales a la registrada en la encuesta del 2005 (6 puntos en promedio en cada año) y 26 puntos porcentuales a la de 1998, lo cual está demostrando que en los diez años transcurridos entre estas investigaciones el problema es aún más grave. Además de haberse incrementado rápidamente esta prevalencia, la edad promedio al primer consumo sigue tendiendo a ser menor, registrándose en la encuesta actual 12.8 años, en comparación con 13.7 y 14.8 observado en las encuestas del 2005 y 1998, respectivamente, casi un año menor a la segunda encuesta y 2 años a la primera.Observatorio Nacional de Drogas (2008).

Tabla 1: Prevalencia de vida y edad del primer consumo de alcohol de estudiantes ecuatorianos

Prevalencia de vida (%)			Edad primer consumo (años)		
1998	2005	2008	1998	2005	2008
53.9	61.6	79.4	14,8	13,7	12,8

Fuente: (Observatorio Nacional de Drogas, 2008)
Elaborado por: Cisneros, I. (2015)

Según el CONSEP en la actualidad se ha demostrado que el consumo de alcohol está directamente vinculado a problemas tales como:

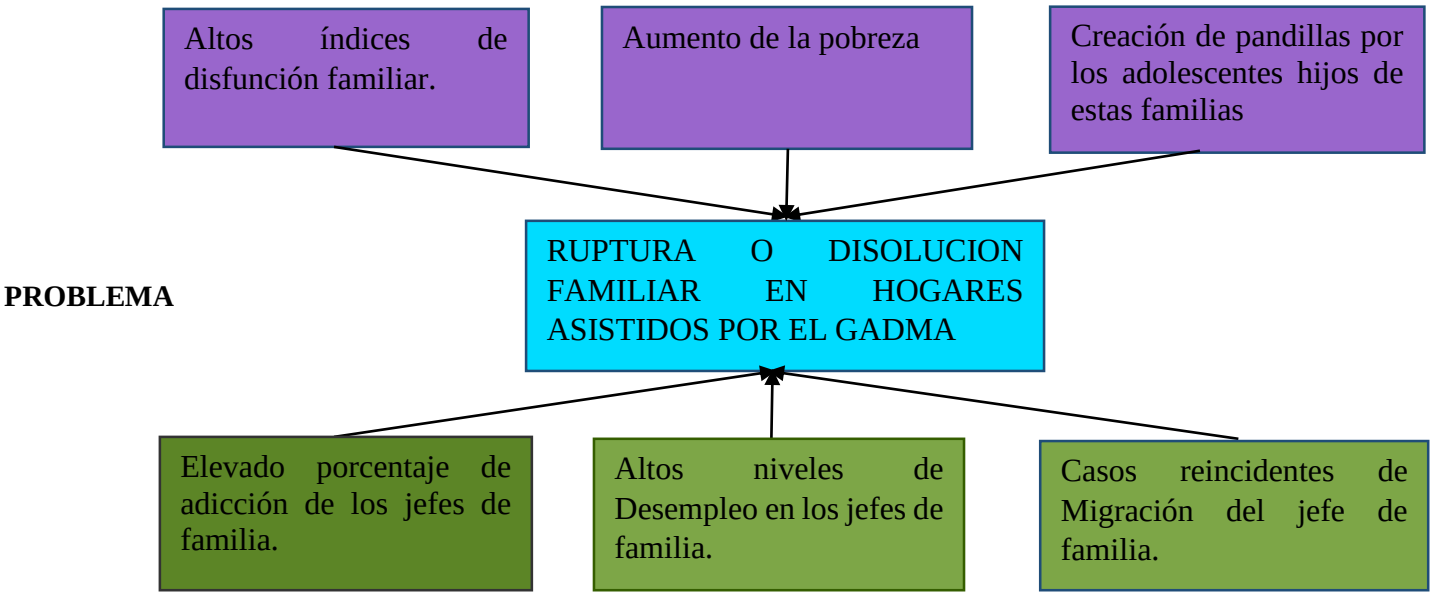
- Accidentes de Tránsito
- Maltrato Infantil
- Embarazo en adolescentes
- Deserción Escolar
- Violencia Doméstica y Pública
- Indigencia

Entre las principales conclusiones del diagnóstico situacional sobre drogas realizado por el CONSEP y el GADMA en el 2009 se establecen las siguientes:

- La comunidad en general concibe a las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco algo normal en el consumo de las personas.
- No existe control por parte de las autoridades pertinentes en la venta de alcohol y tabaco a niñas, niños y adolescentes.
- No existe la legislación local adecuada que regule el funcionamiento de puestos de venta informal en espacios de recreación públicos como los estadios de las ligas barriales, donde se expenden libremente bebidas alcohólicas y tabaco.
- Es común encontrar en el Cantón Ambato diferentes tipos de locales comerciales que expenden bebidas alcohólicas y tabaco en los alrededores de los establecimientos educativos.

Árbol de Problemas

Efectos



Causas

Gráfico 1: Árbol de Problema
Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Análisis Crítico

En el Ecuador la situación de adicciones es un caso muy marcado en los jefes de hogar debido al consumo de diferentes sustancias que son muy conocidas y cada vez es más fácil adquirirlas por su libre expendio y la dependencia de la droga que hoy en día es normal para las personas que consume siendo uno de los problemas que la sociedad vive el día a día y no ha podido combatirla.

Generando dificultad en cuanto se refiere a la situación de convivencia familiar cada vez se va en aumento y los vínculos familiares empiezan a deteriorase entre los partes que viene a ser el adicto y su familia y las personas que se encuentran en su entorno. El desempleo es uno de los detonantes para que las personas empiecen a consumir sustancias nocivas para su salud como uno de las causas que directamente los gobiernos de turno han generado por la inestabilidad económica y política que hoy en la actualidad es la realidad, el no poder ofrecer fuentes de empleo a jefes de familia generando ansiedad y la salida más rápida que es la adicción y en el último de los casos la formación de pandillas para poder sobrevivir en la lucha contra la necesidad que tienen las personas.

Otras de las situaciones más evidente en las personas con problemas de adicciones son la dependencia de amigos que suelen encontrar en las calles muchos de los cuales son personas que se encuentran involucradas actos delictivos lo que provoca que la única salida para sus adiciones es la muerte porque sin el apoyo de la familia no pueden salir de esta situación que se encuentra cada vez más enraizada y al momento no existe solución ante este problema de gran magnitud que aqueja a una sociedad.

El alto nivel de crímenes en la sociedad tiene mucha relación con el alto índice de consumo de sustancias psicoactivas que son elementos que condicionan las políticas represivas hacia las drogas. No obstante la calidad y cantidad de información crea dificultades para los prestadores de salud, en política y otros.

Además se puede decir que es un problema que trasciende en cuanto a que tiende a dejar huellas emocionales muy profundas entre los miembros más cercanos al adicto pero sobre todo en los hijos que se van formando experiencias agradables y representa un obstáculo

para un adecuado desarrollo de cada integrante de la familia, considerando así que todos los miembros de la misma sufren las consecuencias del adicción, incluyendo hermanos, amigos y familiares; es decir toda persona que mantenga una relación estrecha con un adicto resulta afectada de alguna u otra manera. Para lo cual la familia se ve en la necesidad de cada día ir aislándose y procurando que la persona no tenga ninguna relación cercana debido a los constantes problemas que ha generado y los traumas psicológicos que deja que a pesar de la enfermedad que presenta la familia no toma en cuenta todo eso, viendo al adicto como una persona problemática difícil de tratar y dejando de lado cualquier opinión o situación que se presente para no tener ningún tipo de problema con la persona afectada.

Hoy en día vivimos en una sociedad muy marcada que cada día sigue en aumento el problema de las adicciones que es algo normal para los jóvenes. Es un tema que se ha tornado emergente desde que se comprendió que no sólo afecta a los individuos en la privacidad de sus hogares sino que atañe a la sociedad, para proteger a sus miembros. En si las adicciones como tales provocan desordenes psicológicos que alteran a la persona y pueden modificar la conducta del individuo al fin de obtener su efectos y a veces evitar el malestar de su falta. En conclusión se trata de sustancias que van dañando progresivamente al individuo, afecta a las funciones corporales, a la conducta y se va agudizando hasta llegar a un estado de inconsciencia donde el adicto es capaz de realizar cualquier actividad con tal de acceder a satisfacerse.

Prognosis

Las adicciones causadas por las drogas son un problema muy evidente que a queja a toda la comunidad sin importar su condición socio – económica. Las personas que se encuentran inmersas y están tratando de luchar ante esa realidad por lo general dependen de su familia, quienes no se dan cuenta que la enfermedad del adicto suele ser crónica, dejando de lado el tratamiento de la misma, la cual sigue evolucionando y se enfatiza más teniendo como resultado la muerte o causar daños severos e irreparables a la persona por tal razón la Municipalidad Ambato quiere fortalecer a este grupo vulnerable para que puedan rehabilitarse y ser productivos a la sociedad y rehabilitarse.

Es importante destacar que el presente estudio pretende comprender y brindar una visión más amplia sobre las tendencias adictivas que presentan los pacientes creando

vulnerabilidad especialmente en los adolescentes que son fácil presa de los vicios sobre todo si se desarrollan en hogares con conflictos. Establecer caracteres que fomentan esta práctica es labor de la comunidad pues como tal tiene la necesidad de cultivar y encaminar a sus integrantes en pos de su desarrollo integral.

Por otra parte esta investigación busca determinar cómo las adicciones irrumpen en el hogar causando heridas irreparables que terminan destrozándolo y convirtiéndolo en el caldo de cultivo para múltiples comportamientos dañinos. La disolución familiar es un efecto y a la vez causa del desarrollo adictivo de sus integrantes por lo que se enfatiza la gran importancia de mantener la unidad familiar como base de la sociedad.

Formulación del Problema

¿Cuál es el impacto de la Tendencia adictiva de los Jefes de Familia en la disolución familiar en los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato?

Preguntas Directrices

- ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la tendencia a la adicción de los jefes de familia de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato?
- ¿Cuáles son las principales causas de la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato?
- ¿Qué alternativa de solución permitirá superar las adiciones en los jefes de familia y las disoluciones familiares en los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato?

Delimitación del Problema

Campo: Social

Área: Familia

Aspecto: Adicciones y Disolución familiar

Temporal: El segundo semestre del 2015

Espacial: Cantón Ambato, perteneciente a la provincia de Tungurahua del Ecuador

Población: Familias de las personas con problema de adicción

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizara ante la problemática del Alcoholismo y la respuestas de los casos que diariamente se reportan en la Municipalidad de Ambato ya que las personas inmersas en esta problemática necesitan atención integral para que de esta manera sean reinsertados con éxito en la sociedad, a través de la aplicación de procedimientos humanistas y en muchos de los casos proceso de rehabilitación para poder empezar nuevamente su vida. Como sabemos la adición a las drogas es una enfermedad que no tiene cura definitiva, las personas necesitan estar en un proceso de seguimiento y respaldo garantizando que no vuelvan a recaer en el consumo de licor ni otras sustancias perjudiciales para su salud.

La ciudad de Ambato no cuenta con un centro de atención integral dirigido a personas de escasos recursos económicos por lo que la problemática en este grupo de personas va en aumento y se hace necesario la intervención del Municipalidad de Ambato, ya que es un sector prioritario que necesita ser atendido.

Para la atención a este sector poblacional se hace necesario vincular a organizaciones privadas ya que éstas cuentan con la experiencia necesaria para la atención integral.
La adicción es una enfermedad que aqueja a toda la sociedad en el mundo entero sin importar condición social a su vez es crónica y su evolución es cada vez más progresiva, sus síntomas son el deseo de suministrarse algún sustancia y no poder dejar de hacerlo cuando lo prueban. Siendo las familias de las personas con problemas de adicción las más afectadas directa o indirectamente por tal motivo es un en tema degran relevancia

para poder investigar las causas del consumo excesivo de alcohol y otras sustancia psicotrópicas que generan las adicciones en los jefes de familia.

Al hablar de atención integral no solamente nos referimos a la atención psicoterapéutica (atención psicológica, atención en trabajo social etc.) sino también a la oportunidad que necesitan para acceder a fuentes trabajo formal como parte del proceso de autonomía de vida. Para que una persona alcance su realización tiene que satisfacer sus necesidades básicas entre las principales está el contar con un medio de sustentación que le permita satisfacer otro tipo de necesidades.

OBJETIVOS

General

- Determinar el impacto de las tendencias a las Adicciones de los Jefes de Familia y la disolución familiar en los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato.

Especifico

- Diagnosticar los factores de riesgo que inciden en la tendencia a la adicción de los jefes de familia de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato para la proporción de asistencia profesional.

- Investigar las principales causas de la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato para la toma de acciones de acompañamiento y asistencia psicológica

- Proponer una alternativa de solución que permita superar las adiciones en los jefes de familia y las disfunciones familiares en los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El presente trabajo para la investigación es sustentado como referencias las siguientes investigaciones que coincidieran las variables a ser investigadas estas son Tendencias a las adicciones de los jefes de familia y la disolución familiar.

> Rincón Amadeu, (2001) pag.8 . Tesis de Grado. En su estudio titulado Evaluación y terapia de pareja sistémica constructivista de matrimonios con un miembro jugador patológico concluye que: En los últimos años hemos asistido al desarrollo simultáneo de diferentes asuntos en el marco de la psicología clínica. Por un lado asistimos a un aumento de las patologías relacionadas con la adicción. A las adicciones con mayor tradición psiquiátrica como son el alcoholismo y las dependencias a diferentes sustancias psicoactivas, se han ido uniendo de manera progresiva las adicciones llamadas psicológicas. Estas están siendo lideradas por el juego patológico, que se ha convertido en el estandarte de todo un desfile de comportamientos patológicos susceptibles de ser considerados como adicciones por parte de los estamentos científicos, sociales y políticos. En la actualidad no es raro encontrar a personas enganchadas a internet o compradores compulsivos, así como potenciales jóvenes adictos enganchados a los videojuegos. Aunque en la actualidad, aún nos encontramos lejos de disponer de un repertorio amplio de instrumentos, investigaciones y en definitiva, argumentos científicos que permitan defender con un cierto rigor tales aseveraciones, lo cierto es que nos encontramos ante una realidad social que debe ser atendida y que de hecho ya lo está siendo.
>
> Todo ello ha propiciado que, poco a poco, los profesionales de la psicoterapia hayan ido introduciendo en el contexto clínico, nuevas formas de entender y tratar los problemas que traen los pacientes, en un intento de mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas. Es en esta línea dónde hemos asistido a nuevas formas de conceptualizar los problemas cómo ha ocurrido en el caso de la terapia de pareja.
>
> Durante las últimas décadas del pasado siglo XX se ha producido un importante desarrollo de esta modalidad psicoterapéutica. La sociedad occidental ha ido experimentando un profundo cambio en el que se ha visto envuelta la familia como núcleo fundamental del desarrollo social. Y en los últimos años hemos asistido a una evolución del concepto tradicional de familia, que se ha visto revisado, tanto en cuanto, los cambios sociales y políticos han facilitado el reconocimiento (legal, moral y/o social) de nuevas formas de emparejamiento y

de estructuras familiares, así como una revisión de los roles tradicionales atribuidos al hombre y a la mujer en el matrimonio.

Como consecuencia de todo ello, el número de demandas de ayuda que tienen que ver explícita o implícitamente con las relaciones matrimoniales y por extensión con la familia, ha aumentado enormemente en las últimas décadas. Prueba de ello puede considerarse el número de terapeutas familiares y de pareja, o el aumento de programas de postgrado de especialización en terapia familiar y de pareja, o la mayor presencia de estos aspectos dentro de los programas académicos.

El desarrollo de la terapia de pareja ha sido muy importante no sólo como consecuencia del aumento de una necesidad social como son las crisis y conflictos matrimoniales, sino también a raíz del aumento de estudios que relacionan la mejora de la salud conyugal con la salud del individuo, la relación de determinadas conductas psicopatológicas con conflictos en el matrimonio, o la repercusión que sobre los hijos tienen los conflictos maritales.

Todo ello ha propiciado que la terapia de pareja haya venido incorporando progresivamente la filosofía derivada de otras disciplinas psicológicas, dando lugar a modelos concretos de intervención. En algunos casos estos modelos de terapia de pareja cuentan con una base empírica amplia derivada de los modelos sobre los que se sustentan. En otros casos, el desarrollo ha venido de la mano de la experiencia clínica y de la extrapolación de modelos clínicos de mayor tradición psicoterapéutica al área de la pareja.

Este es el caso de la Terapia de Pareja Sistémico- Constructivista. Un modelo reciente de intervención en los conflictos conyugales que nace de la derivación de los presupuestos sistémicos y del constructivismo al contexto de las relaciones conyugales y del que se cuentan escasos datos empíricos acerca de su eficacia o del modo en que actúa en la mejoría de los pacientes, o simplemente son modelos escasamente estructurados. No obstante, la cada vez mayor actividad literaria sobre el tema hace pensar que, como en otros muchos casos, la actividad clínica va por delante del trabajo empírico y de investigación controlada, y que el número de profesionales que se hayan interesados en esta modalidad psicoterapéutica es cada vez mayor.

El tema es aún más evidente en la aplicación de técnicas concretas como es el caso del Equipo Reflexivo. Esta técnica, de apenas diez años de evolución, cuenta con escaso apoyo empírico, si bien se ha convertido en un instrumento muy utilizado, al igual que los Equipos de Observación y Supervisión, en el contexto de la formación de posgraduados y en el conjunto de la terapia familiar; y en algunos casos, como el mejor ejemplo de la aplicación en el campo de la clínica de los presupuestos derivados de la Cibernética de Segundo Orden y de las Teorías de los Sistemas.

En función de todo lo anterior, parece claro que el desarrollo de todas las modalidades terapéuticas debería ir acompañado de una base empírica suficiente que permita cuantificar las supuestas bondades de dichos procedimientos terapéuticos así como el análisis de los componentes que inducen el cambio terapéutico.

Es en esa línea en la que hemos desarrollado la presente investigación. El hecho de que el uso del Equipo Reflexivo como técnica dentro de la terapia familiar y de pareja se esté haciendo frecuente, aconseja, desde nuestro punto de vista, poner en marcha los procedimientos experimentales necesarios que permitan verificar la idoneidad de dicha técnica psicoterapéutica, a fin de no caer en el error de atribuir el éxito o el fracaso de las intervenciones a un procedimiento técnico concreto cuando podrían estar interviniendo simultáneamente un sinfín de variables relacionadas con los pacientes y con los terapeutas.

Por otro lado, junto a lo anterior, se ha podido comprobar en los últimos años un notable aumento del interés científico por la comprensión del fenómeno del juego patológico. Aumento que viene derivado de la constatación de que se trata de un fenómeno de amplia repercusión social tal y como parecen demostrar algunos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país y del hecho de que el estudio de los procesos implicados en el desarrollo de la adicción al juego podría servir de paradigma en el estudio general de las adicciones. Becoña (1992). FAJER, 1993, Legarda et al., (1992)

En esta línea, y con los datos de los que se dispone en la actualidad, es posible afirmar que de manera concomitante al juego patológico se desarrollan toda una serie de conflictos y dificultades que implican fundamentalmente a la familia y más específicamente al cónyuge del jugador. En algunos casos se podría afirmar que la adicción se convierte en la causa de muchos de esos problemas relacionales. En otros casos más bien parece posible distinguir patrones de relación estables entre los cónyuges anteriores a la aparición de la conducta de juego y que podrían tener alguna relación como factores desencadenantes o como factores mantenedores de la conducta del jugador. Por último, también es posible afirmar que algunos factores derivados de la relación marital pueden favorecer la mejora de la sintomatología del jugador. En definitiva, dentro del contexto del juego patológico, parece posible distinguir variables relacionadas con la relación de pareja que pueden ser de gran importancia en la comprensión y el tratamiento de la sintomatología.

En resumen, tenemos por un lado un procedimiento terapéutico relativamente novedoso con escaso apoyo empírico y por otro un trastorno psicológico de profundas implicaciones relacionales, todo lo cual justifica, según nuestro punto de vista, el desarrollo de un procedimiento experimental que permita clarificar en qué medida esta novedosa técnica puede ser eficaz en el tratamiento de los conflictos conyugales en el área concreta del juego patológico. De los resultados de dicha investigación será posible extraer algunas conclusiones acerca de la idoneidad o no de dicha aproximación terapéutica, así como de su posible extrapolación a otras patologías o acerca de otras alternativas terapéuticas.

Para el desarrollo de nuestro estudio hemos dividido el mismo en dos partes bien diferenciadas.

Por un lado un bloque teórico en el que hemos desarrollado aquellos aspectos que fundamentan los procedimientos técnicos seguidos durante el trabajo terapéutico: En el capítulo uno, realizamos un resumen de los aspectos fundamentales del juego patológico y su relación con el ámbito de la pareja. Es definitiva se trata de

> poner de manifiesto aquellos aspectos de la adicción al juego que justifican la aproximación terapéutica al mismo desde una perspectiva relacional y que lo hacen por tanto un cuadro sensible al cambio terapéutico desde una perspectiva constructivista y desde la terapia de pareja.

Este proyecto está orientado a realizar una revisión de literatura analizando las diferentes fuentes bibliográficas de las tendencias del consumo de drogas de abuso en los países de América Latina del 2006 al 2010 y los impactos en la salud de los individuos. Metodología: Las unidades de análisis fueron artículos científicos productos de investigaciones, informes de observatorios de drogas de América Latina y el Caribe e informes mundiales de la ONU y OEA en el tema de las tendencias del consumo de drogas. Los impactos en la salud que esto genera en la población latinoamericana son los publicados en revistas contenidas en bases de datos electrónicas como: PubMed, Scielo, bases de datos referenciales como Isi Web of Knoweledge, Scopus, y bases de datos en texto completo como, ScienceDIrect, EBSCO y Ovid en un periodo del 2006 al 2010. Se identificaron, seleccionaron y analizaron los estudios publicados según los criterios de inclusión y exclusión teniendo un total de 214 artículos analizados. Resultados: Se ha observado un aumento en el consumo de cocaína y ETA por parte de Suramérica pero; la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo. El efecto de la inmigración y aculturación presenta un impacto en la tendencia imprimiéndole dinamismo en los países donde sufren más este fenómeno. Las consecuencias en la salud generadas por el consumo de drogas afectan a todos los sistemas del organismo y el feto. Por lo tanto este proyecto tiene como finalidad orientar las políticas sociales en torno a la prevención y tratamiento del abuso de drogas.

El CICAD-MEM 2005-2006 expone que "Las políticas nacionales resaltan la importancia de reducir el consumo de drogas, considerando, por ejemplo, el riesgo de adquirir HIV/SIDA entre usuarios de drogas inyectables, o el mayor riesgo de accidentes o el daño crónico que puede asociarse al uso de drogas" (CICAD-MEM, 2006)

La Comisión Global de Políticas de Drogas en su Informe de Junio del 2012 expone que:

> La guerra global contra las drogas está impulsando la pandemia del VIH/ SIDA entre las personas que usan drogas y sus parejas sexuales. En todo el mundo, las investigaciones científicas han demostrado consistentemente que las prácticas represivas ligadas a la aplicación de las leyes anti-drogas alejan a los usuarios de drogas de los servicios de salud pública y los obligan a permanecer en ambientes ocultos donde el riesgo de contraer VIH se eleva notablemente. El

> encarcelamiento masivo de personas por delitos no violentos relacionados con drogas también desempeña un papel importante en el aumento del riesgo de contraer VIH. Este factor es un punto crítico en lo que se refiere a la salud pública en muchos países, incluyendo los Estados Unidos; donde se estima que tanto como un 25 por ciento de estadounidenses infectados con el virus VIH puede pasar anualmente por el sistema penitenciario, y donde las altas tasas de encarcelamiento se encuentran entre las principales causas que explican el gran aumento de las tasas de VIH entre los afroamericanos.(GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, 2012)

La OEA en su estudio titulado El Problema de las Drogas en las Américas expone lo siguiente:

> • La mayoría de las personas no usa drogas ilícitas y entre quienes llegan a probarlas, sólo una fracción desarrollará patrones de dependencia. Sin embargo, el consumo abusivo de drogas constituye un serio problema de salud para muchas personas en las Américas. Es particularmente importante destacar que el inicio temprano del consumo está asociado con un mayor riesgo de dependencia y de otros problemas. Uno de los principales desafíos es prevenir el uso y retrasar el inicio del consumo entre los jóvenes.
> • El consumo de drogas, incluyendo el alcohol, produce mayores niveles de mortalidad y discapacidad en el Hemisferio que en el resto del mundo. Es un factor de riesgo importante en el caso de sesenta enfermedades y lesiones asociadas a accidentes y violencia. El consumo de drogas en el Hemisferio es muy variable entre los países, tanto en términos de la magnitud del uso, como del tipo de sustancia. Esta variabilidad genera importantes interrogantes, tales como si el Hemisferio está frente a un solo problema de drogas o a diferentes problemas y, consecuentemente, cuál o cuáles deberían ser las mejores políticas para enfrentarlos.
> • La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y uno de cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. Si bien es una droga asociada con menor mortalidad que muchas otras sustancias, la marihuana presenta riesgos para la salud, especialmente para los usuarios adolescentes cuyos cerebros están aún en desarrollo.
> • El consumo de la cocaína está en aumento en algunas regiones del Hemisferio. Sus formas fumables se han constituido en un problema de salud pública en varios países de América del Sur Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), particularmente cuando se trata de los grupos vulnerables marginados.
> • El consumo de heroína es mucho menos común en América Latina y el Caribe, y la mayoría del consumo se concentra en Estados Unidos, Canadá y México. Sin embargo, se está convirtiendo en tema de preocupación para otros países, como Colombia y la República Dominicana, en los cuales debieran buscarse las alternativas sanitarias que han probado ser más eficaces en países donde el problema tiene una historia más larga.
> • Drogas sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico tienen una alta prevalencia de consumo en Canadá y Estados Unidos. El consumo de sustancias tipo éxtasis es cada vez más común en la población joven de muchos otros países del Hemisferio. 6 El Problema de las Drogas en las Américas: Estudios

- El consumo de alcohol por estudiantes secundarios es un problema en todo el Hemisferio, y el consumo excesivo y compulsivo es de particular preocupación. Aun cuando el consumo de alcohol sea legal para los adultos, el uso de esta sustancia en menores corresponde a uso nocivo. Según estudios epidemiológicos realizados en el Caribe y América del Sur, la prevalencia de consumo en el último mes en estudiantes secundarios es superior al 50% en algunos países.
- En cuanto a la respuesta, se debe considerar que los programas de prevención escolares o de persuasión deben acompañarse con otras medidas que regulen la disponibilidad y que vinculen a las familias o establezcan lazos con políticas comunitarias. Todo lo anterior implica que los países deben priorizar esta estrategia destinando los recursos necesarios para su adecuada implementación y evaluación.
- Por otro lado, el tratamiento de problemas relacionados con el uso de sustancias debe ser parte de un proceso continuo, que involucre todos los niveles de la red asistencial, con especial énfasis en la detección temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención. Las intervenciones deben contar con base científica y efectividad probada. Deben estar a cargo de personal calificado y cumplir con estándares de calidad. La salud mental es un importante factor de riesgo para el desarrollo de dependencia de las drogas. Sin embargo, muchos países carecen de servicios adecuados o suficientes recursos humanos en este ámbito de la salud. Es importante, por lo tanto, reconocer que estamos frente a una enfermedad crónica que debe ser tratada como tal, con pleno compromiso de las estructuras sanitarias y respeto por los derechos de los pacientes.
- Para la implementación de políticas eficaces de salud pública y su correspondiente evaluación, se requiere información actualizada, en cantidad necesaria y de calidad. Sin embargo, son pocos los países que invierten en este ámbito. Es preciso que se fortalezcan los sistemas de información que permitan hacer un debido monitoreo del problema de las drogas y también que se financie la investigación para abordar el problema de manera más eficaz; del mismo modo, se debe invertir en capital humano y en infraestructura.
- En Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido. En el resto de los países, esta situación es menos clara, en parte por una ausencia de información que describa el fenómeno correctamente. (Organización de Estados Americanos, 2013)

Tendencias de drogas en el Brasil

En el Brasil, un estudio transversal de 3.398 conductores indicó que el 4,6% de ellos dio positivo en relación con alguna sustancia ilícita. De los que arrojaron resultados positivos, el 39% dio positivo a la cocaína, el 32% al

tetrahidrocannabinol (THC) (cannabis), el 16% a las anfetaminas y el 14% a las benzodiazepinas. En otro estudio realizado en el Brasil, los análisis de drogas en pacientes que ingresaron en salas de emergencia después de accidentes de tránsito indicaron una mayor probabilidad de contenido de cannabis en sangre que de alcohol. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2012)

Tendencias del consumo en Ecuador

La evaluación del nivel del consumo presente en el Ecuador a nivel nacional se estima en 4.9% en prevalencia de vida, cualquiera sea el producto usado, sin considerar los estimulantes (0.2%), tranquilizantes (2.0%) y la categoría Otras drogas (0.1%). Dicha medición demuestra que se mantienen los niveles de consumo en el país. La droga más consumida es la marihuana (4.3%), seguida por la cocaína (1.3%) y la base (0.8%). Entre las drogas de bajo uso, el hachís (0.3%) y el éxtasis (0.2%) representan los productos de mayor prevalencia de consumo. El uso de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica presenta una prevalencia de vida de 2.0% y 0.2% respectivamente. El 14.7% de la población a nivel nacional indica que durante los últimos 30 días se emborrachó una o más veces, lo cual designa una población de 574.358 personas. (CONSEP, 2007)

FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Sobre el paradigma Crítico Propositivo se expone que: "Este enfoque privilegia la interpretación, comprensión y explicación de los fenómenos sociales en perspectiva de totalidad". Herrera, Medina, & Naranjo (2010) p.20. Editorial Corona. Tutoría de la Investigación Científica.

La presente investigación se encuentra alineada en el paradigma Critico ya que se inclina al análisis y cuestiona la realidad referente a las tendencias afectivas de los jefes de familias y disolución familiar en los casos atendidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato y propositivo porque busca plantear alternativas de solución al problema planteado que se está presentando para mejorar el estilo de vida de las personas. De igual manera, al estar comprometido con los seres

humanos, el enfoque crítico propositivo propicia la participación de los actores involucrados en el proceso investigativo.
Dentro de la municipalidad los pacientes atendidos expresan sus experiencias las cuales son críticamente examinadas buscando las razones por las cuales se da este problema.

FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

> La ontología es la investigación del ser en tanto que el ser, en general, más allá de cualquier otra cosa en particular, es o existe. Así mismo, también se dice por parte del autor "que es el estudio de los seres en la medida en que existen, y no en la medida en que hechos particulares obtienen de ellos una serie de propiedades particulares. Tochozo Sasa (2011). Editorial Edumet. Investigación.

La fundamentación ontológica se refiere a la razón de ser del proyecto, que consiste en el hallazgo de los factores riesgo que ocasionaron el problema a fin de hallar una posible solución. Crea un interés continuo por el estudio de los cambios que ha sufrido el adicto al alcohol y el entorno tomando como referencia el problema planteado para proponer una solución que ayude a evitar la disolución familiar proveyendo tratamiento médico y psicológico para lograr su rehabilitación e inserción en la sociedad.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La presente investigación se fundamentó dentro de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y en la Ley Orgánica de Defensa de Salud. Por ello se ha tomado en consideración artículos precisos entre los que se destacan a continuación:

Según la ley De Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes tenemos:

Dentro del Artículo 3 referente al Ámbito de la Ley tenemos los siguientes numerales**:**
2.- La producción, elaboración, extracción o preparación, bajo cualquier procedimiento y en cualquier fase o etapa, de materias primas, insumos, componentes, preparados o derivados de las sustancias sujetas a fiscalización;
3.- La tenencia, posesión, adquisición y uso de sustancias sujetas a fiscalización, de las materias primas, insumos, componentes, precursores u otros productos químicos

específicos destinados o elaborarlas o producirlas, de sus derivados o preparados, y de la maquinaria, equipos o bienes utilizados para producirlas o mantenerlas;

4.- La oferta, venta, distribución, corretaje, suministro o entrega, bajo cualquier forma o concepto, de las sustancias sujetas a fiscalización;

8.- El comercio, tanto interno como externo, y, en general, la transferencia y tráfico de las sustancias sujetas a fiscalización y de los componentes, insumos o precursores u otros productos químicos específicos necesarios para producirlas o elaborarlas.(Ley de Sustancias, Estupefacientes y Psicotrópicas, 2015, pág. 1)

Según la Ley Orgánica de la Salud se expone lo siguiente:

Art. 38.- Declarase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva.

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras substancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.

Art. 47.- Se prohíbe la distribución o entrega de bebidas alcohólicas, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos.

Art. 48.- La publicidad de bebidas alcohólicas por ningún motivo se vinculará a la salud, al éxito deportivo o a la imagen de la mujer como símbolo sexual. La autoridad sanitaria nacional vigilará y controlará el cumplimiento de esta disposición.

Art. 49.- Los envases de bebidas alcohólicas, deben incluir de forma clara, visible y comprensible, la advertencia de su carácter nocivo para la salud; y, para la impresión de la advertencia, se seguirán las especificaciones previstas en el reglamento correspondiente.

Art. 50.- Salvo en los actos autorizados por la autoridad competente, se prohíbe consumir bebidas alcohólicas y de moderación, en instituciones públicas, establecimientos educativos, sean públicos o privados, servicios de salud, lugares de trabajo, medios de transporte colectivo, salas de cine y teatro, y otros espacios que se definan en los reglamentos correspondientes emitidos por la autoridad sanitaria nacional. En estos establecimientos se colocarán advertencias visibles que indiquen la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas. Honorable Asamblea Nacional (2008) Ley Orgánica de la Salud. págs. 9,10.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

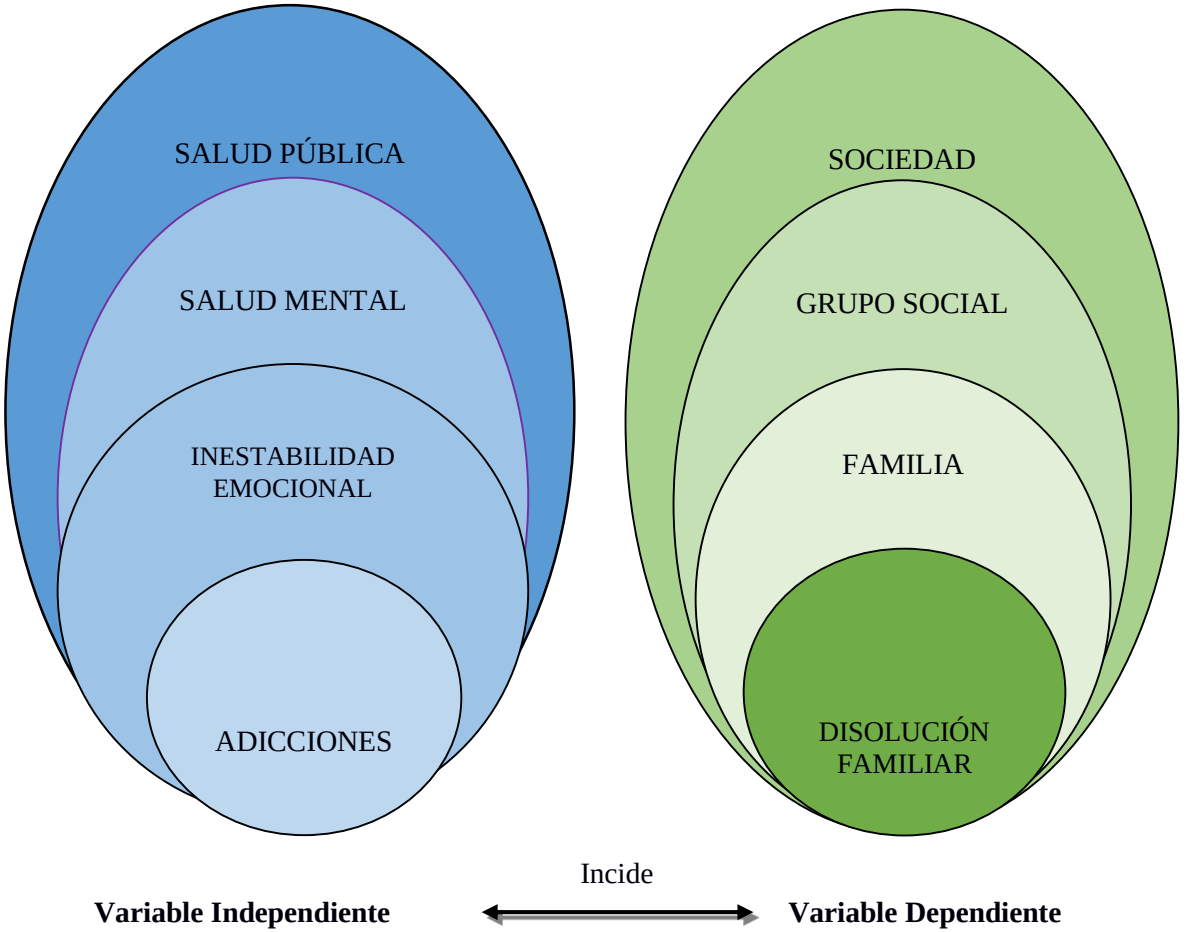


Gráfico 2: Categorías Fundamentales
Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

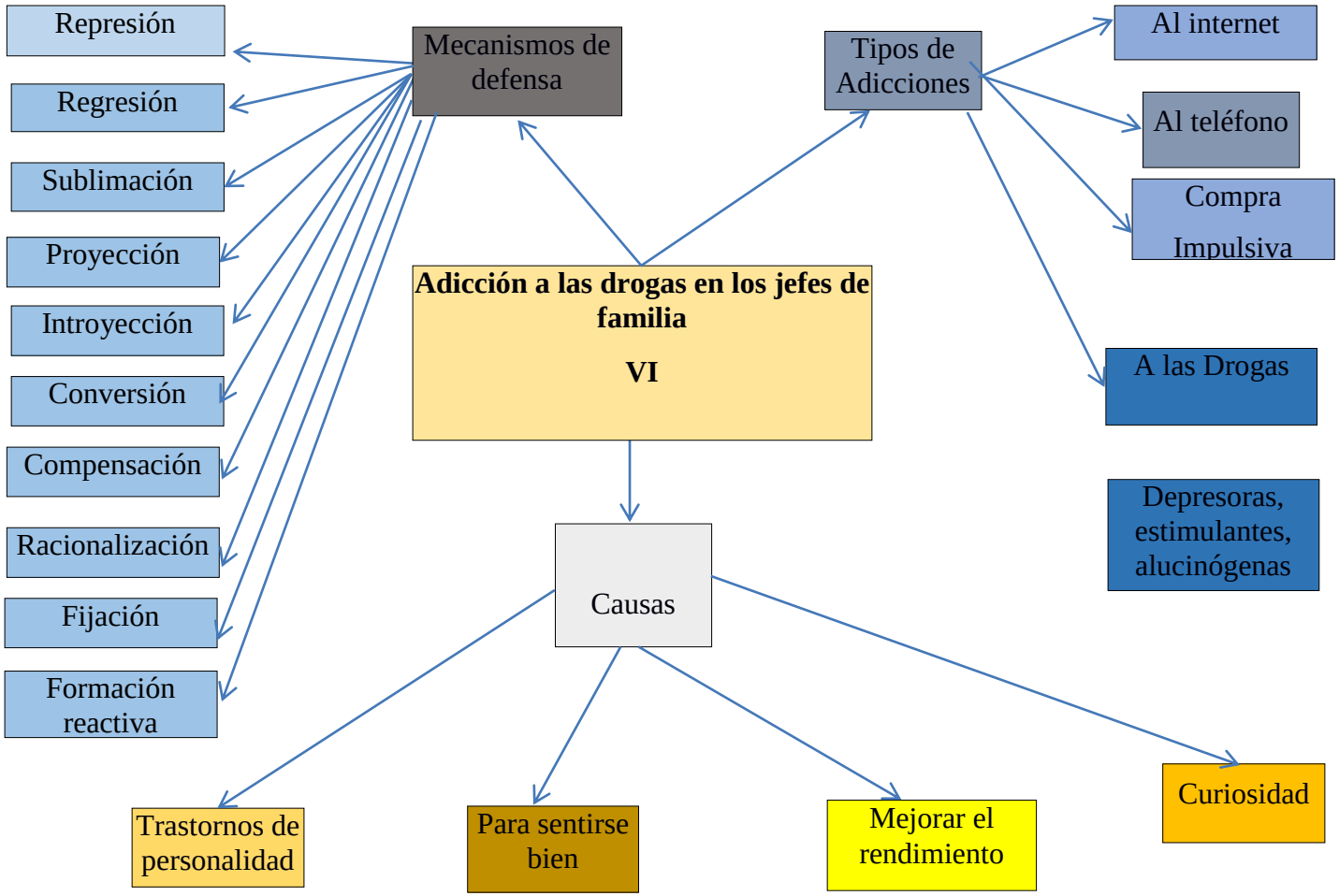


Gráfico 3: Constelación de ideas Variable Independiente
Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

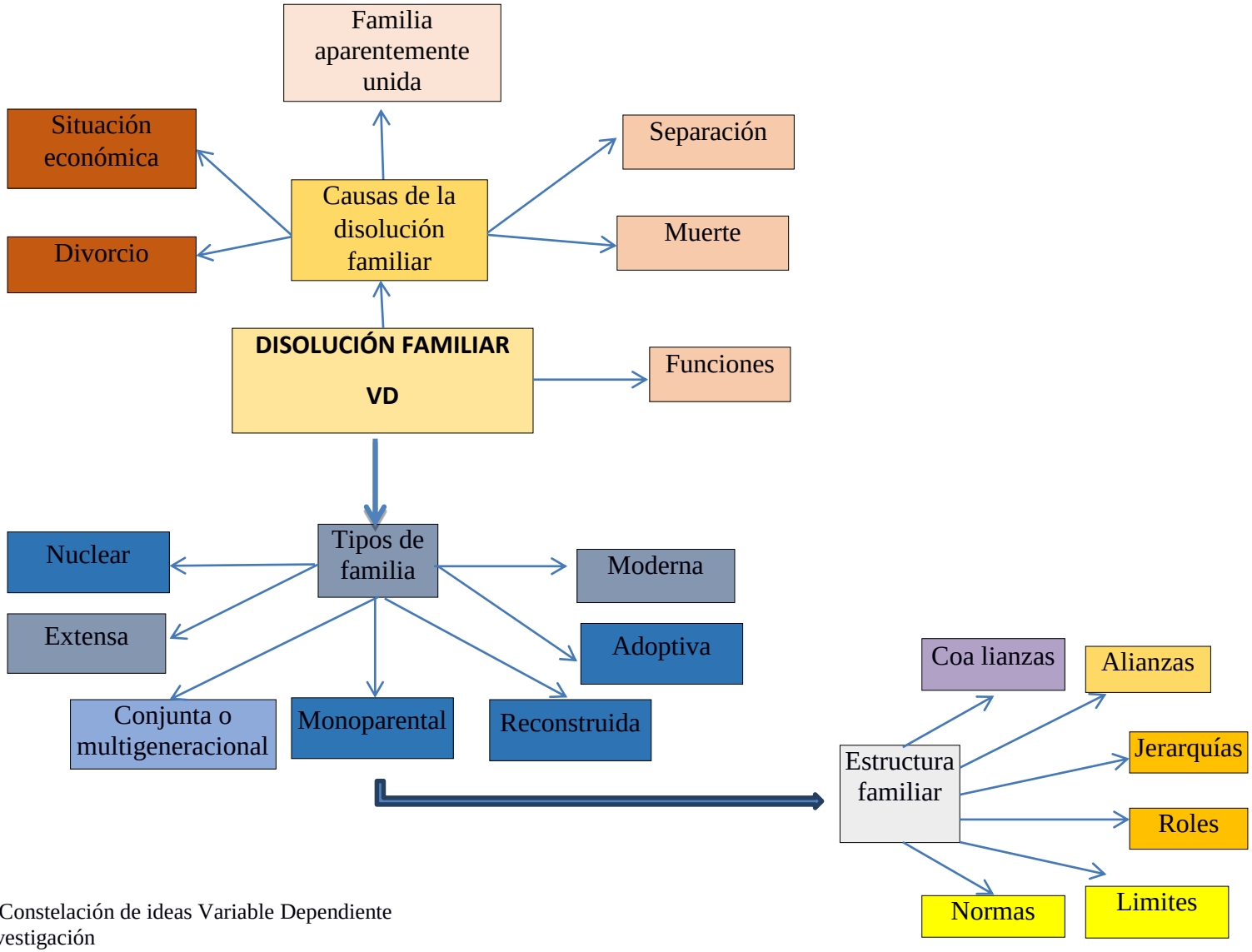


Gráfico 4: Constelación de ideas Variable Dependiente
Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Descripción de la Variable Independiente

SALUD PÚBLICA

> Según la Organización Mundial de la Salud
> La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud.Organización Mundial de la Salud (1998), p. 12. Editorial OMS.

La Salud Pública promueve la prevención y tratamiento de enfermedades de la sociedad a través de programas y entidades subsidiarias que atienden al colectivo de manera amplia y gratuita apoyada en la Constitución de la república que protege el derecho a la salud. Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar un auto evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Se ha definido como: Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública.

> Definiendo a la Salud Publica como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una

noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- Promoción de la salud
- Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría
- Regulación y fiscalización en salud pública
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Actividades de la salud pública

La salud pública como tal tipificada en la Constitución de la República del Ecuador desempeña diversas funciones que tienden a mejorar la salud de los ecuatorianos. Dichas funciones se detallan a continuación:

Protección de la Salud

Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

Dentro del GAD Municipal de Ambato existen ordenanzas en las cuales se basan el Ministerio de Trabajo así como el Ministerio de Medio Ambiente quienes se encargan de regular y prevenir la contaminación del medio ambiente con lo cual se cumple esta función de protección de salud pública ya que para cualquier empresa es necesario a

través del Municipio acceder a los permisos pertinentes. Así también a través de la intendencia de la policía se procede a la confiscación de alcohol adulterado y sustancias psicotrópicas y estupefacientes para evitar el libre acceso a la población especialmente a los menores de edad. De la misma manera se controla el expendio y consumo de alcohol según los horarios establecidos en la ley.

Promoción de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, (2013), pág. 8, editorial: OMS son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

La municipalidad de Ambato consiente con su responsabilidad social a destinado la casa de la familia a través de la cual se oferta entre otras campañas la que fomenta la actividad física que indudablemente ayuda a mejorar la salud de los pobladores, además de campañas que propenden a la buena alimentación de asepsia.

Prevención de la Enfermedad

Se refiere a las actividades que tienen como objetivo educar a la gente para que prevenga eficazmente cualquier tipo de enfermedad, capacitando al individuo en lo que a sus hábitos y conductas se refiere para proteger su integridad. Al educar a las personas o individuos se pueden prevenir muchas enfermedades que en la actualidad son muy comunes y a su vez también se pueden prevenir adicciones que se presentan en la población por falta de información y por ende se puede lograr una población libre de drogas. Organización Mundial de la Salud (1998), p. 12. Editorial OMS.

En estos dos años de administración municipal se han realizado charlas juntamente con el CONSEP a los estudiantes de los colegios de la ciudad de Ambato con una campaña

denominada “Alguien podría estar hablando de drogas con tus hijos, y tú, ¿cuándo lo vas a hacer?”. La cual demuestra esta función de salud pública.

Restauración de la Salud

> Tiene que ver con todas las actividades a través de las cuales se pretende mejorar, prevenir y recuperar la salud de un individuo de manera integral con la intervención de los servicios sanitarios que brinda el estado, tomando en cuenta la responsabilidad que tienen con el ciudadano a través de la constitución como derecho obligatorio. Para esto se presentan dos niveles definidos que son la atención primaria y la atención hospitalaria. Organización Mundial de la Salud (1998), p. 12. Editorial OMS.

En lo referente a la función de restauración de la salud el Gobierno Ecuatoriano a través del Ministerio correspondiente ha avanzado eficazmente con la dotación de nuevos centros de salud de libre acceso a la comunidad especialmente en la provincia de Tungurahua la cual es el modelo a seguir para todo el país con la construcción y renovación de varios centros médicos. Dentro de la Municipalidad existe el centro de rehabilitación ambulatoria a los adictos al alcohol en donde se trata integralmente su enfermedad con el objetivo de rehabilitarlos.

SALUD MENTAL

> Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de

> sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer. Organización Mundial de la Salud (1998), p. 12. Editorial OMS.

Según Organización Mundial de la Salud, (2013), editorial: OMSLa salud mental representa el estado en el que se encuentran las emociones de una persona, las cuales determinan su comportamiento e interacción con la sociedad, la salud mental determina la conducta del individuo, su capacidad de desarrollar sus metas y objetivos, sus relaciones afectivas, laborales y de convivencia. Por lo general quienes se determinan como vulnerables dentro de la sociedad tienen afecciones a su salud mental así pues los adultos mayores y los niños suelen ser los primeros afectados y quienes tanto por los aspectos culturales y económicos que presenta la sociedad.

La salud mental de una persona también depende de su cultura, su nivel económico, y el ambiente por el que se rodea muchas personas son muy vulnerables a comentarios de los demás y esto puede afectar a su salud mental puesto que se pueden confundir de ideas y pensamientos, por ejemplo a un niño que le molesten desde pequeño va a crecer con muchos complejos y estos se darán a notar cuando llegue a la edad adulta ya que su salud mental a estar desequilibrada.

INESTABILIDAD EMOCIONAL

La inestabilidad emocional se presenta a través de cambios bruscos en la personalidad del individuo cambiando drásticamente de la alegría a la melancolía o de la excitación al

desasosiego de un día para el otro y en ciertos casos dentro del mismo día sin ninguna explicación. Su estado emocional representado gráficamente simula una montaña rusa que refleja su cambio paulatino de humor y su inmadurez. Enrique Rojas, (2014), pág. 15, editorial: Fundacion Humanae. La personalidad.

Se observa con demasiada frecuencia que las personas con inestabilidad emocional emiten numerosas quejas sobre los principios o valores que le inculcaron desde la infancia, así como tradiciones, cultura costumbres y formas de vida, se sienten víctimas de determinado tipo de vivencias o de la educación recibida. Sin embargo, repiten, sin que en la mayoría de los casos sean conscientes de ello, el mismo esquema o principio del cual se están quejando. Santiago López, (2005), pág. 378, editorial: PIRAMIDE. Inestabilidad Emocional.

La inestabilidad emocional se presenta en personas que no tienen un autoestima elevado en un minuto están felices y al siguiente están tristes no pueden tener un equilibrio en sus emociones porque se sienten victimas de determinado tipo de vivencias o de educación recibida. Sienten que no valen nada para la sociedad y eso les impide ser felices no pueden tener estabilidad emocional por más que quieren puesto que con cada fracaso se sienten peor intentan mostrar algo diferente a las demás personas pero al final todos se dan cuenta de la persona inestable que puede ser.

La ciudad de Ambato a pesar de su pequeña extensión física agrupa una importante actividad comercial teniendo a sus pobladores siempre trabajando al máximo de su capacidad incidiendo en la estabilidad emocional de cada poblador preocupaciones como el pago de arriendo, impuestos, entre otras obligaciones lo mantienen en un nivel de alerta constante sumado a los problemas personales crea un ambiente tenso promoviendo una conducta asequible a adquirir alguna adicción no solamente de los jefes de hogar sino también a sus hijos quienes al no tener a sus padres en su casa todo el día pueden optar por conductas nocivas para su salud. Reflejo de esto según la tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en enseñanza media 2008 presenta a Ambato como tercera a nivel nacional en consumo de marihuana y la séptima en consumo de tabaco.

LA ADICCIÓN

“La adicción se define como un trastorno que involucra interacciones complejas entre variables biológicas y ambientales”.Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ., (2003) The addicted human brain: insights from imaging studies.

Lenín Torres (2007), editorial: UOC. El adicto y la familia en recuperacion. En lo referente al impacto de la adicción en las familias sostiene lo siguiente:

> “La adicción daña las relaciones familiares, haciendo muy difícil la expresión del amor sano. El desprendimiento emocional habilita al codependiente para poder ejercer y brindar el amor que el siente por el adicto. A la misma vez que le permite establecer límites sanos con claridad y firmeza. La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción”.

La adicción afecta profundamente los lazos familiares a tal punto que es difícil establecer quién es el culpable de esta situación convirtiéndose todos los integrantes del grupo familiar en verdugos y cómplices del adicto. Así también el tratamiento integral del mismo no se termina con su rehabilitación sino también con el tratamiento de todos los miembros de la familia para alcanzar su salud emocional colectiva y puedan reintegrarse a su vida cotidiana.

Para varios autores: “La adicción es toda conducta sistemática que genere una transformación obstaculizadora en la reproducción de su vida cotidiana y que pueda categorizarse como adictiva” Brizuela, Fernández, & Murillo, (2009), editorial: Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Adicciones.

De este concepto consideramos la esencia de lo que significa una adicción al exponer que ésta representa un comportamiento prestablecido por un individuo y que perjudica su desenvolvimiento normal en su actividad personal como con la sociedad y que se manifiesta en su conducta diaria.

El centro de rehabilitación de GAD Municipal de Ambato para las adicciones de los jefes de familia se ha analizado y estudiado diversos casos, experiencias y opiniones sobre las adicciones entre las que tenemos:

"Por más que pase el tiempo nunca nos recuperamos completamente, no importa cuánto tiempo llevemos limpios". "Después de pasar algún tiempo en el programa, algunos empezamos a pensar que estamos curados". "Vemos que sucede entre nosotros todos los días este milagroso cambio de posición es la evidencia del despertar espiritual". "Cuando dejamos de vivir aquí y ahora, nuestros problemas se magnifican de manera exagerada". Mostrando de esta manera que los adictos al alcohol no se recuperan totalmente de su vicio y si no es constante la adicción puede volver con mucha más fuerza.

Debemos tomar en cuenta para que un paciente acepte que tiene una adicción tiene que pasar por algo muy fuerte, la mayoría de pacientes que entran a centro de rehabilitación han pisado fondo y se han dado cuenta que de verdad tienen un problema, muchos de ellos han perdido a sus familias por culpa del alcohol, al principio una persona adicta cree que puede controlar el consumo del licor o cualquier otra droga, estas personas creen poder dejar de consumir estas sustancias psicotrópicas que les van consumiendo poco a poco y al final terminan atrapados del vicio y cuando se dan cuenta ya no pueden salir fácilmente de él.

La adicción es una enfermedad crónica que se caracteriza el uso y el abuso de sustancias tóxicas y otras nocivas para la salud es un problema muy grave que deja secuelas en la persona abusando de las drogas y desarrollando comportamientos y cambios de personalidad tal es así el bajo rendimiento en sus actividades diarias.
La sociedad durante toda su historia siempre ha tratado de mostrar su mejor cara por lo que se ha tratado de esconder a quienes para ellos dan una mala imagen, así pues se han hecho campañas para retirar los adictos de las calles y evitar que den una mala imagen pero esto queda ahí pues luego de un tiempo vuelven a las calles y no se ha logrado ninguna mejoría ni cumplir con la responsabilidad social que tenemos en la comunidad.

En cuanto a números se refiere existe datos sobre adictos en cada país pero únicamente de quienes de manera voluntaria u obligados han iniciado un tratamiento para su problema, pero no se tiene datos sobre quienes mantienen su adicción camuflada en

reuniones sociales o hábitos familiares, por lo que se hace imprescindible tomar en cuenta y levantar información sobre estas personas.

Tipos de adicciones

Al Internet

> Según Sánchez, Beranuy, Castellana, Chamarro, & Oberst (2008), Art. de revista. Adicción al Internet Moda o Trastorno.
>
> La actividad se convierte en la más importante al dominar pensamientos y sentimientos, de modo que cuando no se está conectado, se piensa en qué se debe hacer para conseguir una conexión o en qué se hará durante la próxima conexión. Parece que nada es posible sin Internet y todo gira en torno a ella. Aparece preocupación por Internet cuando no se está conectado, así como un impulso irresistible a realizar la conducta. Paralelamente, se limitan las formas de diversión, se reducen las relaciones sociales y la actividad física. Las amistades y el ocio giran exclusivamente en torno a Internet. Este aislamiento, unido a que se siente una intensa intimidad en línea, posibilita la experiencia de satisfacción inmediata y huida de los problemas. El estado de ánimo se modifica y se produce una sensación creciente de tensión que precede inmediatamente al inicio de la conducta; la persona afectada experimenta placer o alivio mientras se realiza la conducta, y agitación o irritabilidad si no es posible realizarla. La conducta se ejecuta pese al intento de controlarla y/o no se puede detener una vez iniciada. Se permanece muchas horas conectado y/o se pierde la noción del tiempo. La persona es incapaz de interrumpir la conexión -'un minuto más', 'ahora voy'- y se conecta, pese a no pretenderlo, arguyéndose diferentes excusas -comprobación compulsiva de mensajes-, o se conecta antes y durante más tiempo. Es característico que la intensidad de los síntomas aumente gradualmente.

El internet desde sus inicios en 1958 ha ido evolucionando como el medio de comunicación más utilizado en el mundo entero y que ha causado dependencia por un gran porcentaje de la humanidad, la cual hoy en día no concebiría la comunicación sin el internet, pues en donde más se puede encontrar información de manera inmediata y a un botón de distancia.

Es por tal razón que el individuo se ha hecho excesivamente dependiente de estar conectado en la red pues hasta las relaciones personales se realizan en la actualidad a través del internet y la falta del mismo crea inseguridad y hasta depresión de ciertas personas que no pueden pasar mucho tiempo desconectados y se vuelve adictos en este tema.

Xavier Sánchez, (2008), pág. 4, Adicciones y tecnologías que son y como tratarlas.

> "Sólo son posibles en Internet (específicas) y las que son variantes de la adicción primaria (secundarias). Las adicciones a Internet secundarias forman parte de la adicción conductual que las provoca y no son auténticas adicciones tecnológicas. Comprenden la adicción al sexo (pornografía, buscar relaciones sexuales, cibersexo), al trabajo, a las compras, a jugar en bolsa y el juego patológico (casinos y apuestas deportivas virtuales)".

Dentro de este tipo de adicción a parte de la pornografía, ha venido tomando fuerza en estos últimos años lo referente a las redes sociales, que sumergen especialmente a los jóvenes en una interrelación vía web alejándolos de la interacción presencial con el resto de la comunidad convirtiéndolos en esclavos de sus equipos tecnológicos como computadoras, celulares, y demás, perdiendo de esta forma el sentido actuar en y con la sociedad.

Al sexo

Para Kalichman, Cherry, Cain, Pope, & Kalichman, (2005), pág. 243. Psychosocial and behavioral correlates of seeking sex partners on the internet among HIV-positive men. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16336075

> "El adicto pierde varias horas todos los días en la búsqueda del objetivo sexual en una vorágine de sexo sin control. El orgasmo genera insatisfacción, pero esta lleva, a su vez, a la búsqueda compulsiva del placer. Como en el caso del resto de las adicciones,

el sexo como adicción conlleva consecuencias negativas en la vida cotidiana: desmoronamiento de la autoestima, pérdida de la pareja, riesgo de contraer sida y enfermedades de transmisión sexual, problemas legales derivados del acoso sexual, pensamientos obsesivos en relación con el sexo e incluso intentos de suicidio. Además, en las personas afectadas e habitual dejar de lado el cuidado del aspecto físico y de la salud, así como las actividades sociales, laborales o familiares".

Los comportamientos que caracterizan a una persona adicta al sexo, pueden ser: frecuentes relaciones sexuales con personas anónimas, habituales relaciones extramatrimoniales, múltiples relaciones con prostitutas, uso abusivo de material erótico o pornográfico, masturbación compulsiva, pedofilia, bestialismo así como intentos fallidos para eliminar o reducir la conducta compulsiva para satisfacer su instinto sexual que no es fácil de controlar y posibles problemas judiciales asociados a su conducta sexual.

Detrás de todo este repertorio de comportamientos, existe una serie de signos o síntomas que caracterizan a la persona que ha desarrollado una adicción al sexo: falta de control generalizada en diferentes áreas de su vida, depresión y baja autoestima, evitación y no afrontamiento de las emociones desagradables, pensamientos obsesivos de temática sexual, soledad, rabia, aburrimiento, culpabilidad y vergüenza, etc.

La diferencia que describe al adicto al sexo, es el perjuicio que resulta de la imposibilidad para controlar su conducta. Diferentes esferas de la vida del adicto al sexo se ven perjudicadas: familia, trabajo, relaciones sociales, economía, problemas legales, etc. El adicto al sexo pierde el objetivo en primer lugar de progenie de la especie y más aún deja de lado el sentimiento placentero de la actividad sexual convirtiéndose en un acto que cada vez infringe mayor insatisfacción y vacío sentimental, pisoteando su autoestima y alejándolo de una vida sexual plena.

Al Teléfono

Para Miguel Criado, (2007). Enfermos del Móvil. "el móvil puede llegar a generar modificaciones del estado de ánimo, ansiedad, sentimiento de inseguridad invalidante, miedo a salir sin él, tener que volver por él si se olvida y/o no ser capaz de hacer nada sin el móvil"

El teléfono celular de esta época no se iguala en ningún sentido a los de inicio de los años noventa (90) pues la llegada de los smart phones (teléfono inteligente) ha cambiado en trecientos sesenta grados la comunicación pues ya no solamente es a través del sonido sino ahora hasta se puede realizar una video llamada en la cual puedes ver al receptor en vivo en cualquier parte del mundo. Además de poder acceder al servicio de internet.

Asimismo podemos observar una cierta dependencia psicológica pues la incapacidad para controlar o interrumpir su uso es patente cuando los usuarios intentan controlar el uso del móvil bloqueando las llamadas o la cuota, desconectando el sonido o apagando la terminal, pero al hacer esto se produce una desesperación adicional que conlleva a volverlo a usar y con mayor frecuencia, llegando a conductas severas de ansiedad cuando se queda el móvil en casa y el individuo cuenta las horas para volver a tenerlo entre sus manos Muñoz & Agustín, (2005) , pág. 490

En la actualidad las personas crean dependencia de los móviles que se ha vuelto un medio de comunicación muy grande a nivel de todo el mundo ya que por medio del mismo podemos estar en contacto a cualquier hora sea por redes sociales, mensajes o por video llamadas, creando así gran ansiedad por este aparato al punto de no poder salir sin él.

Compra Impulsiva

Luna, Puello, & Botero, (2004), pág. 8. La compra impulsiva y el materialismo en los jóvenes.

La compra impulsiva se podría mirar como un fenómeno de tipo social, que tiene como caldo de cultivo la concepción materialista del consumidor, la cual se manifiesta en una baja resistencia cognitiva a las estrategias comerciales y en la exagerada valoración dada a la adquisición de productos suntuosos. Diríamos, además, que la compra impulsiva surge como consecuencia de! crecimiento complejo de la sociedad, manifestada en la internacionalización de las economías con sus respectivas incidencias psicológicas y materiales sobre el individuo.

El comprador impulsivo adquiere bienes o servicios que por lo general terminan en una bodega y no son utilizados para lo que supuestamente se compró y muchas veces se endeuda para poder obtener los productos determinando una vida llena de problemas financieros, llevando a su familia a una inestabilidad económica constante.

A las Drogas

Para García del Castillo, J. (2006), pág. 3, Art. de revista. Salud y Drogas. La adicción a las drogas en contexto mundial expone lo siguiente:

> "En los últimos informes que dio a conocer la ONU acerca de la problemática que envuelve el intrincado y, todavía, desconocido mundo de las drogas, se mencionan cifras de consumidores anónimos a nivel mundial, que ascienden a unos 200 millones de almas que se han visto las caras con alguna droga ilegal. Dicho así, en un mundo que alberga a más de seis mil millones de personas, puede sonar incluso benigno, ya que no alcanzaría ni el 4% de la población y, además, de una población desconocida para la mayoría de nosotros, gentes sin nombre, sin rostro, sin existencia real en nuestro mundo. El problema se agudiza si empezamos a analizar las cifras desde un punto de vista más realista, porque esos doscientos millones se convierten en más de 600, que de alguna forma estarían implicados, si calculamos sobre la base de una familia nuclear de tres miembros de media. Si lo extendemos un poco más y contamos el entorno social y laboral de cada uno de esos 200 millones podríamos llegar a multiplicar hasta por 10, llegando así a un fenómeno de más de 2.000 millones de personas, que se encuentran enredadas, de una u otra forma, en el problema del consumo de drogas, es decir, un tercio de la población mundial. Seamos conscientes de que en estas cifras no estamos teniendo en cuenta a todos aquellos ciudadanos de la aldea global que fuman tabaco a diario se cifran en más de 1.300 millones por no hablar de todos los que se encuentran ahogándose literalmente en alcohol, cuyas cifras me permito omitir. Es duro hasta pensarlo, pero la sociedad de la información, esa en la que estamos integrados todos nosotros, se apresura y se desvive por indicarnos, que beber alcohol moderadamente puede resultar saludable; consumir derivados del cannabis puede ser terapéutico para determinados males del cuerpo; algunos analgésicos, en dosis adecuadas, son beneficiosos para protegernos de males mayores, como los problemas coronarios; drogas, como la morfina, son la panacea para el sufrimiento que nos produce un fuerte dolor o malestar crónico. Se diría, que la información que nos llega, amortigua los desmanes de sustancias que sabemos positiva y demostradamente que son perniciosas para nuestra salud y consiguen ese efecto

mágico de normalizar el producto, hasta el punto de que veinte de cada cien españoles piensan que probar las drogas es constructivo, propio e incluso positivo".

La adicción a las drogas es un problema que aqueja a todo el Ecuador puesto que estas están al alcance de todas las personas, el alcohol tomado con medida es saludable al igual que la marihuana puede ser terapéutica para determinados males del cuerpo pero el abuso de las mismas causa adicciones y las personas piensan que pueden controlarlo pero después se dan cuenta que no pueden vivir sin ellas.

"Durante gran parte del siglo pasado, los científicos que estudiaban el abuso de drogas trabajaban a la sombra de poderosos mitos y conceptos erróneos acerca de la naturaleza de la adicción". (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014).

La adicción a drogas se caracteriza por un consumo abusivo y continuo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas que provoca en el individuo, y una aparente pérdida de control sobre la conducta.

Las personas con adicción a drogas continúan consumiendo las sustancias a pesar de tener conciencia de los problemas que parecen causados por su consumo y a pesar de mencionar la frase "yo puedo dejarlo cuando yo quiera", cada vez es más difícil salir de ellas afectando de manera más profunda su conducta y causando daños en primer término a la familia y posteriormente a la sociedad.
Estas características clínicas señalan, desde el punto de vista neuropsicológico, posibles alteraciones en los mecanismos reguladores de la toma de decisiones y del control inhibitorio, dejando al individuo en un estado de alerta constante que le hace creer que el consumo de drogas lo hace más suspicaz y tomando decisiones sin razonarlas con el objetivo primordial de satisfacer su adicción Lubman Yucel, (2007), Art. de revista

Tipos de Drogas

Luis Solís, (2012), pág. 10, Art. de revista. Clasificación y efecto de las drogas en hombres y mujeres. Expone la siguiente clasificación de las drogas:

Depresoras

> Estas drogas se unen al receptor y bloquean o inhiben las funciones del mismo. Se le llaman sustancias depresoras del sistema nervioso, pues causan efectos tales como disminuir el estado de alerta hacia el ambiente, reducir la respuesta a la estimulación sensorial, reducir el funcionamiento cognitivo, disminuir la espontaneidad y reducir la actividad física. Entre estas se encuentran: alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, disolventes volátiles y opiáceos como opio, morfina, heroína, Derivados del opio (morfina, heroína y codeína). Luis Solís, (2012), pág. 10, Art. de revista.

Atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden provocar, dependiendo de la dosis administrada, diferentes grados de inactivación (relajación, sedación, somnolencia, anestesia e incluso coma)

El alcohol es el producto más consumido en el Ecuador de manera incluso cultural y que se ha justificado en ciertos casos su consumo, minimizando el gran efecto conductual y social de los consumidores.

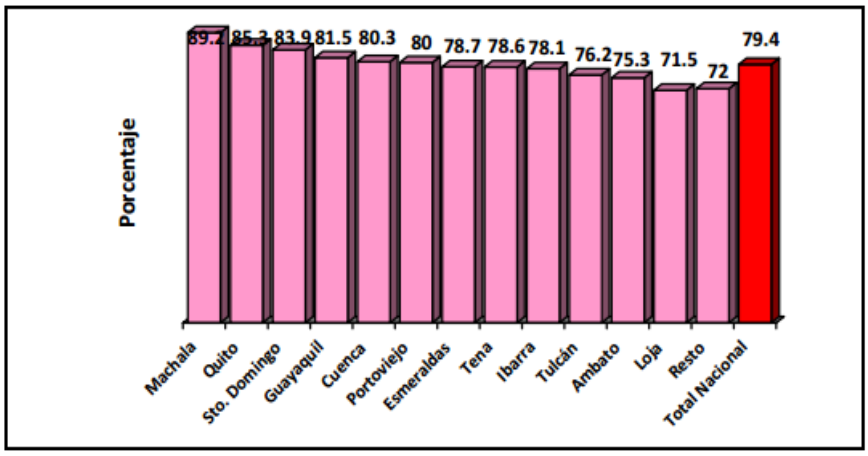


Gráfico 5: Prevalencia de vida de consumo de alcohol, por ciudad
Fuente: Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes De Enseñanza Media (2008)
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Las drogas depresoras actúan sobre el sistema nervioso así afectando al rendimiento físico de la persona que las consume, como también reduce la respuesta a la estimulación sensorial puesto que desactiva el cerebro y este no puede pensar de manera correcta,

además de reducir el funcionamiento cognitivo es decir la persona que consume este tipo de drogas sufre de pérdida de memoria y disminuir la espontaneidad quita de la persona la voluntad propia de hacer algo.

Estimulantes

> Las drogas de este tipo al unirse al receptor, producen acciones que simulan o potencian las funciones del transmisor. Además actúan bloqueando la inhibición o produciendo excitación directa en las neuronas. Se les llaman sustancias estimulantes del sistema nervioso, pues cambian el humor, produciendo euforia, incrementa el estado de alerta, reducen la fatiga, producen un sentimiento de mucha energía, disminuyen el apetito y quitan el aburrimiento. Algunos de sus efectos secundarios pueden ser ansiedad, insomnio e irritabilidad. Entre las drogas estimulantes se puede mencionar la cocaína y anfetaminas. Luis Solís, (2012), págs. 1-48.

Son las drogas que hoy en día más consumo se presenta debido a su facilidad para acceso así como la tendencia de la juventud a sentir sus efectos. Aumenta aparentemente la euforia, bienestar y aumento de la energía así como también evita la sensación de dolor, cansancio y hambre.

El principal producto y que se vende de manera legal a mayores de edad es el tabaco que a pesar de los constantes programas para evitar su consumo a nivel mundial, sigue siendo una industria que maneja millones de dólares.

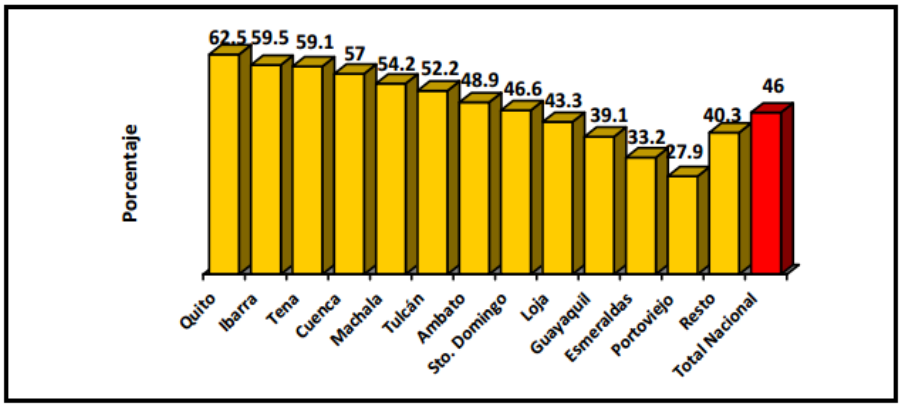


Gráfico 6: Consumo de tabaco en el Ecuador
Fuente: Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes De Enseñanza Media (2008)
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Alucinógenos

> Estas son sustancias naturales o fabricadas químicamente, que alteran la percepción, el pensamiento, la orientación y la memoria y en algunos casos producen comportamientos similares a los que se observan en los pacientes psicóticos. Los efectos de los alucinógenos, suelen notarse unos veinte o treinta minutos después de haber sido ingeridos. Anteriormente se les llamaba psicodélicos. Algunas de estas drogas son: LSD y el grupo de cannabinoides (como la marihuana).Luis Solís, (2012), págs. 1-48.

En la provincia de Tungurahua la marihuana es una de las más consumidas por la supuesta versión de ser una droga natural y no causar mayor problema de salud o adicción. Se puede mencionar que esta droga es muy consumida por los jóvenes porque los mismos piensan que pueden salir de sus problemas puesto que esta droga causa alucinaciones y les lleva a un mundo de fantasía.

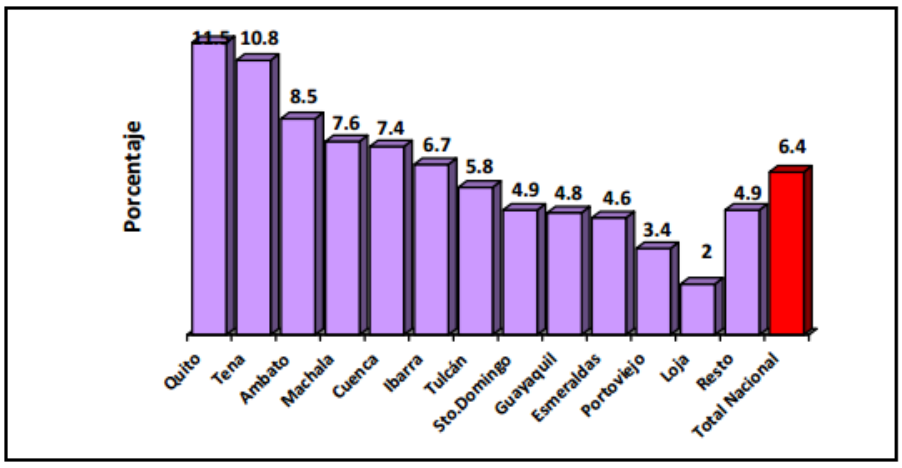


Gráfico 7: Consumo de marihuana a nivel nacional
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes De Enseñanza Media (2008)

Los trastornos se presentan mayormente en los adictos al alcohol y es una patología de índole psíquica que deriva en que las personas que la padecen pierden la noción de la importancia de las normas sociales, como son las leyes y derechos individuales.

Causas de las adicciones

En general, las personas comienzan a consumir drogas según Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (2014), pág. 6 por diferentes razones:

Trastornos de personalidad

Para Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010), Art. de revista. Trastornos de personalidad.Exponen sobre los trastornos de personalidad lo siguiente:

> Son patrones de comportamiento inadaptados, generalizados, persistentes y muy arraigados. La alteración se localiza en el rasgo de la personalidad, más que su estado. Los rasgos inadaptados pueden ser: comportamiento , emocionales, cognoscitivos, perceptivos y psicodinámicos La necesidad de conocerlos mejor ha surgido por tres razones fundamentales: la constatación de que se trata de trastornos frecuentes en la comunidad, y se detectan en medios socioculturales distintos; el daño o perjuicio que suponen para el individuo que los padece, la familia y la sociedad en general, la evidencia de que son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, así como para el resultado del tratamiento. (p.1)

El trastorno de personalidad trastoca la funcionalidad de la familia puesto que esta conducta repercute en la salud del individuo y se manifiesta en sus actividades lo que ayuda a pronosticar las posibles enfermedades del paciente.

El alcohólico en particular presenta trastornos determinantes en la mayoría de los casos de estudio. Esta aseveración se fundamenta en el estudio realizado por varios autores que se refieren a continuación:

Tabla 2: Estudio del Trastorno de la personalidad en alcohólicos en el tiempo

AUTOR Y AÑO	N	TASA GLOBAL	TRASTORNO
Zimmerman y Coryell (1989)	145	38,6%	• Antisocial: 9,6% • Pasivo-agresivo: 6,8% • Histriónico: 5,5% • Esquizotipico: 4,8% • Límite: 4,8% • Obsesivo-compulsivo: 3,4% • Paranoide: 1,3% • Esquizoide: 0,6% • Evitativo: 0,6% • Dependiente: 0,6%
De Jong *et al.* (1993)	178	78%	• Histriónico: 33,7% • Dependiente: 29,2% • Evitativo: 19,1% • Obsesivo-compulsivo: 19,1% • Límite: 17,4% • Esquizotipico: 16,9% • Paranoide: 14% • Pasivo-agresivo: 14% • Narcisista: 6,7% • Antisocial: 5,1% • Esquizoide: 3,9%
Numberg *et al.* (1993)	50	64%	• Paranoide: 44% • Antisocial: 20% • Evitativo: 20% • Pasivo-agresivo: 18% • Límite: 16% • Esquizoide: 12% • Dependiente: 10% • Obsesivo-compulsivo: 8% • Histriónico: 6% • Narcisista: 6% • Esquizotipico: 2% • Datos
Powell y Peveler (1996)	104	24%	• Límite: 13% • Antisocial: 7% • Evitativo:3% • Histriónico: 2% • Obsesivo compulsivo: 1% • Autodestructivo: 1% • Esquizotipico: 1%

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Fernández & Landa, (2003), págs. 27-41, Art. de revista

Según Jong, (1993) pag.50 Editorial: ESIC menciona los trastornos de personalidad que presenta un alcohólico:

Evitativo

Este tipo de trastorno de personalidad el individuo desea relaciones interpersonales y poseen una historia más rica en relaciones. En la personalidad evitadora ha habido experiencias traumáticas tempranas de rechazo o de privación afectiva.

Este tipo de trastorno se observa en las personas introvertidas las cuales al haber tenido malas experiencias con otras personas se protegen evitando tener nuevas relaciones, observándolas como personas solitarias y que prefieren cualquier tipo

de relación a través de instrumentos tecnológicos. Muchos de estos casos al sentirse solos buscan alivio en algún tipo de adicción. Jong, (1993)

Obsesivo-Compulsivo

Puede mostrar restricción emocional y aislamiento y concentración en actividades concretas. Pero los compulsivos frente a situaciones desagradables o problemáticas sí manifiestan reacciones fuertes emocionales y tienen capacidad para relacionarse.

Este tipo de trastorno se refleja en personas que se interesan en alguna actividad de manera excesiva convirtiendo su interés en una obsesión tratando de desgregar una actividad y estudiarla hasta el último detalle sin dejar nada al azar dedicando muchas horas del día a analizar esta situación, como podemos observar es uno de los elementos que determina una adicción. El compulsivo reacciona ante cualquier estímulo de manera inmediata sin considerar los efectos que cause dicha reacción muchas veces responden con conducta violenta y sin haber razonado sobre los posibles resultados. Jong, (1993)

Límite

Este trastorno de personalidad límite es una enfermedad mental grave que se distingue por los estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables, la mayoría de individuos que sufre este trastorno de personalidad sufren de problemas para regular las emociones y pensamientos, comportamiento impulsivo e imprudente y relaciones inestables con otras personas.

Además estas personas que sufren de este trastorno tienen también tasas altas de trastornos concurrentes, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidad o suicidios.

Este es uno de los trastornos que se puede observar en los pacientes pues por su actitud impulsiva e inestable generan un ambiente propicio para fomentar una adicción. Estos individuos deben tratarse con mucho cuidado para evitar

posteriores decaídas y evitar interacción violenta con la sociedad llegando al punto incluso de agredirse a sí mismo o en el peor de los casos suicidarse. Jong, (1993)

Esquizotípico

La personalidad esquizotípica es más excéntrica y muestran varios signos clásicos de esquizofrenia: ideas de referencia, suspicacia, pensamiento extraño o discurso extraño.

Este trastorno ubica al individuo frente al individuo frente a una o varias realidades paralelas por lo que en ciertas circunstancias no interactúa o procede de manera correcta ya que en su mente espera reacciones totalmente diferentes a las que debería tener. Por lo general abusan mucho de los antidepresivos creando adicción a este tipo de drogas. Jong, (1993)

Paranoide

El trastorno de personalidad paranoide se define como una alteración de la personalidad, es decir, momentos en los que el individuo tiene una especial suspicacia con respecto a los demás, siente mucha desconfianza y recelo, interpretándolas como perjudiciales para él, con pensamientos como me quieren estafar, me van a engañar o quieren hacerme daño. Jong, (1993)

Este trastorno es muy típico entre los adictos puesto que en principio se niegan a la ayuda que se les quiere brindar puesto que su alto grado de desconfianza no les permite relacionarse de manera abierta con los demás.

Pasivo-agresivo

Las personas que tienen el trastorno de personalidad pasivo agresivo suele ponerse más de manifiesto en el ámbito laboral; son personas que no toleran la autoridad y constantemente ponen objeciones a todo lo que se les pide.

No tienen conciencia de que su conducta es la causa de sus conflictos, se sienten incomprendidos y se vengan con agresiones encubiertas, obstaculizando el trabajo del prójimo.
Viven contrariados y malhumorados, son envidiosos y rencorosos y se irritan y discuten. Pueden presentar trastornos distímicos y depresivos, así como un consumo excesivo de alcohol. Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010), Art. de revista. Trastornos de personalidad.

Este trastorno se manifiesta principalmente en los adictos al alcohol pues son personas que dentro de lo laboral no respetan la autoridad y la juzgan sin darse cuenta que ellos mismo son los causantes de su situación dentro del centro de recuperación se ha observado muchas personas con este tipo de trastorno quienes se sienten víctimas de las circunstancias y en esto excusan su refugio en el alcohol.

Narcisista

Los narcisistas son personas que no aparecen demasiado por las consultas pero sí están bastante presentes en la vida pública, sobre todo en los medios de comunicación. Todos podremos pensar en artistas, cantantes, actores, intelectuales o presentadores de televisión, por ejemplo, a los que se les ha subido el ego en exceso. Blasco Jorge, (2015) pag. 2, Editorial: UOC
Este trastorno tomando en cuenta la mitología griega la cual manifiesta que Narciso era una persona muy hermosa quien despreciaba al resto de la humanidad obtuvo su castigo de enamorarse de su reflejo en una fuente lo que le llevo a su muerte. Así pues esta referencia muestra a este tipo de personas quienes por su ego piensan que tienen el control de todo lo que dentro de las adicciones se manifiesta en las expresiones de un adicto el alcohol no me controla yo lo controlo y se presentan reacios a recibir cualquier tipo de ayuda.

Antisocial

Las personas que sufren el trastorno de personalidad antisocial a menudo están enojadas y son arrogantes, pueden ser capaces de mostrar sensatez y encanto superficiales. Es

probable que tiendan a adular y manifestar las emociones de otros, con frecuencia, están involucrados en problemas legales y consumo de drogas. Blasco Jorge, (2015), pag. 2.

Este trastorno por lo general se presenta en los adictos al alcohol cuando ya están en una etapa avanzada en la cual tienen ciertos destellos de sobriedad ocultando su verdadera conducta en la cual dejan de lado las relaciones interpersonales para segmentarse únicamente su espacio en el cual están rodeados de pleitos y litigios.

Equizoide

El trastorno de personalidad esquizoide se caracteriza principalmente por dos rasgos: hay una falta de relaciones interpersonales y el deseo de no tenerlas. El esquizoide es una persona tímida e introvertida, da la impresión de estar ensimismada, como ausente. Tiene, por ello, grandes problemas para tener y mantener relaciones familiares, de pareja y amistades. Es una persona que no tiene los recursos suficientes para enfrentarse a la vida tanto en el aspecto relacional como en el laboral. Marta Fernández Velasco, (2005), pág. 12.

Este tipo de trastorno se relaciona dentro de su propio ser prefiriendo el yo a la interacción, desarrollándose en una burbuja donde solo cuentan sus decisiones y apreciaciones, donde él es el dueño de la verdad y no quiere regirse a lo que la sociedad ha establecido como normativas de comportamientos. El adicto comúnmente tiene este trastorno pues éste quiere imponer sus propias reglas y no someterse a las leyes que la sociedad le impone.

Para sentirse bien

> De acuerdo a Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010), Art. de revista. Trastornos de personalidad.
>
> La mayoría de las drogas de abuso producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia va seguida por otros efectos, que difieren según el tipo de droga usada. Por ejemplo, con los estimulantes como la cocaína, el "high" o euforia es seguido por sentimientos de poder, auto-confianza y mayor energía. Por lo contrario, la euforia producida por los opiáceos como la heroína es seguida por

sentimientos de relajamiento y satisfacción. Algunas personas que sufren de ansiedad o fobia social, trastornos relacionados al estrés o depresión, comienzan a abusar las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en determinar si alguien comienza o continúa abusando de las drogas y en las recaídas en los pacientes que están recuperándose de su adicción. Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010)

Para rendir mejor

La necesidad que algunas personas sienten de mejorar su rendimiento atlético o cognitivo con sustancias químicas puede jugar un papel similar en la experimentación inicial y en el abuso continuado de la droga. Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010)

Por curiosidad o "porque los demás lo hacen"

En este respecto, los adolescentes son particularmente vulnerables debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío. Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C, (2010)

El inicio en las drogas tiene diversas justificaciones como lo notamos anteriormente entre ellas y las de mayor frecuencia se dan son por curiosidad y para sentirse mejor. Es familiar escuchar a un joven decir que ingiere alcohol porque alguno de sus padres lo hace o que probó algún tipo de sustancia porque sus compañeros también la probaron es una justificación a un problema que se quiere esconder y mucho menos reconocer para que el tratamiento sea inmediato y bajo el conocimiento del paciente.

Mecanismos de Defensa a las adicciones

Para Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico . Art. de revista. Expresa que:

Los mecanismos de defensa son funciones psíquicas reguladoras que se asemejan a la manera de trabajar de un relé. Su misión, dentro del psiquismo, es la de regular las

> cargas de energía (disminuyendo la tensión psíquica) para "proteger" el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional. De las cuatro emociones básicas generadoras de distintos estados anímicos, hay dos capaces de producir alteraciones en el equilibrio psíquico: el "pánico" y la "cólera". (p.1)

Los mecanismos de defensa consisten en las respuestas instantáneas que la psiquis muestra ante cualquier tipo de acción en su contra, que la persona desarrolla sin darse cuenta y de manera espontánea para asimilar o disminuir cualquier tipo de daño externo.

Entre los mecanismos de defensa existen varios autores que los exponen, en esta oportunidad se analiza el desarrollo de lo expuesto por Anna Freud a través de (Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

La Represión

> Bajo el punto de vista psicoanalítico, la represión es el "aprisionamiento en el subconsciente de recuerdos, ideas, emociones, etc. cuya exteriorización a través de la conciencia está impedida por las barreras psíquicas de la censura. Este estado tensional anormal puede liberarse de varias maneras, como por ejemplo a través del sueño y con disfraces simbólicos o a través de manifestaciones de duda, temor, ansiedad y aprensión poco normales. En algunos casos, los estados tensionales excesivos producidos por la represión se manifiestan también a través de actos o de hábitos simbólicos o simulando algún padecimiento físico como expresión de lo reprimido. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico . Art. de revista.

Este método de defensa guarda ciertos recuerdos o vivencias para que no se manifiesten en la memoria y que creen un cierto miedo al individuo al enfrentarse a situaciones similares. Se manifiesta físicamente con la rigidez del cuello, nuca y extremidades.

La Regresión

> La regresión es lo que en el A.T. (Análisis Transaccional) sería un retorno al "yo infantil" a consecuencia de un enturbiamiento del "yo adulto". Ese enturbiamiento podemos considerarlo como una especie de fracaso del Yo frente al "Objeto". El sujeto, o bien no ha recogido informaciones para actuar eficazmente sobre su realidad circundante, o no es lo suficientemente activo y emprendedor para informarse y "asegurar" la acción adecuada para dominar los hechos, circunstancias o acontecimientos. En cualquiera de los casos (impotencia, fracaso, fatiga, pereza, deterioro mental, etc.), el sujeto opta como solución a su problema el volver a un estadio anterior de desarrollo de su vida afectiva y mental en donde se sintió más cómodo, seguro y protegido. De este modo, se convierte en un niño interior reactivo, sea adoptando la fase de docilidad (dependencia-sumisión), sea adoptando un rol de rebeldía, negativismo, oposición o tozudez. Toda regresión supone una vuelta atrás del proceso de maduración psicológico, tanto afectivo como mental. Agusto Vels, (1990), págs. 2-11.

Este mecanismo permite regresar en el tiempo hasta una conducta de confort donde la persona se siente segura y sin preocupaciones, mostrando una conducta muchas veces infantil de docilidad que le permite alejarse de la realizada y las responsabilidades que esto implica.

La Sublimación

> Dentro de los mecanismos de defensa más positivos para la descarga de las tensiones podemos considerar la "sublimación". La sublimación viene a ser como un medio de alcanzar satisfacción en forma sustitutiva o imaginaria a las dos tendencias básicas de nuestros instintos: la sexualidad y la agresividad. Se trata de un tipo de comportamiento o conducta en el que tendencias, impulsos instintivos, deseos, etc. que son moralmente y culturalmente rechazables por la conciencia y por la convivencia social se descargan canalizando su energía en torno a comportamientos socialmente aceptables. Todas las actividades científicas, artísticas, intelectuales, religiosas y culturales, en general, son -según Freud-consecuencia de la sublimación. Así, por

> ejemplo, ciertas tendencias sádicas se descargan en actividades como las de cirujano, dentista, escultor, grabador, matarife, luchador, cazador, etc., profesiones donde la agresividad sádica está justificada por su beneficio a la colectividad. Socialmente, no podemos dar satisfacción directa a estos dos instintos más que en determinadas condiciones favorables a estos impulsos. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico.

Este mecanismo cambia la percepción de satisfacer deseo sádicos en la asistencia social como por ejemplo el dentista que a pesar de realizar una labor de salud, intrínsecamente manifiesta el deseo de causar nerviosismo y en algunas ocasiones dolor a una persona, pero que con la labor social se desvanece este deseo oscuro y se disfraza como servicio a la comunidad.

La Proyección

> La proyección es un mecanismo de defensa mediante el cual "escupimos" sobre el mundo o sobre los demás aquellas emociones, vivencias o rasgos de carácter que deseamos desalojar de nosotros mismos por inaceptables. Todo lo que resulta placentero es aceptado como algo perteneciente al propio yo. Todo cuanto resulta desagradable, molesto o doloroso es sentido como ajeno al yo. La frustración desaparece cuando creemos que nuestros defectos, nuestras deficiencias y nuestros fracasos también los tienen los demás, o son los demás los causantes de esos fracasos, de esas deficiencias o de algo que nos deseamos tener. Por ejemplo, las personas que piensan mal creen que los demás también piensan del mismo modo. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo trata de protegernos de las decepciones con el prójimo creando una visión unidireccional de las cosas por lo general de mala fe para evitar ser lastimados y tener a todos bajo nuestro nivel.

La Introyección

> Este es un mecanismo de defensa que consiste en introyectar, mediante la absorción, identificación o imitación, ciertas cualidades que tienen los "objetos externos". El

sujeto actúa imitando al padre o a la madre, al profesor, al actor de moda o a aquellas personas con las que se identifica. Cuando el Rey Sol decía "Francia soy yo", o cuando utilizamos frases como "mi empresa", "mi partido", "mi equipo", etc., estamos indicando un proceso de identificación introyectiva en el que asociamos cosas externas a nuestro yo, como si fuesen parte de nosotros mismos. Cuando la introyección es exagerada, se produce lo que se ha venido a llamar el "canibalismo psíquico". Así, el celoso desarrolla tanto el sentimiento de posesión del ser amado como parte de sí mismo, que no puede tolerar ni una simple sonrisa de su pareja hacia alguien del otro sexo. Así también, el sujeto que no puede tolerar que otro compañero se siente en su mesa o utilice su teléfono o sus utensilios de trabajo. En la época de los "Beatles", gran cantidad de jóvenes se dejaron melenas a imitación de los mismos, bajo la impresión subjetiva de que imitando a los componentes es este famoso grupo musical podrían triunfar en la vida y frente al otro sexo, tal como sus "modelos". Lo mismo ocurrió con los peinados de Brigitte Bardot, que pronto tuvo gran cantidad de mujeres imitadoras. En el fondo, la introyección parece recordarnos el primitivo instinto de "dominio y valimiento" que formuló Adler. Así, por ejemplo, el niño que imita a su padre cree que de este modo puede ser tan valioso, fuerte y potente como él. Siempre se imita a aquél que se admira Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo pretende encontrar o sentir el triunfo ajeno a través de la imitación de sus gestos o actitudes para sentirse al mismo nivel de la persona admirada y tratar de reflejar su éxito en nuestra vida.

La Conversión

La conversión o somatización es un fenómeno que se da principalmente entre los histéricos. Consiste en convertir en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas. Mediante este mecanismo de defensa, ciertos histéricos, transformando en enfermedad las contrariedades sufridas, eligen este medio para dominar, castigar o retener a las personas de su círculo íntimo. Por ejemplo, habiéndose negado el esposo a llevar a su mujer a un viaje de negocios que tiene que hacer a Italia, ésta cae enferma de cualquier cosa de apariencia grave e impide el viaje. ¿Cómo podría el marido abandonar a su esposa en semejante estado? Coincide,

además, que la conversión o somatización se produce siempre que es contrariado un deseo, sea o no razonable. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo se auto infringe malestar en la salud por el hecho de sentir inseguridad con los demás, logrando a través de este chantaje manipular las decisiones de la otra persona y logrando que cumpla mis deseos.

La Compensación

Cuando fracasamos en algo o nos sentimos menos dotados de lo normal en algún aspecto, en muchos casos los mecanismos de defensa estimulan a triunfar en la misma dirección o en otra esfera sustitutiva. Por ejemplo, Demóstenes, tartamudo de nacimiento, logra, mediante ejercicios en la playa y en solitario, convertirse en uno de los oradores más famosos de la antigüedad. Beethoven, sordo como una tapia desde los 28 años, logra sus mejores composiciones a partir de su sordera. Pio Baroja no logra su triunfo como médico, pero en cambio logra ser uno de los mejores escritores de la generación del 98. Por tanto, la compensación es desarrollar una conducta en la que el sujeto puede sentirse superior a la mayoría en descargo de no haber podido seguir otra conducta en la que se hubiera sentido inferior Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo es el que nos ayuda a superar las derrotas, pues es un estímulo que el individuo autogenera para poder afrontar ese problema y reintentar hasta poder salir airoso del inconveniente y mucho más allá de eso se vuelven expertos en el tema a base de tenacidad.

La Racionalización

Es una forma de negación en la que, para evitar el conflicto o la frustración, se dan razones o se expresan argumentos que ocultan, justifican o encubren los fallos o contrariedades. Mediante este mecanismo, el sujeto se defiende del efecto frustrante y trata de convencerse que, en el fondo, no deseaba aquello que no ha conseguido. Un ejemplo es el de la zorra que después de varios saltos no logra alcanzar las uvas de la

parra y exclama: "¡Vah, están verdes!". Otro ejemplo es el del joven que se siente frustrado por las calabazas que le ha dado una muchacha de la que está enamorado y dice para sí mismo: "Es estúpida, no sabe lo que se pierde, ¡con la gran cantidad de chicas que hay, incluso mejor que ella!". O el del empleado que aspira a un cargo que la empresa ha dado a otro compañero de su departamento. Cuando el empleado ascendido le dice: "Siento que me hayan elegido a mí pues, por antigüedad, te tocaba a ti ascender", el aludido contesta: "No te preocupes, mis aspiraciones son más altas". Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo logra auto confortarse ante las vicisitudes minimizando la derrotas y buscando mejorar el autoestima con reflexiones en las cuales los culpables son otros y uno ha cumplido con su deber.

La Fijación

Es una intensa adhesión a algo o a alguien, como la fijación de la madre en el complejo de Edipo, o al padre en el de Electra. La fijación se refiere, mayormente, a adherencias desarrolladas en la infancia que persisten de una manera inmadura o neurótica en el adulto. Su consecuencia es la inaptitud para desarrollar otras adhesiones normales desplazando la libido hacia otras personas u objetos. Es estos casos, el sujeto conserva las mismas ideas y la misma manera de hacer las cosas. La fijación conduce a la rigidez mental. El apego exagerado a personas u objetos puede volverse ambivalente, es decir, el sujeto odia y ama a la vez el "objeto" de su fijación. La fijación a la madre, por ejemplo, puede llevar a un apego al estado "oral" en aquellos sujetos que la madre les prolongó el pecho demasiado, o se mostró excesivamente protectora en la infancia, lo que entraña más tarde en el adulto un comportamiento infantil tiránico y absorbente. En algunos casos, la fijación puede provocar una transformación de la libido en perversiones. Según Freud, las fijaciones en las etapas oral, anal y genital primarias pueden provocar neurosis, psicosis y criminalidad. La fijación no sólo es un estado de estancamiento o regresión a cualquiera de las fases de evolución infantil (oral, anal, genital, etc.), sino que puede referirse también a ciertos contenidos representativos (experiencias, imagos, fantasías, etc.) que persisten de manera fija e inalterada en el inconsciente y a las cuales se ligan cargas energéticas (pulsiones, impulsos) que

tienden a alcanzar un fin. Así, por ejemplo, la esposa que no ha recibido suficientes muestras de comprensión, afecto e interés por parte del marido puede desarrollar una fijación impropia a los padres y al antiguo hogar. Evocando satisfacciones de su vida de soltera y del trato que recibió de sus padres, evita la carga de ansiedad que le proporciona la frustración matrimonial. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo ayuda a la persona a dejar de lado los fracasos afectivos a través de apegarse mucho a sus padres, tendencias u objetos con los cuales entierra sus problemas y se siente en un estado de confort fuero de la realidad que está pasando.

La Formación Reactiva

La formación reactiva es una actitud o hábito de reacción opuesto al deseo reprimido. El sujeto lucha directamente contra toda representación penosa, frustrante o dolorosa, sustituyéndola por un síntoma primario de defensa o "contra síntoma", consistente en adoptar una conducta o reacción que excluye de la conciencia a los elementos que intervienen en el conflicto (la representación sexual y el reproche que ésta suscita, por ejemplo), en favor de virtudes morales llevadas al extremo, como pueden ser el pudor, la escrupulosidad, la persecución de las conductas inmorales, etc. Las conductas "reactivas" son propias de sujetos de carácter obsesivo que se comportan de manera opuesta a la realización de los deseos. Así, por ejemplo, la excesiva tendencia a la limpieza oculta la tendencia inconsciente al erotismo anal. La mujer que trata a sus hijos con excesiva dedicación y ternura en el fondo los odia. "El juez que lleva al extremo y de forma escrupulosa su ansia de equidad -dice Laplanche-puede mostrarse, por esto mismo, sistemáticamente indiferente a los problemas reales que plantea la defensa de quienes recurren a él, satisfaciendo así, bajo la máscara de la virtud, sus tendencias sádicas..." La conducta reactiva es propia de los sujetos de carácter "anal" y "obsesivo", aunque puede darse también en ciertos histéricos. Hay muchos otros mecanismos de defensa (el aislamiento, la inhibición, el desplazamiento, anulación retroactiva, vuelta en contra del sujeto, transformación en lo contrario, etc.) descritos por Anna Freud, Melanie Klein, Laplanche y Fontalis, y otros. Agusto Vels, (1990) pág. 1, Los Mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalitico .

Este mecanismo trata de desahogar las frustraciones u obsesiones que el individuo las encasilla como incorrectas o inmorales adoptando una conducta que va en contra de sus apetitos, sintiéndose de esta manera menos presionado y relajado ante sus verdaderas intenciones o deseos.

Descripción de la variable dependiente

SOCIEDAD

Según Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología. "Una sociedad es un sistema de interrelaciones que vincula a los individuos".

Este autor realiza el estudio de la sociedad interrelacionado con la cultura demostrando su dependencia pues no hay sociedad sin cultura y no se desarrolla una cultura sin sociedad, así pues referencia a grandes sociedades como Gran Bretaña, Francia y Estados Unidos que tienen millones de personas y practican el concepto esencial de vinculación entre todos los individuos que lo conforman, determinados en ciertas circunstancias con selección biológica para su concentración, concordando son lo que Charles Darwin manifestaba en su teoría dela evolución humana donde las especies se seleccionan para mejorar su desarrollo gracias a la paridad de conductas.Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología.

Tabla 3: Primeros tipos de sociedades humanas

Tipo	Período en el que existieron
Sociedades cazadoras y recolectoras	Desde el 50000 a.C. hasta la actualidad (ahora a punto de desaparecer completamente).
Sociedades de pastores	Desde el 12000 a.C. hasta la Actualidad. Hoy en día, la mayoría forman parte de estados más grandes; su forma de vida tradicional se está perdiendo.
Sociedades agrarias	Desde el 12000 a.C. hasta la actualidad. La mayoría ahora son parte de entidades políticas mayores y están perdiendo su identidad diferenciada

Estados o civilizaciones	Desde el 6000 a.C. hasta el Tradicionales siglo XIX. Todos los estados tradicionales han desaparecido.

Fuente: Giddens Anthony, 2000, pág. 44, Editorial: Alianza S.A.
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Esta cronología muestra como la sociedad se ve influenciada por sus hábitos, tradiciones y conducta que se afianza creando lazos entre sus integrantes y que les ha permitido permanecer en el tiempo por muchos siglos respetando sus interdependencia y manejando la tolerancia entre cada individuo.

GRUPO SOCIAL

Las familias del mismo rango se desarrollaban, en un nivel primario del GRUPO SOCIAL, un conjunto de lealtades que daba cohesión. Probablemente las personas siempre se han identificado de alguna manera con un grupo social u otro, ya sea con su familia, pueblo o comunidad religiosa. El nacionalismo, sin embargo, sólo hace su aparición con el desarrollo del Estado moderno. Es la manifestación principal del sentimiento de identificación con una determinada comunidad soberana. Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología.

Los grupos sociales se forman de las familias que mantienen el mismo estatus que, es decir forma de vida, economía, religión o ideologías determinada, así pues cada individuo o familia dentro de la sociedad busca pertenecer o ser representado por un determinado grupo social definido por las característica ya mencionadas con el objetivo de ser reconocidas dentro de la comunidad y mantener sus principios y objetivos ante los demás como un grupo compacto y que puede influir en el país.

FAMILIA

Según Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología.

En las culturas pre modernas la familia era la institución que se ocupaba de las enfermedades y dolencias. Siempre han existido individuos que se especializaban en curar utilizando una mezcla de remedios psicológicos y mágicos y muchas de estas terapias tradicionales siguen existiendo en las culturas no occidentales de todo el mundo.

Esta apreciación nos muestra los valores de solidaridad dentro del vínculo familiar que lo tenemos desde nuestra infancia, pues es una reacción natural y espontánea cuando un niño se lastima lo primero que hace es acudir a sus padres quienes instintivamente lo abrazan y consuelan con el fin de aliviar su dolor y reconfortarlo así se determina que una familia es un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos. Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología.

Giddens Anthony, (2000), pág. 44, Editorial: Alianza S.A. Sociología. Establece que:

> La interrelación entre familia, parentesco y matrimonio determinando que los lazos de parentesco son los que se establecen entre los individuos mediante el matrimonio o por las líneas genealógicas que vinculan a los familiares consanguíneos. El matrimonio puede definirse como una unión se entre dos individuos adultos socialmente reconocida y aprobada. Cuando dos personas se casan se convierten en parientes; sin embargo, el matrimonio también vincula a un grupo de parientes más amplio. Los padres, hermanos, hermanas y otros familiares consanguíneos se convierten en parientes del cónyuge mediante el matrimonio. Las relaciones familiares siempre se reconocen dentro de grupos de parentesco amplios. En la práctica totalidad de las sociedades podemos identificar lo que los sociólogos y antropólogos denominan familia nuclear, que consiste en dos adultos que viven juntos en un hogar con hijos propios o adoptados. En la mayoría de las sociedades tradicionales la familia nuclear pertenecía a una red de parentesco más amplia. Cuando, además de la pareja casada y sus hijos, conviven otros parientes, bien en el mismo hogar, bien en contacto íntimo y continúo, hablamos de familia extensa. Esta puede incluir a los abuelos, a los hermanos y a sus esposas, hermanas y maridos, tías y sobrinos.

De aquí surge la sociedad teniendo como pilar principal la familia como célula principal a través de la cual se transmite la cultura que practica, de esta unidad a través del parentesco sanguíneo extiende más aún sus lazos que inician con el matrimonio que se fundamenta en la unión de hombre y mujer cuyo objetivo principal es la procreación y afianzamiento de la relación y por ende de la sociedad.

LA DISOLUCIÓN FAMILIAR

Villalobos (1999): señala que “la disolución familiar constituye el factor que más tensión emocional causa a los niños“, ya que se produce una inestabilidad física y afectiva en cada uno de sus miembros. La desintegración familiar puede afectar de diferente manera a cada individuo, debido a que cada uno es un ser único e irrepetible. Sin embargo, las consecuencias se manifiestan de mayor manera en la adolescencia porque, en esta etapa de la vida, los adolescentes necesitan de la orientación de sus padres para poder encontrar un camino que seguir.

Uno de los problemas que existen dentro de las familias, independientemente de cómo estén estructuradas, es la desintegración familiar. Eva Giberti (2005), pág. 322, Art. de revista menciona que la familia está desintegrada cuando “sus miembros no se hallan lo suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro” .Es la separación física o emocional que ocurre dentro de una familia. La desintegración familiar es el producto de las separaciones, el divorcio y la muerte.
Algunas de las causas que han propiciado la desintegración familiar se deben a que vivimos en una sociedad cada vez más industrializada, en donde la mujer se ha incorporado al ámbito laboral. Esto ha cambiado la dinámica de las familias, porque el tiempo que pasa en casa ya no es el mismo. Sin embargo, existen otras causas como lo son la migración de los padres a otro país en busca de una vida económicamente mejor, así como también las situaciones inesperadas como la muerte de un miembro de la familia.

Es frecuente que el resentimiento hacia la adicción constituya un elemento de culpabilidad en el seno de la familia. El adicto al principio, suele engañarse consciente o inconscientemente sobre su problema. El familiar más cercano o la persona que tiene influencia sobre él suele protegerle de las consecuencias de su alcoholismo. Cada alcohólico es diferente, pero casi todos tienen alguien en quien apoyarse, alguien que calla, aguanta o mantiene el engaño ante los demás. A veces hablamos de coadictos, el alcohólico depende del alcohol y del familiar cercano.

Tipos de familia

Según Eguiluz, (2005), Editorial: ESIC se tiene los siguientes tipos de familia:

La familia es un sistema, es el núcleo básico de la sociedad compuesta por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás. No se encuentra aislada, es un sistema abierto, en una interrelación con otros sistemas de su entorno inmediato, de su contexto sociocultural. Goza de un elemento fundamental (los valores propios de la familia) y otro elemento normativo (normas, límites y leyes) que regulan los comportamientos en su seno y las relaciones entre sus miembros.

Nivel conyugal, nivel de relaciones entre la pareja de cónyuges

Nivel parental, nivel que se establece entre los padres y los hijos

Nivel fraterno o filial, se refiere a las relaciones entre hermanos

La estructura jerárquica se completa con las relaciones que se dan en cada uno de estos niveles. Son importantes los límites y las normas que se fijan o establecen para cada uno de estos niveles.

De acuerdo con el número de elementos que la conforman

Nuclear o elemental

Para Gilberti, (2005), Editorial: UOC Es el modelo de familia tradicional, que implica la presencia de un esposo (padre), esposa (madre) e hijos, todos viviendo bajo el mismo techo. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. Dentro de la familia nuclear encontramos claramente los tres subsistemas de relaciones familiares: adulto – adulto (entre la pareja), adulto –niño (entre padres e hijos) y niño –niño (entre hermanos), cada uno con sus peculiaridades diferenciales y en conexión con los otros subsistemas.

Desarrollando al autor Giddens Anthony, 2000, pág. 191, Editorial : Alianza S.A. la familia nuclear, que consiste en dos adultos que viven juntos en un hogar con hijos propios o adoptados. En la mayoría de las sociedades tradicionales la familia nuclear pertenecía a una red de parentesco más amplia. Cuando, además de la pareja casada y sus hijos, conviven otros parientes, bien en el mismo hogar, bien en contacto íntimo y continuo, hablamos de familia extensa. Esta puede incluir a los abuelos, a los hermanos y a sus esposas, hermanas y maridos, tías y sobrinos.

Es el modelo tradicional que por lo general se ha mantenido a través del tiempo en donde la consanguinidad es directa, salvo el caso de adopción, pero el nivel de jerarquía se mantiene entre padre e hijo.

En la provincia de Tungurahua aún tiene fuerza este tipo de familia puesto que el nexo familiar entre padres e hijos es muy fuerte a pesar de que la tendencia ha aumentado para otros tipos de familia, la nuclear, aún sigue siendo la que más predomina.

Extensa o consanguínea

> Está constituida por la troncal o múltiple (la de los padres y la de los hijos en convivencia), más la colateral; es decir, se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. Las familias extensas pueden formarse también cuando las nucleares se separan o divorcian. Los hijos de estos rompimientos buscan en los abuelos, tíos y otros familiares apoyo psicológico para su estabilización familiar (Gilberti, 2005).

Por lo general en el área rural del Ecuador se da este tipo de familia donde en una casa habitan abuelos, padres, hijos, y tíos, esta familia logra lazos más fuertes y un respeto hacia el patriarcado donde el mayor es quien tiene la decisión final a pesar de tener divergencias con los miembros del mismo nivel.

> Para Anthony Giddens, (2000), en Europa Occidental y los Estados Unidos el modelo de familia nuclear estaba muy arraigado cuando se produjo la industrialización pero se vio muy influido por él. Los cambios en las pautas familiares se produjeron por factores como el desarrollo del gobierno centralizado, la expansión urbana y el empleo en organizaciones fuera de la influencia familiar. Estos cambios tienden a producir un movimiento de alcance mundial hacia sistemas familiares nucleares, erosionando las formas de familia extensa y otros grupos basados en el parentesco.

La ciudad de Ambato que en los últimos 20 años se ha industrializado progresivamente al igual que el estudio realizado por Giddens ha ido dejando de lado diferentes tipos de familias sobre todo tomando en cuenta que en esta ciudad la mayoría de las empresas son de tipo familiar en las cuales todos los miembros de la misma cumple con una función y

obtienen sus ingresos laborando en estas empresas familiares, parámetro que en ciertas ocasiones afianza el vínculo pero en otras lo disuelve.

Familia conjunta o multigeneracional

Esta modalidad familiar se presenta cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios cónyuges e hijos, en vez de formar un núcleo familiar independiente, conviviendo simultáneamente varias generaciones en el mismo espacio vital, este tipo de familia presenta muchas veces inconvenientes de autoridad pues los más jóvenes divagan entre la autoridad del padre o del abuelo ocasionando en ciertos casos desautorización y conflictos al momento de tomar decisiones Gilberti, (2005), Editorial: UOC.

Monoparental

> La familia monoparental es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse, y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre. Excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple la función. Una segunda forma de familia monoparental es aquella en la cual ha habido duelo por la muerte de la pareja.
>
> Por último, ciertas familias monoparentales implican la función de ser padre o madre solteros. En nuestros días, la consolidación de este tipo de familia monoparental ocurre con mayor frecuencia que en décadas anteriores. Eguiluz, (2005), Editorial: ESIC.

Este tipo de familia se ha visto en gran aumento los últimos años puesto que las parejas no teniendo la capacidad de resolver sus problemas optan por separarse y criar a sus hijos solos.

Reconstruida

> Con cierta frecuencia, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otras personas para iniciar una nueva convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Estas familias, en las que al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior, reciben el nombre de reconstruidas. También puede

estar formada por los esposos e hijos de matrimonios anteriores. Eguiluz, (2005), Editorial: ESIC.

Familias adoptivas

Está basada en la falta de vínculo biológico entre padres e hijos. Las características de este tipo de familia son diversas, por los motivos que llevan a la adopción como por las características de quienes adoptan y de quienes son adoptados, así como por la dinámica de relaciones que se establecen en su interior. Eguiluz, (2005), Editorial: ESIC.

En nuestro país las adopciones están sujetas a un trámite bastante complejo por lo cual no son muchas las personas que lo logran como se puede observar en la tabla de que se presenta a continuación los vínculos que no se dan en este tipo de familia son reemplazados por los afectivos que muchas veces llegan a ser igual de fuertes que los anteriores. Este tipo de familia se desarrolla más en países europeos en donde por una parte los trámites legales son menos engorrosos y por otra parte las familias tienen más dificultad de concebir.

Tabla 4: Estadísticas de adopciones en el Ecuador año 2012 -2013

Estadísticas
Número de adopciones

Situación	2012	Primer Trimestre 2013
Emparentamientos Positivos	155	35
Emparentamientos Negativos	3	1
Adopciones	132	22
Con sentencia	69	24
Familias idóneas	134	41
Seguimiento postadoptivo	128	78

Fuente: MIES 2013
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Primitiva o Tradicional

> La familia tradicional se caracteriza desde el punto de vista de las funciones de sus miembros, por la existencia de una estricta diferenciación de las funciones basadas en el sexo y la edad de sus componentes. Generalmente el que trabaja fuera de casa es el padre y la mujer compagina la crianza de los hijos y se dedica a las labores del hogar. La mujer juega el rol de esposa –madre. En este tipo de familia destaca la presencia de relaciones conyugales y paterno filiares de dominio y obediencia, que concretan en la dependencia de niños, jóvenes y mujeres. Hay una preeminencia de la autoridad del padre sobre los hijos y la mujer. EGUILU (2003)

Este tipo de familia en nuestra ciudad sobre todo en las zonas rurales en las cuales aparte de la estructura definida que tiene ciertos rasgos de machismo en la cual la autoridad total la tiene el padre y la madre se dedica únicamente a los quehaceres domésticos y a la crianza de los niños. Con la evolución de la humanidad este tipo de familias va desapareciendo, aunque es justamente en éstas en las que predomina la presencia de adicciones especialmente al alcohol en la cabeza del hogar.

Moderna

> En este tipo de familia, la mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. La mujer tiene el rol de esposa – compañera y de esposa –colaboradora. Ambos padres comparten derechos y obligaciones, y los hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.
>
> Los roles familiares son más flexibles, la autoridad paterna y marital se debilita porque es compartida por ambos cónyuges y se produce una relación de igualdad entre el hombre y la mujer. De la Cerda, Riquelme, & Guzman, (2003): Editorial: ESIC

Este tipo de familia está en auge pues el ritmo de vida actual demanda que padre y madre colaboren no solamente en la manutención sino también en la crianza de los niños, repartiendo equitativamente obligaciones y derechos lo cual es asimilado positivamente por los hijos quienes crecen con el ejemplo de igualdad de condiciones para ambos sexos.

Funciones de la Familia

Según Maldonado, (1998), Editorial: Pirámide son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

Biológica

> Esta es la primera función que realizan los padres y la más importante porque engrandece la dimensión humana al transformarlos en padres responsables del futuro de nuevas vidas que ellos mismos contribuyeron en engendrar y formar.

Esta función de la familia nace con el engendramiento de los hijos pues se afianza el vínculo sanguíneo entre los progenitores y su prole es de carácter instintivo pues al principio el niño reconoce a su padre o madre por el sonido o el color, nace con el primer contacto y sigue creciendo con el pasar del tiempo.

Socializadora

> Se refiere a la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. Maldonado, (1998), Editorial: Pirámide

Esta función es de gran importancia puesto que los padres dentro del vínculo familiar le enseñan al hijo a interactuar siguiendo leyes, respetando jerarquías compartiendo actividades que luego se realizaran con la sociedad con la que se pertenecen. Si dentro de la familia se les enseña que sean útiles para la misma lo serán para su población.

La Estructura Familiar

Según la teoría sistémica de Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A. determina un Modelo Familiar en el que escribe los siguientes conceptos básicos del modelo sistémico estructural que caracteriza a las familias.

Jerarquías.

Está dada por las funciones de poder y autoridad que son distribuidos dentro de la familia, por lo general los padres son los que ejercen la autoridad sobre sus hijos, cada uno de los integrantes de la familia saben quién ejerce el poder y quien tiene el control de la casa, las jerarquías deben estar bien definidas, de no ser así, las interrelaciones familiares tienden a ser caóticas, el poder y la autoridad deben ir de la mano ya que en algunos casos se puede tener el poder paro no la autoridad Minuchin Salvador, (1974), págs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Por lo general el padre o madre son quienes tienen el control total de la familia y la autoridad va bajando de acuerdo a la edad de los miembros subsiguientes pero todos sublevados al cabeza de familia.

Roles

Son los que definen las tareas que cada uno de los miembros deben cumplir dentro de la organización familiar, los roles que cumplen están establecidos de acuerdo a la cultura y por la misma familia, mantener la estabilidad del sistema familiar es una de las funciones importantes de los roles. Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Dentro del rol familiar cada miembro cumple con las tareas establecidas y así mantienen una estabilidad familiar puesto que cada uno de los integrantes pone de parte para cumplir con su función.

Alianzas

Es cuando dos personas se unen y se apoyan mutuamente entre sí, son personas que presentan actitudes, creencias e intereses en común, las alianzas se puede dar con un familiar, el mismo que dentro del sistema es importante, otra alianza se puede das entre dos personas por tiempos cortos según sea su conveniencia Minuchin Salvador, (1974), págs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Una alianza es un acuerdo en el que las dos partes están con intereses en común y saben a dónde quieren llegar y que objetivos desean lograr, a su vez se apoyan de manera mutua ya que sus pensamientos, creencias e intereses son comunes entre ellos.

Coalianzas

Es la unión de dos personas en contra de un tercero, estas relaciones son caóticas, pobre en comunicación verbal.

Es uno de los elementos más importantes dentro de las relaciones de la dinámica familiar, mediante la comunicación sus integrantes pueden expresar y trasmitir emociones, cada familia tiene su manera de comunicarse, ninguna es igual a la otra, predomina sus valores, su forma de pensar, la manera de resolver problemas, en definitiva todos nos comunicamos; en cualquier tipo de actividad que realicemos se hace presente la comunicación, esta puede ser verbal (digital) o no verbal (analógica), la comunicación ayuda a la estructura familiar a mantener la estabilidad emocional de sus integrantes, y como resultado de una correcta comunicación entre los mismos, mediante la cual obtendremos una familia sana. Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Las coalianzas es cuando se unen dos personas en contra de otra son muy problemáticas y tienen muy poca comunicación entre los que están inmersos en el problema.

Normas

Son leyes implícitas, son los acuerdos negociables de una forma clara y consiente que establece dentro de los miembros de una estructura familiar. Estos deben ser definidos de acuerdo a los valores culturales y familiares, por lo general los padres son los que definen e imponen normas sobre sus hijos, estas normas deben ser acatadas y respetadas, cuando ocurre lo contrario es necesario que los padres hagan uso del refuerzo. Si todos estos conceptos se aplicaran en la familia de una forma correcta y precisa, todos los tipos de familia aquí descrita tendrían un carácter funcional y sus miembros serian cooperativos, autónomos y precisos al establecer relaciones interpersonales por lo que tendrían un pensamiento crítico ante la sociedad que lo rodea y ante el mundo Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Son reglas que establecen los padres para vivir en armonía con sus hijos puesto que ellos deben acatar y respetar estas normas, cumpliendo esto los miembros de la familia pueden ser autónomos, cooperativos y correctos al establecer relaciones con las demás personas teniendo así un pensamiento muy claro sobre la sociedad.

Límites

Lo interior y lo exterior, es decir definir a las personas que estén dentro y fuera de la familia. La definición de límites exteriores incluye la diferenciación nuclear respecto a la familia ampliada. Los límites interiores incluyen el agregado o pérdida de miembros de una familia nuclear y la modificación de las relaciones entre los subsistemas de la familia, a medida que cambia el elenco de los personajes y la edad de los miembros de cada familia Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Clases

Minuchin reconoce tres tipos de límites:

•Claros

Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes subsistemas Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

• Difusos

Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas; el estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás. Minuchin Salvador, (1974), ágs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

• Rígidos

En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de

independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia.

Si la familia establece límites claros podrá tener una convivencia homeostática; a su vez, entre los integrantes de una familia. Minuchin Salvador, (1974), págs. 78-107, Editorial: Gedisa S.A.

Causas de la disolución familiar

Las causas principales que inciden en la desintegración familiar son:

Divorcio:

Se define como la separación legal cuando un matrimonio se ha deteriorado. Se puede producir de manera voluntaria por ambos cónyuges o de manera involuntaria. Debido al aumento de separaciones y divorcios en la actualidad, se considera al divorcio como un factor importante que ha desencadenado la desintegración familiar.

Los datos obtenidos en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familia ENDIFAN, (2005), Editorial: ESIC muestran que en la actualidad, en nuestro país, se ha presentado un incremento en la incidencia de separaciones y divorcios. Aunque estas cifras siguen siendo menores en comparación con cifras en otros países. "Se observa que el divorcio y la separación eran muy poco frecuentes en las cohortes que hoy tienen 60 años o más de edad, con un porcentaje de 1.2%. Entre las mujeres más jóvenes se presentan incrementos significativos, hasta alcanzar 5.8% para las mujeres entre 25 y 39 años de edad. Sin embargo, estos niveles de separación y divorcio aún pueden considerarse muy bajos cuando se les compara con estándares internacionales. Así, por ejemplo, en Estados Unidos la tasa de separación y divorcio a los 5 años de la unión alcanza 50% para las uniones libres y 20% para los matrimonios legales, es decir, niveles varias veces superiores a los observados en México". ENDIFAN, (2005), pág. 58, Editorial: ESIC.

Situación Económica:

Es una de las principales causas de la desintegración familiar. Ésta es provocada por el nivel económico bajo, así como la falta de empleos, puesto que los padres de familia

tienen que migrar a otras ciudades o países en busca de un trabajo. Sin embargo, no sólo la escasez de recursos económicos afecta a las familias, sino también la abundancia de recursos, ya que puede provocar el descuido de los hijos, debido a que se tiene que atender múltiples compromisos laborales.

Cuando la familia está aparentemente unida:

Pero en el fondo existe desintegración familiar. Aquí se pueden encontrar los conflictos conyugales que muchas veces terminan en divorcios. Por un lado, cuando los hijos provienen de familias en donde predomina un ambiente de hostilidad, de conflictos entre los padres, en donde no hay unidad ni atención a los hijos, éstos son más susceptibles a presentar conductas agresivas así como comportamientos delictivos que afectan su vida personal y su rendimiento escolar. Como bien lo menciona Golombok, (2006), pag. 141 "El conflicto conyugal es malo para los hijos debido a sus efectos indirectos sobre la capacidad de los padres de cumplir su función parental". Esto porque muchas veces los padres se encuentran sumergidos en sus problemas de pareja y son incapaces de controlar a sus hijos.

La separación:

Ésta es también una de las principales causas que generan la desintegración familiar, debido a que hay una separación física ya sea de manera temporal o definitiva.

La muerte:

Es otra de las causas para la disolución familiar. Es un suceso el cual no se puede evitar. La muerte puede ser ocasionada por distintos motivos, tales como la edad, una enfermedad o un accidente. En estas situaciones, los lazos familiares con algún miembro de la familia llegan a romperse y hay un desajuste en los roles.

Por último, cuando en los grupos familiares algún miembro importante está ausente físicamente, y en donde además los controles son débiles, nulos, o los papeles paternos o de los hijos no están definidos, todos éstos son terreno débil para el florecimiento de problemas, principalmente de niños y adolescentes.

Criterios para determinar disolución familiar según Satirs

Para determinar el grado de disfunción familiar de una familia, Satirs emplea los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional (normal) la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica, y congruente, características opuestas a una familia disfuncional.

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones: La búsqueda de una solución personal apropiada para cada problema es más importante que la lucha por mejora grupal. En las familias disfuncionales importa más, ver quién va a salirse con la suya; y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere ceder o perder.

Reacción a eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar el equilibrio sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de problemas cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de algunos síntomas en sus integrantes. Por ejemplo el conflicto estimado no resuelto en la pareja o entre padres e hijos; puede presentarse como una depresión, con síntomas corporales en los adultos o los niños, como problemas de conducta o como un trastorno de simulación en los adolescentes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de la familias disfuncionales suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, y demuestran su incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.

HIPÓTESIS

¿Constituye las tendencias a las Adicciones de los Jefes de Familia como causa para la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato?

SEÑALAMIENTO DE VARIABLE

Variable Independiente

Las tendencias en la adicción en los jefes de familia

Variable Dependiente

La disolución familiar

CAPITULO III

METODOLOGÍA

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación un enfoque mixto es decir cuantitativo. Cualitativo porque se va analizar el por qué se producen las adicciones y cómo influye en su entorno familiar tratando de dar una visión objetiva con el propósito de buscar una solución a su problema y porque se va a tabular los resultados obtenidos de cada uno de los casos con sus respectivas familias.

De esta manera podremos conocer causas, efectos y frecuencias de la presentación de este problema en los casos asistidos en el Municipio de Ambato.

MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para desarrollar el presente estudio de investigación se tomó a las siguientes fuentes de información.

De campo

La investigación de campo consiste en el contacto directo del investigador con los sujetos involucrados a fin de obtener información relevante sobre la problemática a ser investigada. En este caso el municipio de Ambato el investigador hará la visita tanto a la persona tratada como a su familia para de primera mano levantar la información sobre lo

que está sucediendo en torno a las causas de la adicción y el impacto que tiene dentro de la unidad familiar que se pertenece a cada individuo y su interacción con la sociedad.

Bibliográfica - documental.

Consiste en la recopilación de la información de fuentes tales como libros, textos, internet, profundizando el estudio sobre el tema hacer investigado, viabilizando la información para realización del Marco Teórico y el material disponible como fuente de referencia

Para esta investigación se ha desarrollado autores como Anthony Giddens, Minuchin Salvador, José García del Castillo, etc así también como información sobre la Organización Mundial de la Salud, Consep y revistas especializadas sobre el tema.

NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratorio

Se tomara la investigación exploratoria ya que cuenta con una metodología más flexible de mayor amplitud, dispersión con un estudio poco estructurado para reconocer así elementos de juicio que permitan reforzar el conocimiento del problema planteado y otorgar mayor seguridad al proceso investigación.

Se realizó un estudio buscando encontrar todas y cada una de las causas que promueven la adicción así como los diferentes tipos que existen buscando a través del conocimiento científico explorar los posibles escenarios y conductas que le llevan al adicto a que el adicto sea el causante de la disolución familiar.

Descriptiva

Se apoyará en el tipo de investigación descriptiva ya que se requiere de conocimiento suficiente que se centra en la recolección de datos que muestran un evento y porque la investigación de este nivel tienen el interés de acción.

Una vez levantada la información a los casos de estudio se la analizará para poder describir el problema en todo contexto y en base a esto ejecutar mecanismos de acción que ayuden al adicto y a su familia a reinsertarse en la sociedad.

Asociación de variables

La presente investigación llegará hasta el nivel de asociación de variables porque permite la medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado.

Este estudio una vez que se determinó las variables de investigación se las enfrentará una a otra para conocer la interacción que existe entre ambas, efectos que causa y lo más importante mejorar los resultados obtenidos llegando a un objetivo final que constituye en rehabilitar al adicto y sanar las cicatrices que ha dejado en su familia.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población, los autores Hernández, Fernández y Baptista (1991) afirman que es el conjunto de elementos o fines de una o más características tomadas como una totalidad y sobre las cual se generaliza las condiciones de la investigación. En este sentido, la población estará conformada por 186 personas de los casos asistidos del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato.

Tabla 5: Total de personas con problemas de Adicción tomados para la investigación

Población	**Frecuencia**	**%**
Personas con Adicción	**186**	**100**
Total	**186**	**100**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Muestra

Para la siguiente investigación se trabajará con todos los casos asistidos del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato en la Adicción en los jefes de familia.

Fórmula

$$n = \frac{Z^2.p.q.N}{Z^2.p.q + N.e^2}$$

Dónde:

n= Tamaños de la muestra

N= Tamaños de la población

p= Probabilidad de éxito 50% = 0,5

q= Probabilidad de fracaso 50% = 0,5

Z= Nivel de confiabilidad = 95% = 0.95

e= error de muestreo 5% = 0,05

n= 60 personas

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 6: Variable Independiente: Tendencias a las adicciones en los jefes de familia

LO ABSTRACTO		**LO OPERATIVO**		
CONCEPTUALIZACIÓN	**CATEGORIAS DIMENSIONES**	**INDICADORES**	**ITEMS BASICOS**	**INSTRUMENTOS**
La adicción constituye una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia (OMS) derivado en gran parte de la complicada estructura y funcionamiento del cerebro humano (Ibánez, 2008) que se manifiesta a través de mecanismos de defensa que modifican la conducta , existen muchos factores asociados con las adicciones, pero ninguno de ellos es determinante; más bien, es la combinación entre ellos la que hace que esta enfermedad se manifieste definitivamente.(Aguilar, 2012)	Mecanismos de Defensa	Represión Regresión Sublimación Proyección Introyección Conversión Compensación Racionalización Fijación Reactiva	¿Cómo reacciona ante un problema?	
	Causas de las Adicciones	Problemas Familiares Problemas Sociales Problemas Emocionales Curiosidad	¿Conoce Ud. algo sobre las adicciones?	Entrevistas Fichas Sociales Cuestionarios Cuestionario a pacientes.
	Tipos de Adicciones	Al Internet, Teléfono, Drogas, Compras Impulsivos, Sexo	¿Indique cuál es su adicción?	

Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Tabla 7: Variable dependiente: Disolución Familiar

LO ABSTRACTO		**LO OPERATIVO**		
CONCEPTUALIZACIÓN	**CATEGORIAS**	**INDICADORES**	**ITEMS**	**INSTRUMENTOS**
La disolución familiar es la distorsión o mal funcionamiento de los roles asignados (Jaramillo, 1991) debido a que uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes (Horton, 1986) ya sean morales o legales (Durán, 1990) creando una situación inadecuada, una atmósfera de insatisfacción, angustia, depresión, malestar en general y por tanto, poca o mala comunicación entre sus miembros	Causas de la disolución familiar	Divorcio, Adicciones Situación económica, ausencia de uno de los miembros, separación y muerte	¿Qué provocó para la ruptura de la unidad familiar?	cuestionario familias
	Estructura Familiar	Normas, Reglas, Limites, Jerarquías.	¿De las siguientes causas cual considera que insidio para su adicción?	cuestionario pacientes Familiares
	Tipos de Familia	Nuclear, Ampliada, Funcional, Disfuncional, Monoparental, Reconstituida	¿Cuál es el tipo de familia a la que te perteneces?	cuestionario familia

Fuente: Investigación
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Recolección de la información

Tabla 8: Recolección de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	**EXPLICACIÓN**
¿Para qué?	Analizar las causas de la Tendencias de las adicciones de los jefes de familia. Determinar por qué se da las disoluciones familiares cunado existe las adicciones en los jefes familia
¿De qué personas u Objetos?	En los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato
¿Sobre qué aspectos?	¿Cuáles son causas de las tendencias adictivas en los jefes de familia? ¿El consumo de drogas deteriora la salud mental de las personas? ¿El momento que se encuentra alcoholizado es violento Con que frecuencia consume las drogas? ¿Considera usted que el alcoholismo es una enfermedad?
	Inv. Ingrid Cisneros
¿Cuándo?	En el tercer trimestre del 2015
¿Dónde?	En la ciudad de Ambato en el sitio donde ocurre el problema en el lugar de trabajo.
¿Qué técnicas de Recolección?	Con los siguientes Instrumentos : **Anexo No 1.**Cuestionario para las familias. **Anexo No 2.** Cuestionario para las personas con problemas de adicción.
¿Con qué?	Cuestionario
¿En qué situación?	En horario normal de trabajo de la Institución

Fuente: Investigación

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este punto se procede a exhibir la información del análisis e interpretación que está dado por porcentajes estadísticos, los cuales ayudaron a percibir de mejor manera los datos obtenidos, y de esta manera se hizo un comentario de los mismos

Pregunta 1. ¿Cuál es su género?

Cuadro 1: Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	60	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Cisneros, I. (2015)
Fuente: Encuestas

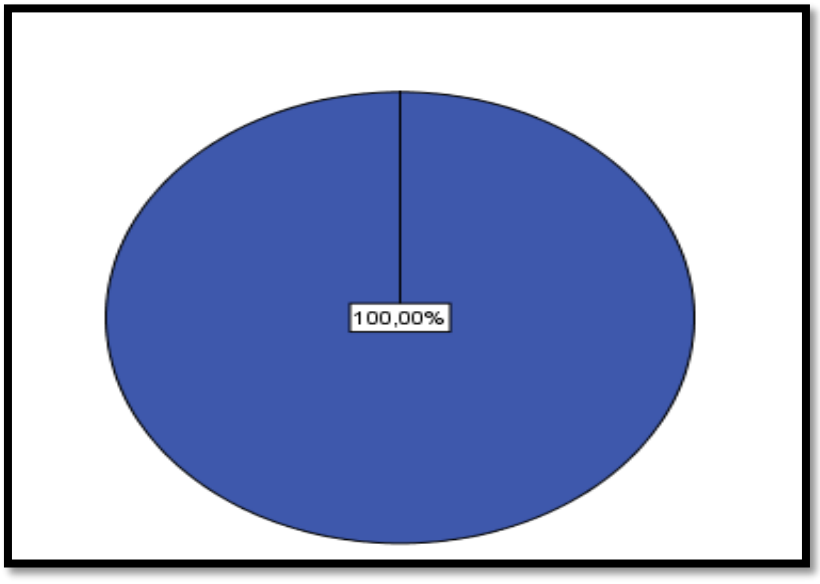


Gráfico 8: Género
Elaborado por: Cisneros, I. (2015)
Fuente: Encuestas (2016)

ANÁLISIS

El total de la muestra el 100% es de género masculino.

INTERPRETACIÓN

La totalidad de la muestra es de género masculino. Esto se da en este caso particular de los casos asistidos por el Municipio de Ambato debido a diversos factores sociales, pues la adicción incide en ambos sexos, pero en lo referente al masculino se presenta mayores repercusiones y casos de violencia la cual es fácilmente advertida no sólo por los familiares sino por los vecinos los cuales denuncian y es más fácil poder asistirlos, mientras que por otra parte en cuanto a las mujeres, existen muchos paradigmas que insinúan mantienen valores más arraigados para con su familia y por lo tanto el señalamiento social o la vergüenza hace que las mujeres no acudan o no permitan su acogimiento en el centro de atención del municipio. Aparentando que la influencia se da sólo en los varones pero en realidad existes algunas mujeres que se les ve deambular en las calles pero como se manifestó no permiten su asistencia.

Además la mayoría de casos asistidos por el Municipio de Ambato se han realizado por las denuncias de maltrato familiar o altercados en la vía pública en la cual por lo general son protagonizados por varones quienes despiertan conductas más dañinas comparadas con el género opuesto. El Municipio de Ambato trata por todos los medios de llegar a más personas sin discriminar su género para poder asistirlas de su adicción y reinsertarlas en la sociedad.

Pregunta 2. ¿Cuál es su edad?

Cuadro 2: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	26-30	10	16,7	16,7	16,7
	31-35	12	20,0	20,0	36,7
	36 a más	38	63,3	63,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Encuesta

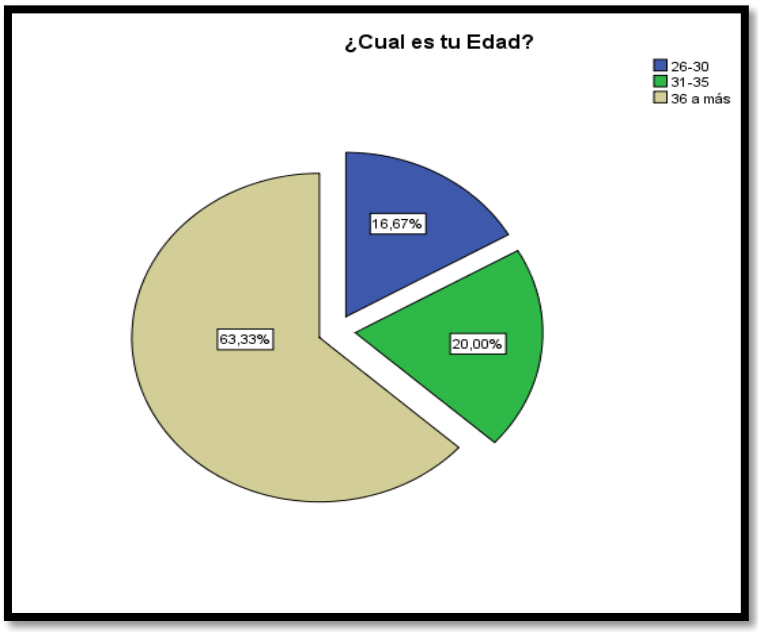


Gráfico 9: Edad
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

De la muestra el 16,7% tienen de 26 a 30 años, el 20% tienen de 31 a 35 años y el 63,3% tienen de 36 a más años

INTERPRETACIÓN

Dentro de los casos asistidos por el municipio de Ambato la mayor parte son personas adultas y que por lo general ya han establecido su hogar pero no han podido mantenerlo debido a que la ansiedad por alimentar su adicción no se comprometen con su familia y no conservan su trabajo pues buscan de cualquier modo satisfacer su ansiedad a cuenta de cualquier precio. Muchos de ellos comienzan gastando el poco dinero que ganan en comprar sus drogas, luego venden los artículos del hogar, también al no tener ingresos le quitan el dinero de su pareja y con maltratos obligan a los niños a mendigar con el único objetivo de satisfacer su vicio. De esta manera las familias devastadas no tienen otra opción de abandonar al adicto que a pesar de ser la cabeza de familia es preferible dejarlos solos a su suerte con el in de poder desarrollarse sin la mala influencia de sus progenitores ocasionando la disolución.

Pregunta 3. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Cuadro 3: Nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	28	46,7	46,7	46,7
	Secundaria	26	43,3	43,3	90,0
	Superior	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Encuestas

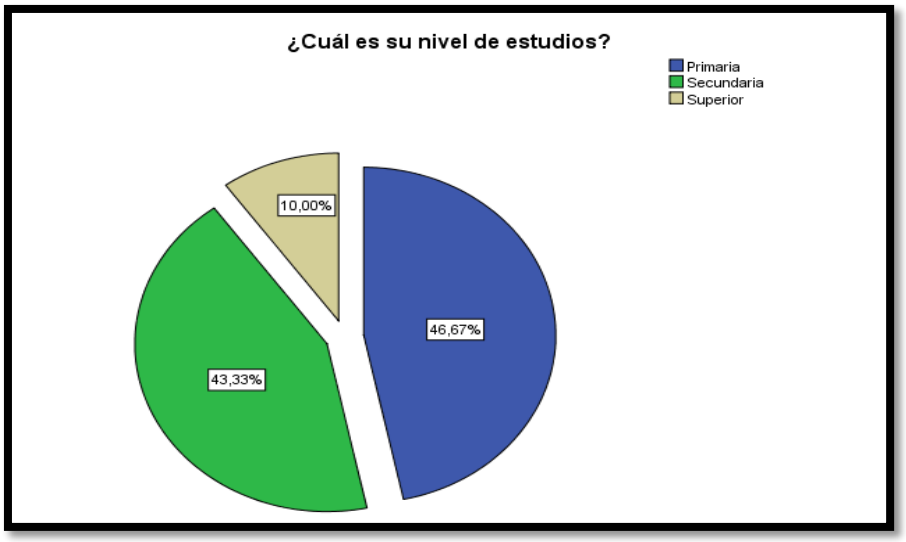


Gráfico 10: Nivel de estudios
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 46,7% tienen un nivel de estudios primarios, 26 personas que equivalen a un 43,3% tienen un nivel de estudios de secundarios y 6 personas que equivalen a un 10% tienen un nivel de estudios superior.

INTERPRETACIÓN

El nivel de instrucción formal primaria, secundaria y superior de los casos asistidos por el Municipio no tiene mayor influencia en el consumo de drogas. Siendo la mayoría de nivel primario y secundario aparte de limitar su desempeño laboral, así como su círculo social el mismo que no le estimula a mejorar su educación y que al ser presas fáciles para contraer una adicción se sumergen en los brazos de las drogas de las cuales no les es fácil

salir. Pero de la misma manera quienes tienen formación superior a pesar de tener más armas y conocimientos caen en las adicciones frustrando sus carreras profesionales y por lo tanto destruyendo su vida y siendo marginados por sus círculos sociales. Además existen muchos profesionales que no aceptan su adicción y consideran que es un pasatiempo inofensivo y que lo pueden dejar en cualquier momento pero una vez dentro y sin la determinación completa de la persona es imposible salir de la adicción.

Pregunta 4. ¿Cuál es su estado civil?

Cuadro 4: Estado Civil

Válidos	Soltero	12	20,0	20,0	20,0
	Casado	8	21,7	21,7	41,7
	Divorciado	35	35,0	35,0	76,7
	Otros	5	23,3	23,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

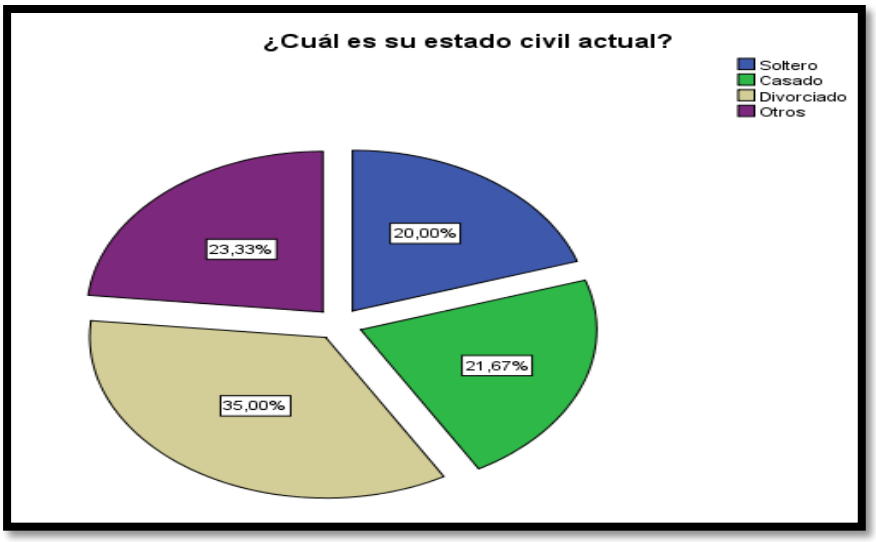


Gráfico 11: Estado civil
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

El 20% son solteros, el 21,7 % son casados, el 35% son divorciados y el 23,3% tienen otros estados civiles.

INTERPRETACIÓN

Gran parte de las personas asistidas por el Municipio de Ambato son divorciados demostrando que la principal causa de la disolución familiar es el consumo de alcohol puesto que la inestabilidad que el adicto genera en su hogar afecta a su círculo familiar vulnerado constantemente hasta que termina con su disolución. En segundo lugar pertenecen a otro tipo de estado civil que contemplan la unión libre, ocasional y de amigos que no tienen responsabilidades ante la ley donde se observan grupos de adictos quienes comparten una habitación la cual sirve de punto de encuentro para satisfacer su adicción y como no tienen responsabilidad con terceros pasan libando todo el día muchas veces sin ingerir alimentos con tal de administrarse su droga. En tercer lugar casados pero que no necesariamente tiene una vida de pareja, aquí observamos hogares en los que la pareja y los hijos toleran la adicción del padre pues de una u otra manera mantienen el hogar o por simple miedo al rechazo social se hacen cómplices de la adicción, por otra parte existen hogares ya separados pero que aún mantienen el vínculo matrimonial pero únicamente en papeles pues los efectos destructores de la adicción han destruido el afecto y la interacción que la vida conyugal conlleva. En cuarto lugar son solteros que no necesariamente viven con sus padres u otros familiares no tienen responsabilidades y que no han podido formar su hogar por la dependencia del alcohol y por tanto conseguir estabilidad económica, así tenemos personas que viven en dependencia de sus padres y el dinero que éstos les proveen lo utilizan en el consumo de drogas, también existen quienes abandonaron su hogar por decisión propia o fueron expulsados del mismo por el efecto dañino que causaban en sus familias por la adicción que poseen.

Pregunta 5. ¿Qué tipo de familia Ud. tiene'?

Cuadro 5: Tipos de Familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Monoparental	23	38,3	38,3	38,3
	Nuclear	23	38,3	38,3	76,7
	Extensa	7	11,7	11,7	88,3
	Conjunta	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

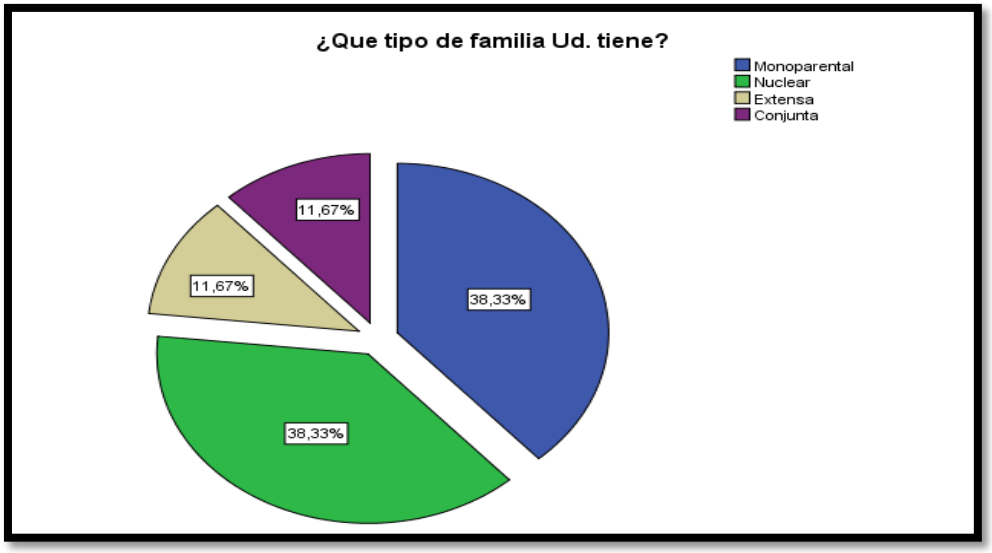


Gráfico 12: Tipos de Familia
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra tomada el 38,3% tienen el tipo de familia monoparental y con igual porcentaje el tipo de familia nuclear, el 11,7% tienen el tipo de familia extensa, al igual que conjunta con el mismo 11.7% de representatividad.

INTERPRETACIÓN

Una importante parte de los casos asistidos pertenecen a una familia Monoparental que se caracteriza por la presencia solamente de la madre o el padre, situación que ha ocasionado inestabilidad emocional produciendo incertidumbre en su comportamiento social por lo que han caído en el alcoholismo en búsqueda de la solución de sus problemas los cuales han ido aumentando, estos problemas se han repetido en el individuo actual pues al crecer en este ambiente replican esta conducta y se niegan a aceptar otra forma de vida en la cual sea posible a convivencia con su nueva familia. Con la misma representatividad tienen una familia Nuclear la que ha influenciado sobre todo cuando padre y madre no pueden resolver los problemas y éstos se desarrollan frente a los hijos quienes absorben esta conducta en muchas de las veces están involucradas discusiones, golpes, abusos y sobre todo alcohol lo que determina también la futura conducta de los congéneres en el desarrollo y formación de su hogar. Con menor porcentaje pertenece a una familia Extensa en la cual conviven varias generaciones y en lo que se refiere a los casos asistidos por el municipio de Ambato las nuevas figuras paternas han sido

reemplazas por abuelo o abuela por la falta de uno de ellos, lo que ha ocasionado que el hijo en su desarrollo tenga un trastorno por la falta de la presencia de una de sus figuras paternas sanguíneas, bajando en varios casos la autoestima y refugiándose a tempranas edades en el consumo de alcohol y otras drogas que no le permiten interactuar de forma adecuada en la sociedad y por lo tanto formar su nueva unidad familiar.

Pregunta 6. ¿Conoce Ud. algo sobre las adicciones?

Cuadro 6: Conocimiento sobre las adicciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91,7	91,7	91,7
	Poco	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

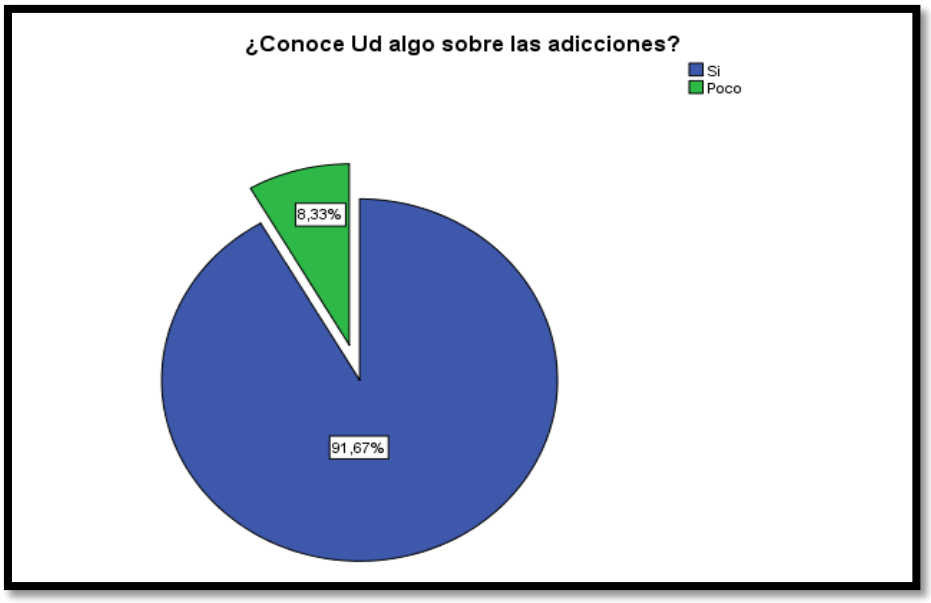


Gráfico 13: Conocimiento sobre las adicciones
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra analizada el 91,7% dijeron que si conocen sobre las adicciones, y el 8,3% que conocen solamente un poco sobre las adicciones.

INTERPRETACIÓN

Los casos asistidos en el Municipio de Ambato a pesar de conocer sobre las adicciones según lo muestra el gráfico No. 12, no tienen ningún tipo de miedo creando una conducta dependiente que les ha traído muchos problemas en su desarrollo socio afectivo.

En lo referente a la adición al internet, no lo consideran una adicción sino más bien un pasatiempo a través del cual por intermedio de las redes sociales logran socializarse con otras personas dejando de lado el contacto físico.

En lo referente al móvil, de la misma manera no consideran que sea una adicción como tal sino una necesidad para estar conectados con el resto de personas y entretenerse con juegos y música.

En cuanto a la adicción al sexo, estiman que el sexo es algo normal en los hombres y que si no se realizan delitos sexuales no debería considerarse una adicción sino más bien solo un placer carnal

En cuanto a las compras compulsivas expresan que uno compra lo que desea y si tiene el dinero para hacerlo pues no constituye peligro para la salud alguna.

Su criterio sobre la adicción a las drogas es diverso debido al tipo de éstas que se expone a continuación según su dependencia:

A las drogas, no lo consideran como dañinas sino un medio a través del cual relajan sus pensamientos y les ayuda a tener mayor valor para enfrentar las cosas o consolarse de una decepción o problema. Negando que las drogas los domine a ellos y que pueden dejarlo cuando quieran. Determinando de esta manera que la mayoría de los casos asistidos en el Municipio, requieren la rehabilitación ante la negación de su problema.

Pregunta 7. ¿Consume algún tipo de drogas?

Cuadro 7: Consumo de drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	59	98,3	98,3	98,3
	No	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

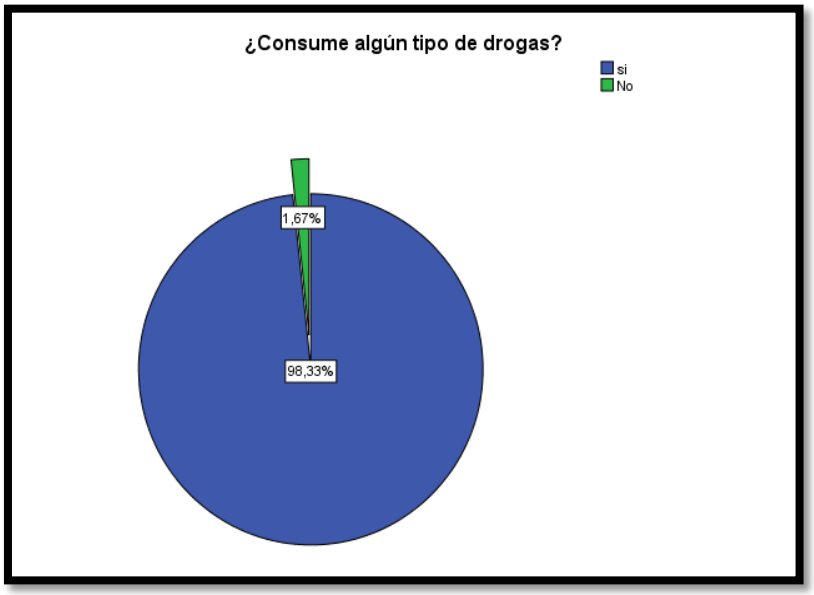


Gráfico 14: Consumo de drogas
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra total el 98,3% consumen algún tipo de drogas, mientras que el 1,7% no consumen drogas.

INTERPRETACIÓN

Los casos asistidos por el municipio de Ambato aceptan que consumen algún tipo de drogas lo que demuestra que el centro de asistencia está bien direccionado y cumpliendo con su objetivo de atender a personas con algún tipo de adicción. La persona que expresa su no adicción a las drogas es porque no acepta su adicción al alcohol como una droga.

Pregunta 8. ¿Qué tipo de droga usted consume?

Cuadro 8: Droga consumida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	42	70,00	70,00	70,00
	Marihuana	6	10,00	10,00	80,00
	Cocaína	5	8,33	8,33	88.33
	Inyectable	4	6,67	6.,67	95,00
	Otras	3	5,00	5,00	100,00
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

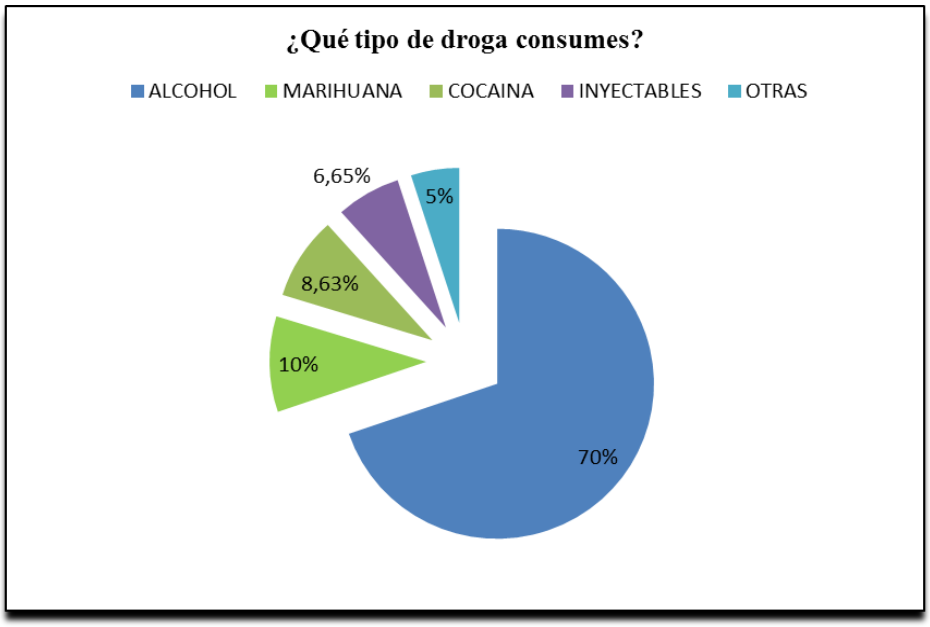


Gráfico 15: Droga consumida
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

El 70% consumen alcohol, el 10% consumen marihuana, el 8.33% consumen cocaína, el 6.67% consumen drogas inyectables y el 5% consumen otras drogas.

INTERPRETACIÓN

En los casos asistidos por el municipio de Ambato consumen alcohol lo que demuestra que ésta es la droga más consumida, de fácil acceso y la que ocasiona principalmente la disolución familiar.

En segundo lugar consume marihuana lo que muestra que la tendencia de mayor consumo en nuestra provincia continua siendo esta droga como se pudo observar en el gráfico 6 de la Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes de Enseñanza Media que se expuso anteriormente.

En tercer lugar consumen cocaína pues al no obtener ya el efecto suficiente con el alcohol y la marihuana que consideran "drogas suaves".

En cuarto lugar consumen drogas inyectables como la morfina de uso hospitalario de mayor costo para lo cual han delinquido o vendido sus pertenencias para adquirirla.

Finalmente la minoría consume otros tipos de droga entendiéndose por estas como la inhalación de cemento de contacto y el consumo de hipnóticos como las benzodiacepinas que actúan directamente sobre el sistema nervioso central y se consiguen a través de recetas médicas en las farmacias y son de bajo costo pero efecto perdurable.

Esto demuestra como el adicto en su necesidad de consumo pueden realizar actos de delincuencia y deplorables ante la sociedad para poder calmar su ansia.

Pregunta 9. ¿Conoce los daños que provoca el consumo de alcohol en su salud?

Cuadro 9: Daños del alcohol en la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	35	58,3	58,3	58,3
	No	1	1,7	1,7	60,0
	Un poco	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

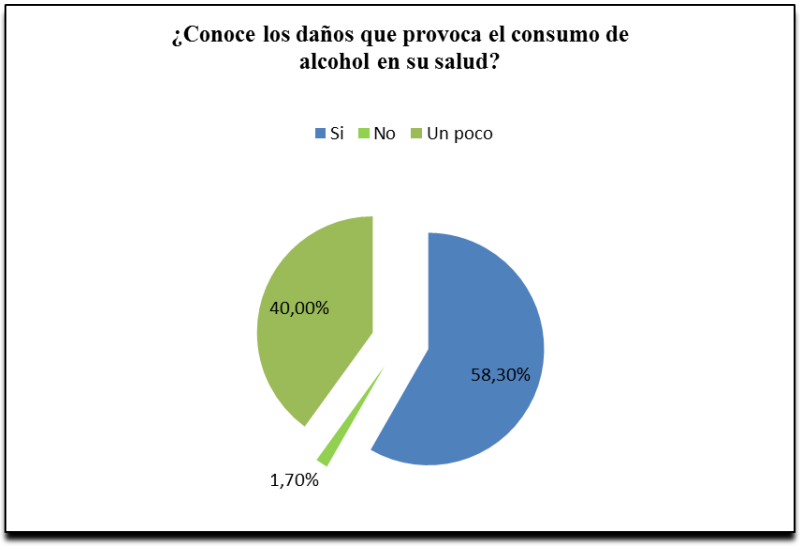


Gráfico 16: Daños del alcohol en la salud
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra el 58,3% si conocen los daños que provoca las drogas y el alcohol en la salud, el 1,7% dicen que no conoce los daños que produce el consumo del alcohol en la salud y el 40% conocen un poco acerca del daño que provoca el consumo del alcohol en la salud.

INTERPRETACIÓN

Un número importante de los casos asistidos conoce el daño que causa en su salud el consumo de alcohol, pero en el estado de adicción en el que se encuentran manifiestan que no les interesa con tal de satisfacer su ansia y sin titubeo expresan sarcásticamente "de algo me he de morir y que no tienen por qué vivir pues ya lo han perdido todo y su familia les ha deseado muchas veces su muerte que mantenerse vivos pero en adicción", demostrando la baja autoestima que presentan por vivir bajo el yugo del alcohol.

En segundo lugar conocen un poco sobre los daños en la salud que provoca el consumo de alcohol, por esta razón y con la excusa de su desconocimiento continúan consumiendo alcohol sin darle mucha importancia y aduciendo que en el momento que ellos lo deseen lo dejarán.

Pregunta 10. ¿De las siguientes causas cuál considera que insidió para su adicción?

Cuadro 10: Causas de la adicción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Problemas familiares	32	53,3	53,3	53,3
	Problemas económicos	12	20,0	20,0	73,3
	Problemas sociales	1	1,7	1,7	75,0
	Curiosidad	15	25,0	25,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

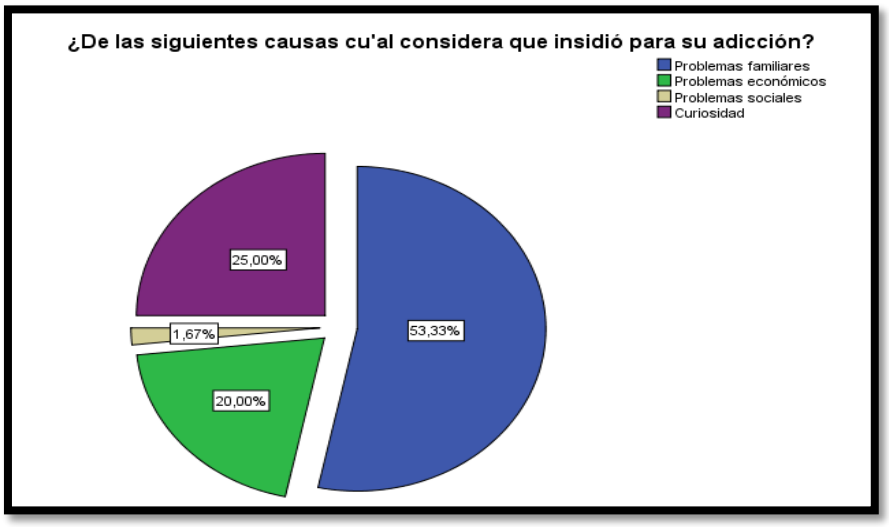


Gráfico 17: Causas de la adicción
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada el 53,3% consideran que los problemas familiares incidieron para su adicción, el 20% consideran que los problemas económicos incidieron para su adicción, el 1,7% considera que los problemas sociales incidieron para su adicción, el 25% considera que la curiosidad incidió para su adicción.

INTERPRETACIÓN

En los casos asistidos por el Municipio consideran que la principal causa de la adicción fueron los problemas familiares de pareja que no se pudieron solucionar debido a que se

sentían incomprendidos y a la falta de un canal de comunicación, se resolvían los problemas con violencia por lo que mejor escogieron refugiarse en el alcohol.

En segundo lugar consideran que la simple curiosidad insidio en su adicción sobre todo por influencia de sus amigos a quienes siempre les veían bien y sin preocupaciones además que ellos les invitaban a ingerir licor y de a poco le fueron cogiendo el gusto por él hasta no poder vivir sin una gota de alcohol en la sangre.

En tercer lugar consideran que los problemas económicos como la falta de oportunidades de empleo y el alto costo de la vida influyeron en su adicción ya que de esta manera consolaban sus necesidades.

Finamente la minoría considera que los problemas sociales como son la desigualdad de oportunidades, los rangos sociales, el racismo y las diversas costumbres como las fiestas en las cuales sin alcohol no es fiesta influyeron en su adicción echando la culpa a todo el mundo y sin hacerse responsable de su decisión.

Pregunta 11. ¿Ha tenido cambios en su personalidad?

Cuadro 11: Cambios en la personalidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	54	90,0	90,0	90,0
	No	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 18: Cambios en su personalidad
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra el 90% si ha tenido un cambio en su personalidad, 6 personas que equivalen a un 10% no han tenido un cambio en su personalidad.

INTERPRETACIÓN

Consideran que si ha tenido cambios en su personalidad debido al consumo de alcohol como por ejemplo:

Mayor inmadurez, pues ven la vida de manera muy superficial dejando de lado los objetivos que antes tenían en un segundo plano, sin plantearse metas a cumplir y sin el deseo de formar y mantener un hogar estable.

Dependencia emocional, pues sin el alcohol se sienten vulnerables y sensibles a toda reacción de reproche, mientras que refugiados en su adicción se hacen fuertes ante cualquier crítica.

Inseguridad, sobre sí mismos y los demás, pues no se sienten capaces de hacer algo productivo y además piensan que todas las personas están en su contra o quieren hacerles daño.

Conductas temerarias, pues al estar alcoholizados pierden la conciencia y por tanto se presentan supuestamente valientes a realizar actividades que sobrios no lo harían por le riesgo que representan.

Chantajes emocionales, pues logran convencer a sí mismo y a los demás por lástima que deben ayudarles de manera errónea por ejemplo obsequiándole dinero para poder satisfacer su vicio.

Baja tolerancia a la frustración, pues en ciertas oportunidades se sumen en depresión a l ver que no consiguieron sus objetivos planteados en la Juventus o al ver a los demás progresas más que ellos.

Complejo de inferioridad, ya que muchas veces se sienten menos que los demás humillándose públicamente y perdiendo la dignidad por una copa de alcohol.

Hostilidad, algunos de ellos presentan mucha agresividad al punto de representar una amenaza para la sociedad.

Celos, sobre todo en la familia con su pareja al punto de golpearla pensando que la está traicionando sin motivo alguno.

Fanfarronerías, muchas de estas personas alardean sobre lo que son, lo que hacen o lo que tienen mostrándose insoportables ante los demás y creando problemas a donde vayan.

Complejo de culpabilidad, en ciertas ocasiones entran en estado de depresión adoptando un estado de víctima confesa y recibiendo la culpa de todo lo que sucede llegando a extremos desastrosos.

Ideas y tentativas de suicidio, la gran mayoría de los casos asistidos en algún momento de su vida han tratado de suicidarse pues la adicción los lleva a estos límites extremos en los que pasa por su mente terminar con su existencia y por ende de sus problemas.

Deterioro intelectual, ya que su capacidad va disminuyendo y se vuelven menos cultos y hábiles mentalmente.

Impotencia temporal, varios de ellos dicen que por periodos cortos de tiempo han perdido el apetito sexual por sus parejas resquebrajando aún más la relación y creando problemas familiares.

Conductas extravagantes, algunos de ellos han experimentado momentos en los cuales han desarrollado conductas de rabia, melancolía extrema, vestimenta diferente, apetitos malsanos que atemorizan a quienes viven a su alrededor.

Angustia, los alcohólicos han experimentado este sentimiento sobre todo en el momento de mayor tensión después de permanecer por un periodo medio de sobriedad lo que le aumenta el ansia de satisfacer su vicio.

Mientras que la minoría al no tener mucho tiempo de adicción considera que no ha experimentado cambios en su personalidad.

Pregunta 12. ¿Se han incrementado los conflictos y peleas en el seno de su familia a causa de su conducta?

Cuadro 12: Conflictos familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91,7	91,7	91,7
	No	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 19: Conflictos familiares
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 91,7% manifiestan que si se han incrementado los conflictos y peleas en el seno de su familia causa de su conducta, un 8,3% no se han incrementado los conflictos y peleas a causa de sus adicciones.

INTERPRETACIÓN

De los casos asistidos en el municipio de Ambato exponen que en sus hogares se ha incrementado los conflictos familiares a causa de su conducta adquirida por su adicción

pues en un principio los cabeza de familia no aceptan su adicción por lo que no aceptan recomendaciones y pero aún consejos de nadie sobre su problema. Por otra parte siempre que salen a buscar trabajo y no lo consiguen sufren episodios de depresión y calman su ansia ingiriendo alcohol aduciendo que de esta manera sacan su frustración pue para ellos Dios no las ayudas.

En otras ocasiones llegan a sus hogares como dicen ellos "picados" y proceden a agredir a sus parejas e hijos terminando en varios casos en denuncias de violencia familiar en las que ha tenido que intervenir la policía. Pero también se ha dado casos en los cuales han tenido que comprar más alcohol para mantenerlos tranquilos e inclusive obligándoles a ser consumidores.

La minoría de los casos asistidos manifiestan que no se han incrementado los conflictos y peleas en su seno familiar algunos porque viven solos y otros porque aún no lo han experimentado.

Pregunta 13. ¿Ud. ha sido rechazado por?

Cuadro 13: Rechazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Vecinos	11	18,3	18,3	18,3
	Amigos	3	5,0	5,0	23,3
	Familiares	44	73,3	73,3	96,7
	Otros	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

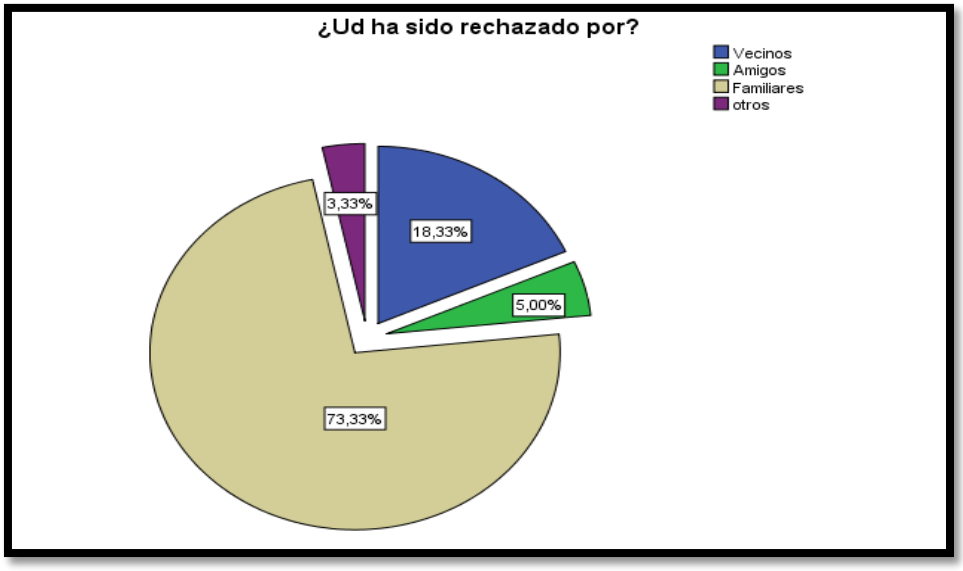


Gráfico 20: Rechazo
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 18,3% han sido rechazados por sus vecinos, un 5% han sido rechazados por sus amigos, un 73,3% han sido rechazados por sus familiares, un 3,3% han sido rechazados por otras personas.

INTERPRETACIÓN

Han sido rechazados por su familia demostrando que la causa principal de disolución familiar es la adicción al alcohol, pues existe la promesa vacía de que van a cambiar y dejar el alcohol a un lado pero son tantas decepciones que terminas dejándolos solos y sin tener a quien acudir por ayuda.

En segundo lugar han sido rechazados por sus vecinos pues al ver su conducta diaria frente a su casa y con el instinto de cuidar su familia los hacen de lado y muchas veces son ellos mismo quienes llaman a la policía cuando hay problemas intrafamiliares.

En tercer lugar han sido rechazados por sus amigos los cuales la estar presentes en sus actitudes descontroladas terminar por apartarse ante esta mala influencia excluyéndolo del grupo social en el que se encuentra y por tanto destruyendo su autoestima.

Finalmente la minoría ha sido rechazada por otras personas como son sus compañeros de trabajo, de equipo deportivo, de clases o agentes de seguridad pues al representar una amenaza para la seguridad son hechos aún lado y en las calles constantemente son llevados detenidos para evitar que agredan a otros. Inhabilitándolo de la vida social.

Pregunta 14. ¿Modificaste tu vida social por culpa del alcohol?

Cuadro 14: Vida social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91.7	91,7	91,7
	No	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 21: Vida social
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra un 91,7% han modificado su vida social por el alcohol, un 8,3% no han cambiado su vida social por culpa del alcohol.

INTERPRETACIÓN

De los casos asistidos por el municipio de Ambato han modificado su vida social pues su círculo de amistades ya no lo incluyen en los eventos y reuniones que organizan pues por su conducta variable puede que agreda o pierda el control de sus actos convirtiéndose en un problema latente hasta el punto en el que se necesite la intervención policial. En otros casos por miedo o vergüenza mejor no los invitan y los excluyen de a poco de la sociedad.

La minoría no ha sufrido modificación en su vida social pues expresan que muchas veces han estado solos y ahora que ingieren alcohol siguen igual solos. Auto aislándose de la sociedad.

Pregunta 15. ¿Siente cambios físicos en Ud. desde que empezó a consumir?

Cuadro 15: Cambios físicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	51	85,0	85,0	85,0
	No	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

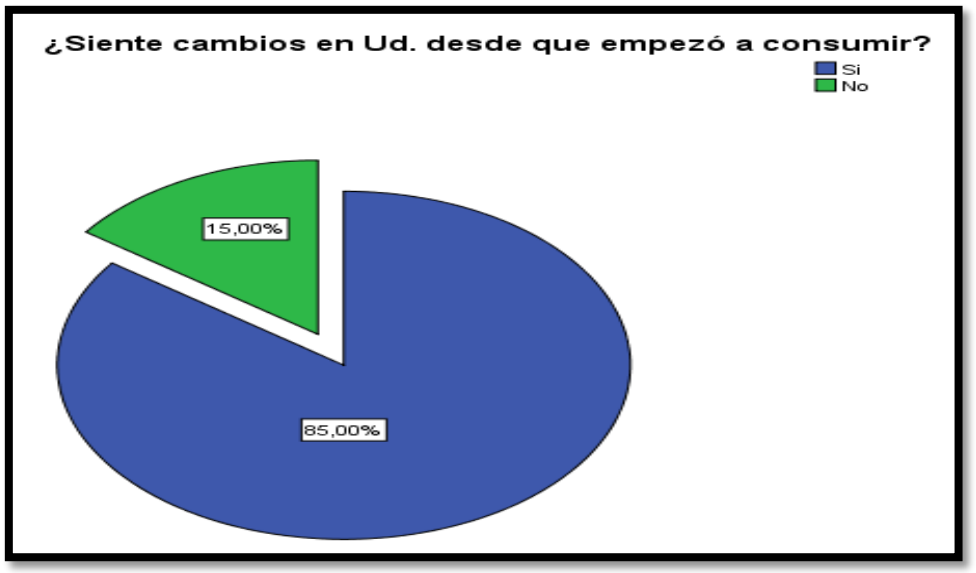


Gráfico 22: Cambios físicos
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra estudiada un 85% si ha sentido cambios desde que empezó a consumir, un 15% no han sentido cambios desde que empezaron a consumir. La mayoría de los encuestados ha sentido cambios desde que empezó a consumir.

INTERPRETACIÓN

Por el consumo del alcohol la mayoría siente cambios físicos entre ellos los siguientes:

Pérdida de peso que al principio era insignificante ahora es demasiado notoria llegando niveles de desnutrición.

Disminución de su energía, sintiéndose débiles y sin ánimo de nada, pasan varias horas durmiendo y se levantan sin apetito pero con la necesidad de seguir ingiriendo alcohol.

Problemas cardiacos como taquicardia y soplos a l corazón lo que les limita a realizar actividades físicas.

Impotencia sexual pues el alcohol inhibe el deseo y no pueden mantener relaciones son sus parejas.

La piel se reseca y pierde elasticidad mostrando muchas veces manchas en la piel y paño.

Algunos presentan envejecimiento prematuro pues el alcohol acelera el proceso de maduración de las células.

Problemas con el hígado y la circulación de la sangre

La minoría afirma que no ha tenido cambios pues no es mucho tiempo que han comenzado con su adicción.

Pregunta 16. ¿Ha hecho cosas dañinas para poder consumir?

Cuadro 16: Cosas dañinas para consumir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	51	85,0	85,0	85,0
	No	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 23: Cosas dañinas para consumir
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra analizada un 85% dicen que han hecho cosas dañinas para poder consumir, un 15% dicen que no han hecho cosas dañinas para poder consumir.

INTERPRETACIÓN

Indican que han hecho cosas dañinas para poder consumir alcohol como son:

Robar a su propia familia para comprar alcohol, ocasionando problemas a su hogar pues en casos roban el dinero que es para la comida y se lo gastan en licor, o también venden cilindros de gas, joyas, celulares o hasta animales de corral para el mismo fin.

Asaltar a transeúntes u obligarlos a darles dinero para poder comprar un turno como lo llaman al vaso de alcohol.

También han llegado a pelear entre alcohólicos para robarse entre sí y poder comprar su vicio.

En el peor de los casos han llegado a prostituirse con tal de obtener dinero para poder calmar su sed adictiva.

La minoría menciona que aún no han llegado a este punto de realizar cosas dañinas por su adicción pero tampoco rechazan que en un futuro podría suceder.

Pregunta 17. ¿El consumo de alcohol te puso alguna vez en peligro?

Cuadro 17: Estado de peligro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91.7	91,7	91,7
	No	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 24: Estado de peligro
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra un 91,7% han experimentado peligro por el consumo de alcohol, un 8,3% no han experimentado peligro por su adicción.

INTERPRETACIÓN

Han experimentado situaciones de peligro por el consumo pues al encontrarse en la calle, muchas veces se han visto envueltos en riñas callejera, otros han sido asaltados pues los delincuentes se han aprovechado de su estado y los han sometido y golpeado, otros también han sufrido caídas y se han flagelado el cuerpo, así también han sido golpeados

o atropellados por vehículos pues en su estado de inconsciencia se han lanzado a las calles sin el cuidado necesario.

La minoría comenta que no han tenido exposición de riesgo puesto que beben en sus hogares y no representa mayor peligro dentro de la seguridad de su casa.

Pregunta 18. ¿Usas el alcohol para enfrentarte a los problemas de la vida diaria?

Cuadro 18: Uso del alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	50	83,3	83,3	83,3
	No	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

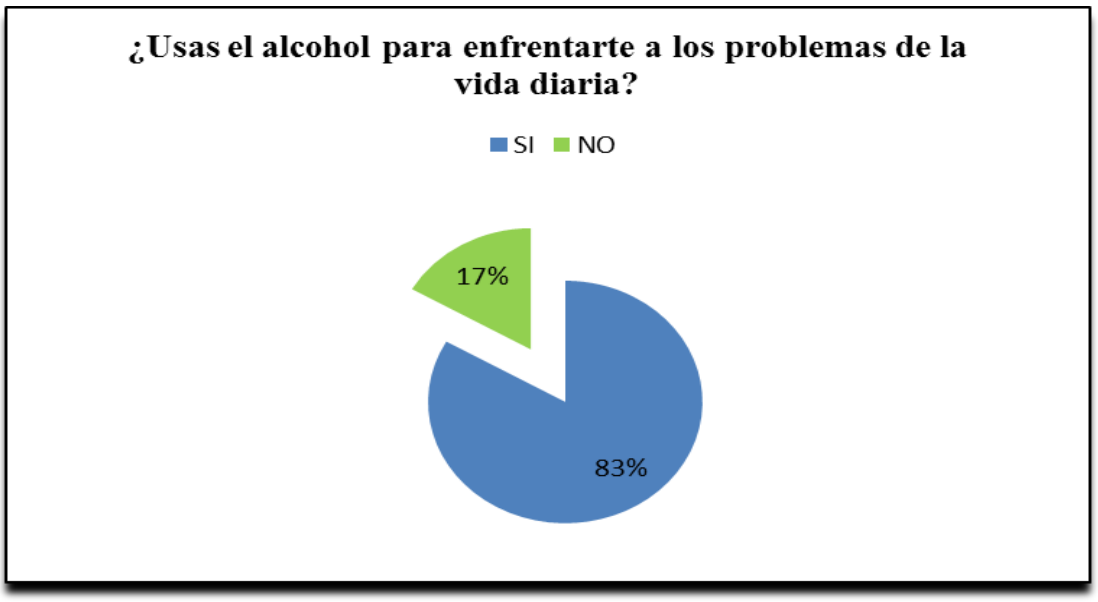


Gráfico 25: Uso del alcohol
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 83,3% han usado el alcohol para enfrentarse a los problemas de la vida diaria, 10 un 16.7% no han utilizado el alcohol para enfrentarse a los problemas de la vida diaria.

INTERPRETACIÓN

Los problemas tratados fueron la falta de trabajo, la inestabilidad económica, la soledad y las discusiones familiares. De esta información tenemos que la mayoría han usado el alcohol para supuestamente enfrentar estos problemas pues aducen que cuando consumen se sienten relajados y buscan la manera de resolver estos inconvenientes, haciéndose ciegos a la realidad que está por delante.

La minoría expresa que no lo ingieren alcohol para enfrentar sus problemas sino como un medio de diversión para compartir con sus amigos momentos de relax.

Pregunta 19. ¿Hace cuánto tiempo que tiene la adicción?

Cuadro 19: Tiempo de adicción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco tiempo	32	53,3	53,3	53,3
	Algunos meses	9	15,0	15,0	68,3
	Años	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

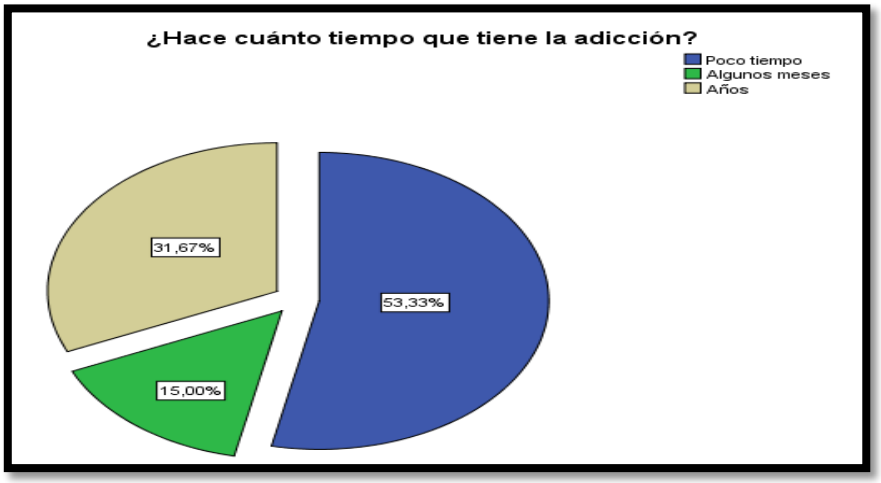


Gráfico 26: Tiempo de adicción
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra un 53,3% tienen poco tiempo su adicción esto es entre 1 a 5 años, a un 15% tienen algunos meses su adicción, un 31,7% tienen años su adicción esto es más de 5 años.

INTERPRETACIÓN

Estas personas manifiestan que tienen poco tiempo de su adicción esto comprende de 1 a 5 años esto implica gente que está en proceso de adicción intermedia pues por su vicio ya se encuentran en las calles algunos de ellos aún viven con sus familia y están experimentando los problemas que implica su adicción en su núcleo familiar como la inestabilidad económica y la falta de trabajo.

En segundo lugar manifiestan que tienen varios años consumiendo alcohol esto es entre 5 y 20 años son personas ya maduras y muchas de ellas ya han perdido su hogar o están a punto de hacerlo pues la adicción les está ganando el partido si no hacen nada al respecto, muchos de ellos ya deambulan en las calles en la indigencia o cuidando automóviles para juntar unos centavos para saciar su sed de alcohol. Algunos duermen en las calles y se los ha llevado al centro de atención a la fuerza para poder brindarles la primera atención.

La minoría expresa que tienen varios meses esto es entre 3 meses y un año son personas que aún viven con su familia y que están comenzando a caer en los brazos del alcohol y que ya han experimentado algún problema de conducta como la rebeldía en su hogar sin reconocer su problema.

Pregunta 20. ¿Consumes alcohol para ser más extrovertido o vencer tus miedos?

Cuadro 20: Diversión con adicción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	47	78,3	78,3	78,3
	No	13	21,7	21,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)



Gráfico 27: Diversión con adicciones
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 78,3% expresa que si consume alcohol para ser más extrovertidos o vencer sus miedos, un 21,7% dicen no consumen por esta razón.

INTERPRETACIÓN

Se manifiesta mayoritariamente que en efecto al consumir alcohol se sienten más extrovertidos y son capaces de interactuar y hacer amistad con otras personas venciendo su miedos y enfrentando cualquier situación que se venga esto debido al efecto inhibidor que el alcohol causa sobre su conciencia la cual se relaja al punto de tener despreocupación y dejar de lado sus limitaciones.

En segundo lugar expresan que consumen alcohol soló por simple gusto pero se sienten avergonzados con su proceder y no quieren tener problemas con sus familias pues conscientemente saben que su proceder es el correcto y sienten cierto remordimiento al siguiente día de haber consumido y verse físicamente afectados.

Pregunta 21. ¿Ha intentado dejar en algún momento su adicción?

Cuadro 21: Dejar la adicción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	49	81,7	81,7	81,7
	No	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

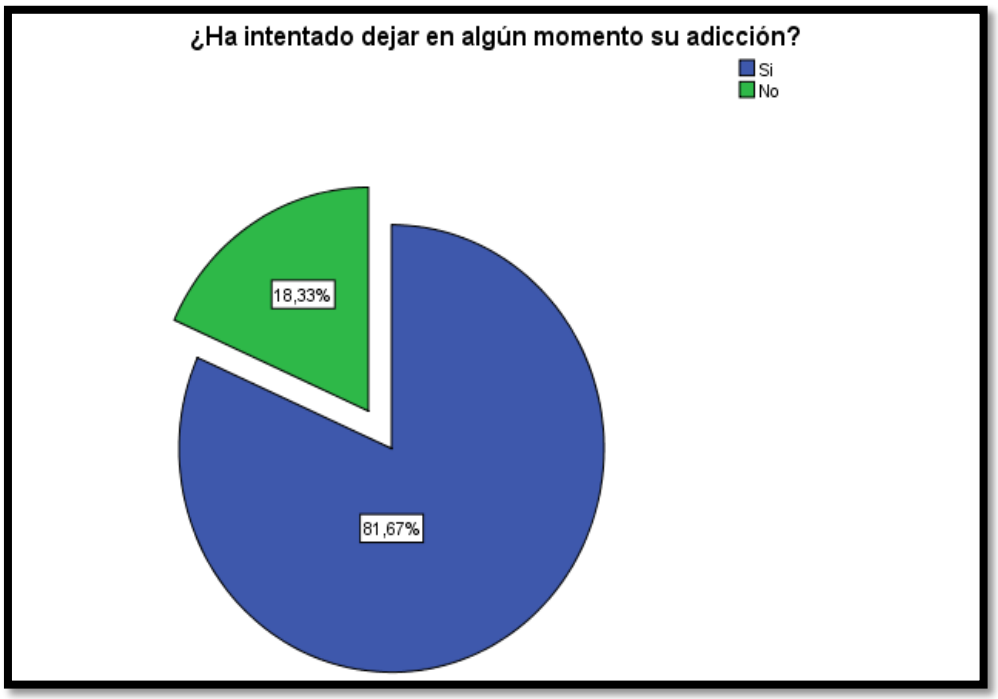


Gráfico 28: Dejar la adicción
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

El 81,7% han intentado dejar su adicción en algún momento, un 18,3% no han intentado dejar su adicción.

INTERPRETACIÓN

Han tratado de dejar la adicción, por un mes se han abstenido pero la falta de voluntad y ayuda social le ha ocasionado recaídas volviendo al vicio y haciendo la falsa promesa de

que un mes más y lo dejo o es la última copa que pruebo, resquebrajando así su autoconfianza y haciéndose más vulnerables a la adicción.

La minoría expresan que nunca han intentado dejar el alcohol pues de esta manera es feliz y nadie le controla ni molesta pudiendo hacerlo cuando quiera. Estas personas están atrapadas en la adicción haciendo visible su no aceptación del problema.

Pregunta 22. ¿Sus amistades/familia consumen también?

Cuadro 22: Consumen de amistades/familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	50	83,3	83,3	83,3
	No	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

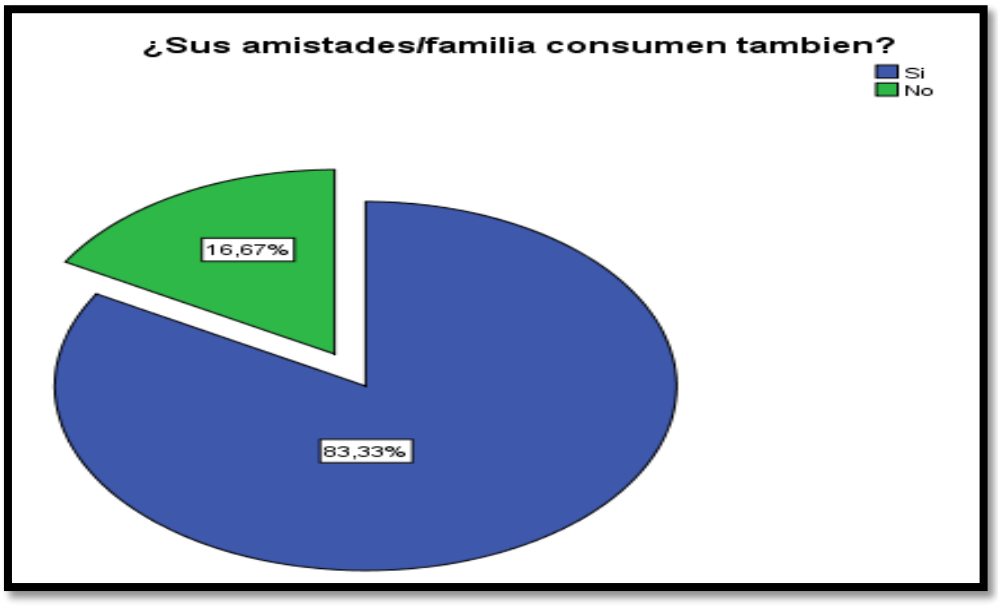


Gráfico 29: Consumo de amistades/familia
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra analizada un 83,3% personas dicen que su familia y amigos también consumen, un 16,7% dicen que su s amistades y familia no consumen.

INTERPRETACIÓN

Se manifiesta en mayor proporción que sus familiares y amigos también consumen y que para formar parte de sus grupos deben hacerlo para no sentirse rechazados pues llegan a un puno en el cual las sociedad los une en las calles y forman círculos de bebida, o son ellos mismos quienes venden alcohol como su forma de vida y los acompañan al vicio. Creando un verdadero caldo de cultivo en el cual inician su vicio y van destruyéndose como personas.

La minoría expresa que son los únicos del grupo social y familiar que consumen drogas por tal razón se alejan de ellos y los dejan solos.

Pregunta 23. ¿Si pudiera elegir que preferiría?

Cuadro 23: Preferencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dejar de consumir	26	43,3	43,3	43,3
	No	34	56,7	56,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

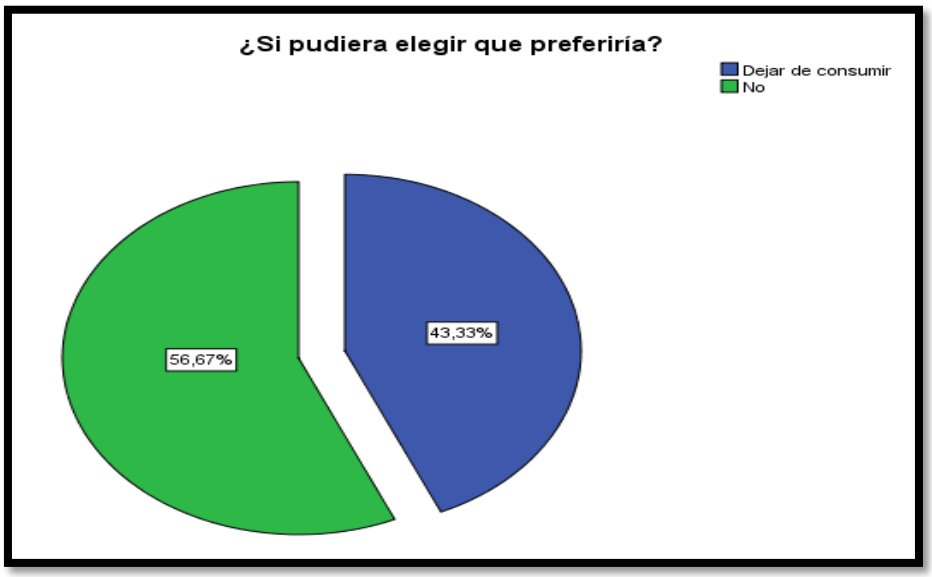


Gráfico 30: Qué preferiría
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 43,3% dicen que preferirían dejar de consumir, a un 56,7% dicen que no prefieren dejar de consumir.

INTERPRETACIÓN

Muchos de los casos asistidos comentan que no quieren dejar de consumir pues la vida ya se les ha pasado y que de esta manera no tiene que preocuparse y estresarse como los demás rehuyendo así de todo tipo de responsabilidad y compromiso demostrando que su adicción les está absorbiendo su vida.

Por otra parte expresan que si desearía dejar la adicción pues se dan cuenta que la vida se les está acabando en el alcohol y que son un pésimo ejemplo para sus familias y representan una carga para la sociedad,

Pregunta 24. ¿Saben sus amistades/familia sobre tu adicción?

Cuadro 24: Conocimiento de su adicción sus amistades y familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	54	90,0	90,0	90,0
	No	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

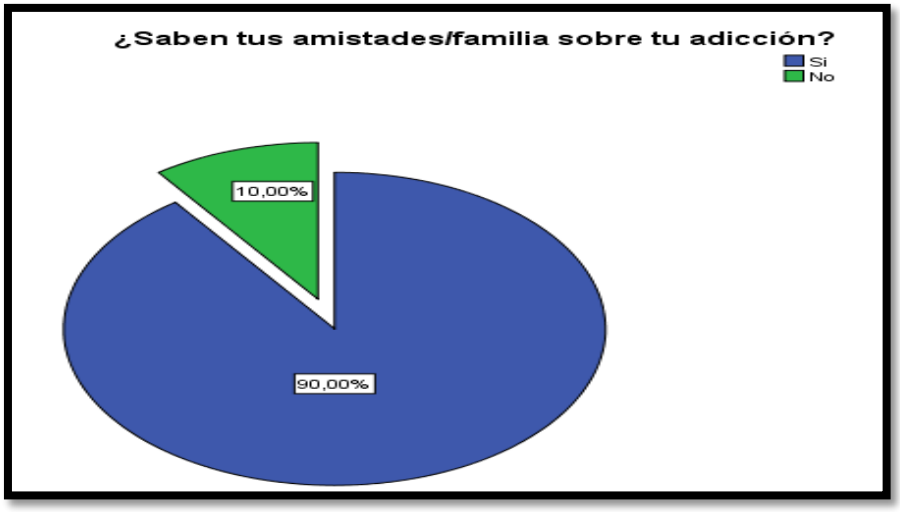


Gráfico 31: Conocimiento de su adicción sus amistades y familia
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

Del total de la muestra un 90% sus amistades y familia si saben sobre su adicción, un 10% sus amistades y familia no saben sobre su adicción.

INTERPRETACIÓN

En gran parte indican que sus familiares y amistades conocen sobre su adicción y prefieren hacerse a un lado o dejar de estar con nosotros, así también hay familiares y amigos que comparten nuestra adicción.

La minoría expresa que sus familiares no conocen su estado pue viven en otras ciudades y no viene a visitarlos.

Pregunta 25. ¿Les mentiste (ocultaste) a otros sobre tu adicción?

Cuadro 25: Mentir sobre consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	57	95	95	95
	No	3	5	5	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

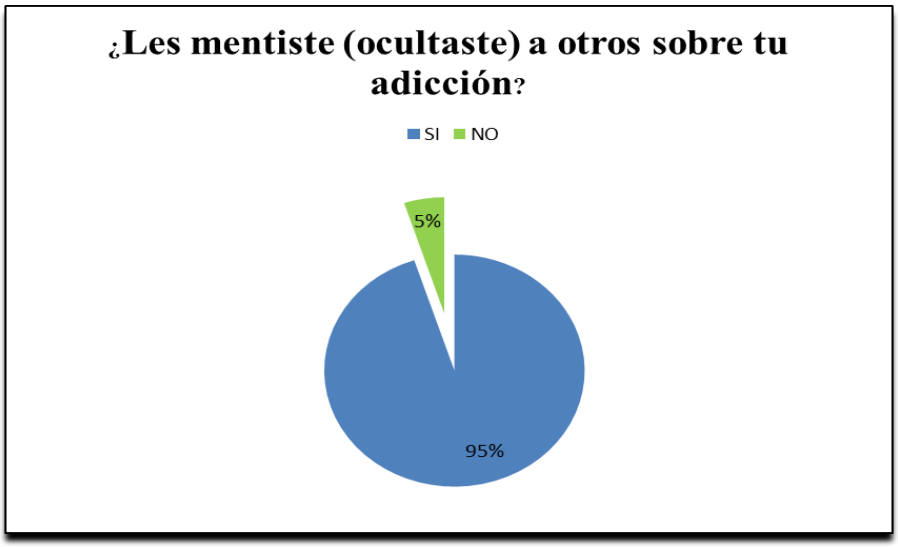


Gráfico 32:Mentir sobre consumo
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada un 95% expresan que si han mentido u ocultado su adicción, un 5% no han intentado mentir ni ocultar su adicción.

INTERPRETACIÓN

Muchos expresan que si han mentido y ocultado la adicción esto es lógico pues el adicto se convierte automáticamente en un mentiroso impulsivo que además manipula al resto de gente con el afán de causar lastima y ganar los favores de la gente para conseguir dinero para su adicción.

La minoría en cambio dice que la familia y amigos ya conocen su problema por lo que tratan de ayudarles pero lastimosamente no dejamos que lo hagan.

Pregunta 26. ¿Considera que la adicción que presentas influyó en la disolución familiar?

Cuadro 26: Adicción y disolución familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	38	63,3	63,3	63,3
	No	3	5	5	68,3
	A veces	19	31.7	31.7	100,00
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

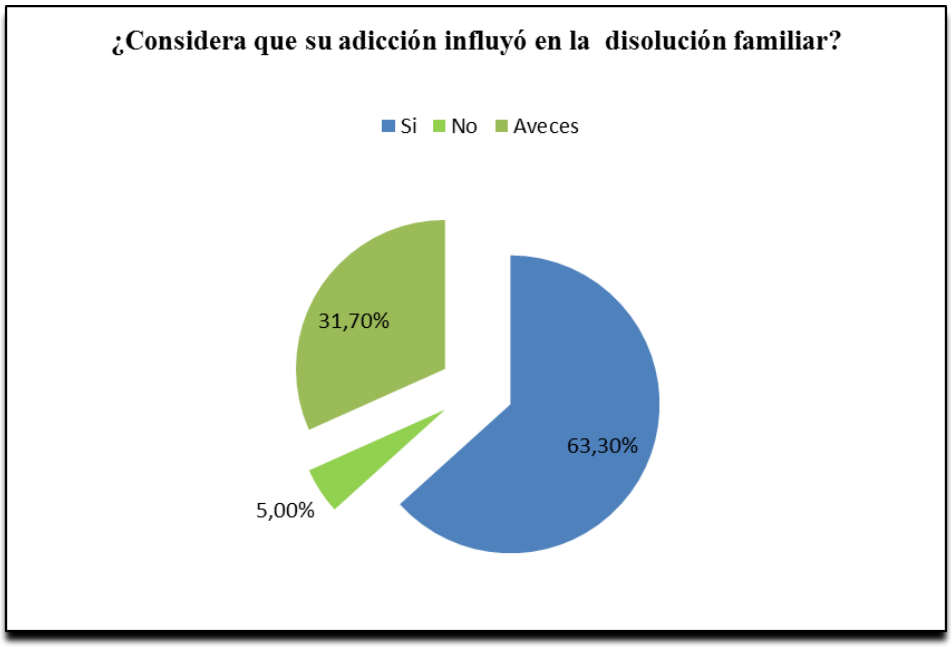


Gráfico 33: Adicción y disolución familiar
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De la muestra estudiada el 63.3% expresa que si influyo su adicción en la disolución familiar, el 31.7% expresa que influye a veces y el 5% expresan que no influyó su adicción en la disolución familiar.

INTERPRETACIÓN

Un número importante que si influye las adicciones en la relación con su pareja ocasionando la disolución familiar debido a que se presentan cambios en su conducta por

el consumo, pues su conducta se vuelve agresiva, no controlan sus impulsos, pierden sus trabajos, existe un descuido permanente, y principalmente no aceptan el problema que afrontan evadiendo las responsabilidades en el hogar, muchas veces consumen el poco dinero que entra en su vicio y no les importa ser apresados pues l están perdiendo todo. Además al ser una mala influencia para sus hijos es mejor alejarse y dejarlos solos con su botella.

En segundo lugar expresan que a veces influye la adicción en la disolución familia pues cuando están ebrios sus parejas se enfurecen y existen problemas y hasta no les dejan entrar en sus casa pero existe tanta dependencia económica que cuando están sobrios trabajan y llenan el sustento a sus hogares por lo que no los abandonan convirtiéndose en cómplices de esta manipulación.

La minoría expreso que no existe influencia de las adicciones en la disolución familiar pue algunos aún permanecen en sus hogares ya no tiene vida conyugal pero tampoco dejan su casa y continúan viviendo en familia.

Pregunta 27. Si usted tuviera la posibilidad de ingresar a un centro de rehabilitación ¿ingresaría?

Cuadro 27: Centro de rehabilitación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	51	85,0	85,0	85,0
	No	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

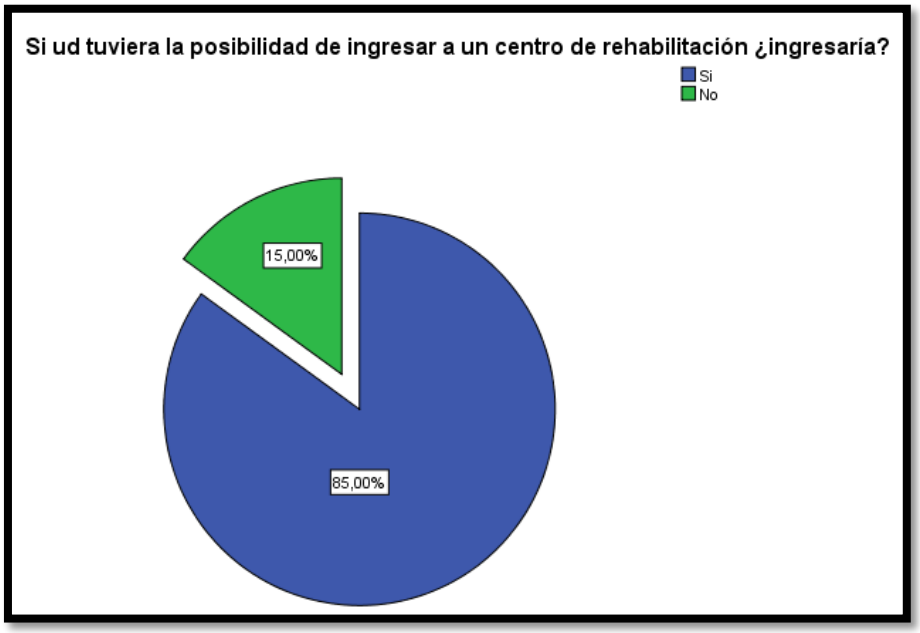


Gráfico 34: Centro de rehabilitación
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

Del total de la muestra un 85% dicen que si tuvieran la posibilidad de ingresar a un centro de rehabilitación si ingresarían y un 15% dicen que así tuvieran la posibilidad de ingresar a un centro de rehabilitación no lo harían.

INTERPRETACIÓN

Expresan que de tener la oportunidad si quisiera entrar a un centro de rehabilitación para poder vencer este problema pues sienten la soledad y a momentos en su estado de sobriedad se preocupan por su familia y los gastos que deberían erogar para solventar una clínica, así como la oportunidad de empezar de nuevo y reinsertarse en la sociedad para ser útiles.

La minoría restante prefiere no ingresar pues consideran que ya está perdido todo y que prefieren estar así.

Pregunta 28. ¿Qué cantidad de droga Ud. consume semanalmente?

Cuadro 28: Cantidad de Consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 5gr	8	13,33	13,33	13,33
	6 a 10gr	12	20,00	20,00	33,33
	Más de 10gr	9	15,00	15,00	48,33
	1 a 5lt	12	20,00	20,00	68,33
	6 a 10lt	15	25,00	25,00	93,33
	Más de 10lt	4	6,67	6,67	100,00
	Total	60		100,00	

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

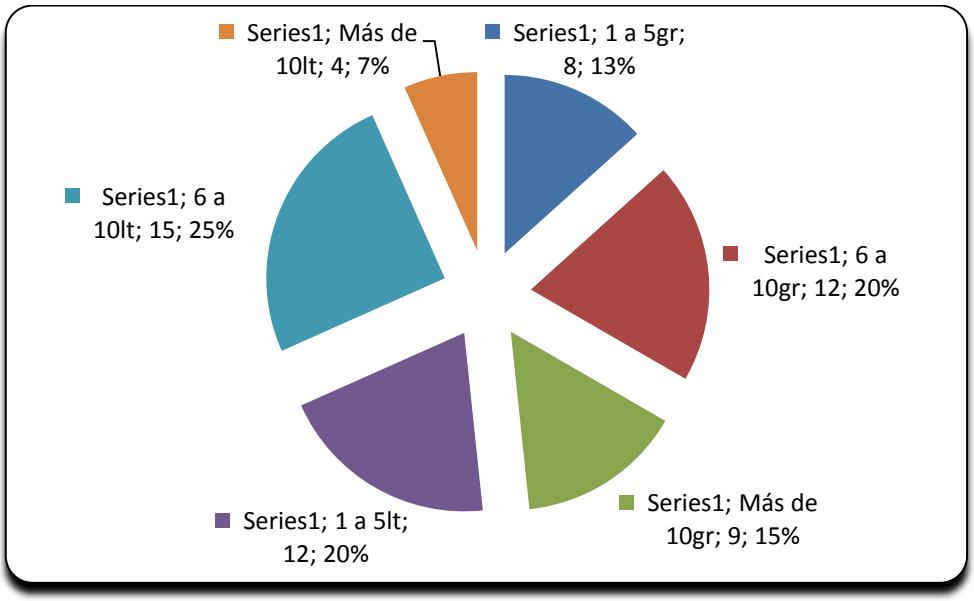


Gráfico 35: Cantidad de Consumo
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

ANÁLISIS

De los pacientes estudiados la mayoría el 25% consume de 6 a 10lt de alcohol semanalmente, el 40% está dividido entre 6 a 10gr de estupefacientes y 6 10lt de alcohol, el 15% consume más de 10gr de estupefacientes, el 13% consume de 1 a 5gr de sustancias estupefacientes, el 7% consume más de 10lt de alcohol.

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los casos asistidos muestran un mayor consumo de alcohol a la semana en un promedio de 6 a 10lt. De alcohol debido a que piensan que el licor no constituye una droga sino incluso una muestra de estatus y aceptación social, en cuanto a estupefacientes se refiere el más frecuente es el consumo de 6 a 10 gr. semanales debido a su fácil acceso en las calles y que en el ambiente en el que se desenvuelven es muy común su consumo e incluso llegando al punto de representar popularidad.

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Con los resultados que se obtuvo en la encuesta aplicada a varios jefes de familia en la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua se tomó como referencia la pregunta 4 con la pregunta 8.

Ho: Las tendencias a las Adicciones de los Jefes de Familia no son la causa para la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato

H1: Las tendencias a las Adicciones de los Jefes de Familia si son la causa para la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato

Nivel de significancia

Se establece que la probabilidad de cometer un error es de 5% es decir 0,05.

Zona de aceptación o rechazo

El resultado se obtiene aplicando la siguiente ecuación:

$(gl) = (F-1)\ (C-1)$

Dónde:

gl= Grados de libertad

C= Columnas de la Tabla

F= Filas de la Tabla

Reemplazando:

(gl) = (C – 1) (F – 1)

(gl) = (C – 1) (F – 1)

(gl) = (Columnas – 1) (Filas – 1)

(gl) = (5 – 1) (4 – 1)

(gl) = 12

El chi cuadrado calculado con 12 grados de libertad y 0,05 de nivel de significancia es

Prueba de Chi Cuadrado

Tabla 9: Chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,898[a]	12	,000
Razón de verosimilitudes	42,849	12	,000
Asociación lineal por lineal	18,783	1	,000
N de casos válidos	60		

a. 17 casillas (85.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .25.

Elaborado por: Cisneros, I. (2016)

Decisión Final

El valor x^2**t= 21** es menor alx^2**c= 56, 898** por tanto, de conformidad a lo establecido en la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula **Ho** que dice las tendencias a las adicciones de los Jefes de Familia no son la causa para la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato y se acepta la hipótesis alterna **H1** que dice las tendencias a las adicciones de los Jefes de Familia si son la causa para la disolución familiar de los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1.- De la investigación realizada en los 60 casos asistidos en el GAD Municipal de Ambato se llegó a la conclusión que los pacientes son de género masculino esto no significa que las mujeres no tengan tendencias adictivas sino que este fenómeno se atribuye al vivir en una sociedad sesgada por el machismo se presume que las mujeres que en base a sus costumbres y tradicionalismo cultural es la llamada a fomentar la unidad familiar y encargarse de las necesidades puertas adentro por lo que supuestamente no debería propender a una adicción siendo responsable de su hogar, además del miedo al señalamiento social razones por las cuales no permiten o no se acercan a ser atendidas a estos centros de rehabilitación pública.

2.- La adicción a las drogas es un problema social muchas veces minimizado por las autoridades y en varios casos disimulado sin darle la importancia tomando en cuenta el gran impacto que genera entre la colectividad, dentro de la ciudad de Ambato las principales adicciones son al alcohol y a la marihuana que por su fácil acceso se las puede adquirir en cualquier lugar, además que en el caso del alcohol es una droga socialmente aceptada y es consumido por la mayoría de personas en fiestas, antros o en reuniones familiares a tal punto que popularmente se manifiesta: “sin trago no hay fiesta”. La adicción consiste en la dependencia de alguna sustancia o comportamiento nocivo y degenerativo de la estabilidad emocional llegando en muchos casos a modificar su personalidad pues la ansiedad por satisfacer su adicción lo transforma a la persona en alguien irresponsable, violento y vulnerable en su autoestima afectando la relación familiar que se vuelve caótica hasta llegar al punto de su disolución dejando en el abandono a la víctima de la adicción. En cuanto a estos cambios podemos mencionar trastornos de personalidad como obsesivo-compulsivo las personas se interesan en alguna actividad de manera excesiva convirtiendo su interés en una obsesión tratando de

disgregar una actividad o estudiarla. La persona compulsiva reacciona a cualquier estímulo muchos reaccionan con una conducta violenta y sin haber razonado lo que pueda pasar. Otro de los trastornos es el esquizotípica que son signos es esquizofrenia como comportamiento extraño o discurso extraño, todo esto ocasionado por la ansiedad de mantener su adicción.

3.- De los 60 casos asistidos por el GAD Municipal del Cantón Ambato el 73.3% eran separados por su familia lo que muestra hasta qué punto puede llegar las tendencias adictivas pues el adicto deja de lado toda responsabilidad y obligación con el objetivo de satisfacer a sus apetitos mal sanos se encierran a consumir drogas sin importarles la familia y el trabajo, al ser despedidos y no tener dinero para adquirir sus vicios comienzan a vender los artículos de casa, otros obligan a sus hijos y pareja a trabajar para su adicción, al no ser respondidos agreden constantemente a su núcleo familiar, roban en las calles y se denigran por poder adquirir un poco de la sustancia que a su decir les calma los males que les aquejar destruyendo de a poco los lazos sentimentales que en alguna ocasión mantenían a la familia como un núcleo. En respuesta a esto el adicto es excluido de su familia, lo abandonan y se va sumergiendo cada vez más en el vicio dejando de lado de lado las ganas de vivir y sintiéndose una carga para la sociedad. Por otra parte las familias afectadas especialmente los hijos repiten estas conductas envolviéndose en un espiral sin fin del que muchos no tienen salida.

4.- De los casos asistidos por el GAD Municipal de Ambato el 85% de los pacientes tienen el deseo de salir de esa adicción por lo que están dispuestos a tratarse de manera integral tanto ellos como sus familias con el objetivo de reunificarse y juntos insertarse nuevamente en la sociedad sirviendo de testimonio que la recuperación es posible siempre y cuando estén comprometidos el adicto, la familia y la colectividad. Así también hay personas que les da igual recuperarse o no para los cuales es necesario tratarlos con mayor profundidad y devolverles las ganas de vivir.

RECOMENDACIONES

1.- Ejecutar los protocolos de intervención para concientizar a las personas dando charlas manifestando que las drogas y el alcohol no son la salida a los problemas del diario vivir, corregir los errores harán que un problema de tipo familiar se resuelva y que no sea necesario refugiarse en ningún tipo de droga.

2.- Apoyar a las personas mediante el ingreso a un centro de rehabilitación para personas con problemas de adicciones y mejorar las relaciones con su familia.

3.-Hacer parte a la familia del proceso de recuperación durante el internamiento del paciente y propender a su unión determinando la gran importancia que tiene la unidad familiar como base fundamental de la sociedad.

"Sólo cuando tocas fondo te das cuenta de la gran importancia que tiene la familia en tu vida, la valoras y te redimes, este es el primer paso para rehabilitarte de tu adicción y reinsertarte en la sociedad"

4.- Participar en la propuesta de la creación de un centro para que de alternativas de rehabilitación a los pacientes con algún tipo de adicción.

CAPITULO VI

PROPUESTA

TEMA

Creación de un centro de atención integral para la rehabilitación por consumo de alcohol y drogas.

DATOS INFORMATIVOS

Institución Ejecutora:

GAD Municipal del Cantón Ambato

Beneficiarios:

Las familias del adicto y la sociedad

Localización Geográfica:

Cantón Ambato

Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses

Fecha de Inicio:

Junio 2016

Fecha estimada de finalización del proyecto:

Diciembre 2016

Equipo Técnico:

Economista Blanca Gabriela Rodríguez Escobar y la esposa del Sr. Alcalde

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

A nivel de Ecuador por el consumo excesivo de drogas y alcohol hay varios centros de rehabilitación para personas con este problema pero en Ambato cabe la pena recalcar que existen centros de rehabilitación pero estos no cubren todas las necesidades de las personas con adicciones muchos de ellos no tienen para pagar el precio que estos demandan, además las adicciones son un problema que no solo lo tiene la persona que consume sino su familia puesto que la misma carga con el sufrimiento por el vicio de su ser querido, varias personas piensan que no es problema de ellos sin darse cuenta que una persona que tiene un vicio puede llegar hacerles daño esto puede ser al individuo sino a algún miembro de su familia.

Esta rehabilitación por el consumo de alcohol y drogas es necesaria para así evitar la disolución familiar causado por estos vicios lo cual ha afectado no solo a la persona con este problema sino a todos los miembros que integran su familia y a las personas que lo rodean un individuo con este vicio puede llegar a matar a otra persona sin darse ni siquiera cuenta puesto que el mismo está bajo las influencias del alcohol o de otro tipo de droga la cual le ha hecho perder su voluntad por completo.

La atención y rehabilitación oportuna ayuda a tratar directamente a los adictos para que ellos puedan salir adelante con una nueva vida debido a que todas las personas merecemos una segunda oportunidad si estamos con la convicción de un cambio, a su vez la rehabilitación les da la oportunidad de obtener unos empleos dignos y de esta manera ser útiles para la sociedad.

En este centro de atención y rehabilitación de los alcohólicos y personas con otros tipos de vicio no solo beneficiará a los adictos que sufren de este mal sino también a sus familias ya que son las que soportan viéndole a un familiar con este vicio e indirectamente a la sociedad quienes son parte de la problemática que se ha presentado por muchos años en nuestro país.

JUSTIFICACIÓN

La realización de esta propuesta al crear un centro integral para la atención y rehabilitación por consumo de alcohol y drogas es beneficiar a la persona con esta adicción como también a los miembros de su familia quienes están inmersos en los vicios

a si no sean consumidores y por ende a la sociedad quienes también forman parte del problema de una forma u otra.

La razón para crear un centro integral para la atención y rehabilitación por consumo de alcohol y drogas es parte de la obligación social que tiene el GAD Municipal del Cantón Ambato con sus ciudadanos puesto que los mismos no están siendo serviles para su familia y mucho menos para la sociedad.

La creación de un centro de tratamiento a personas que tienen un consumo problemático de alcohol y otras drogas; se ha convertido en algo emergente y necesario ya que las personas inmersas en esta problemática necesitan atención profesional para que de esta manera sean tratados y reinsertados de forma exitosa tanto en su familia como en la sociedad, a través de la aplicación de procedimientos cuya eficiencia ha sido comprobada y verificada.

Este centro de rehabilitación se encuentra bajo las políticas del "Buen Vivir", es un reto que se asume como parte de la corresponsabilidad que a las entidades públicas les pertenece, como punto de partida y al tener el referente de personas que habitan en las calles de la urbe Ambateña se iniciará este proceso con ellas, pero al ser una ley que se encuentra en la Carta Magna que no se puede llevar a rehabilitación a una persona sin su consentimiento. El GAD Municipalidad de Ambato no puede ser indiferente ante dicha problemática por lo que se amparará en el Acuerdo 76700000 del Ministerio de Salud Art. 09 literal 2,6 "Excepcionalmente el médico podrá ordenar el internamiento de la o del paciente, cuando considere que, conforme el diagnóstico que realice, se encuentre en peligro de la vida o integridad del paciente o de su entorno, debido al abuso de substancias psicoactivas…" mediante remisión de un médico al Ministerio de Salud en el lapso de 72 horas, para que sean internadas para que puedan recibir tratamiento para precautelar su salud física y mental; y, la salud física y mental de la familia.

Según los estudios realizados por el Consep, la edad promedio en la que los menores consumen algún tipo de droga es de 14,3 años. En una investigación realizada en 2005, se reveló que los adolescentes tenían su primer contacto con estupefacientes a los 13,8 años

La lucha conjunta del GADMA con cada beneficiario, mediante una atención de calidad y calidez, mediante el equipo de profesionales que facilitarán una atención adecuada para su rehabilitación y habilitación, con una modalidad de atención que acoge a cada

beneficiario en un periodo de internamiento de 5 o 6 meses y acorde a la evolución de cada caso previo informe del equipo de profesionales, después recibirá un tratamiento ambulatorio de seguimiento para cumplir con sus reinserción social.

La creación de un centro de atención integral para la rehabilitación por consumo de alcohol y drogases necesario realizar en el Cantón Ambato puesto que los índices de alcoholismo y el consumo de otras drogas han subido más, debido a que cada día están más al alcance de todos y con el avance tecnológico estas no solo se están consumiendo físicamente sino también en forma auditiva que no presentan síntomas pero son igual de dañinas.

La realización de este centro integral es muy útil en este se pueden tratar personas que sufren de adicciones y de esta manera mejorar sus vidas en un 100% debido a que ellos van a salir renovados y con nuevas metas y sueños por cumplir se van a dar cuenta lo mal que estaban y que ahora tienen una nueva oportunidad.

OBJETIVOS

General

Implementar un centro integral para la atención y rehabilitación por consumo de alcohol y drogas, con atención profesional y capacitada mediante procesos sistemáticos que facilitarán su rehabilitación, habilitación y reinserción social, familiar y personal.

Específicos

- Identificar a la población beneficiaria del Cantón Ambato, para su ingreso u acogida a este centro de atención.
- Ofertar servicios de atención integral en tratamiento y habitación, a toda la población sin discriminación debida al género, edad, nivel socioeconómico, etnia; más aún, estos servicios deberán tomar en cuenta estas características para adaptar sus intervenciones y lograr un mejor impacto en la población.
- Crear mecanismos de colaboración y apoyo al proyecto a través de la participación de instituciones públicas, privadas junto a grupos de voluntariado y apoyo del GADMA y la Comunidad Ambateña.

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Factibilidad financiera

El GAD Municipal del Cantón Ambato cuenta con los recursos financieros necesarios para ejecutar la presente propuesta.

Factibilidad Política

Es factible puesto que se encuentra bajo las políticas del "Buen Vivir" en la cual en el objetivo número tres dice "mejorar la calidad de vida de los seres humanos".

Factibilidad Legal

En cuanto a lo legal es factible puesto que está respaldado por el Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas. (Begoña Ares García, 2007)

Factibilidad Recurso humano

Es factible ya que se cuenta con la colaboración del Sr. Alcalde Luis Amoroso Mora.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA

Centro Integral de Rehabilitación

Según (Salvador Cabedo Manuel, 2003) son centros que ofertan una atención continuada de 24 horas/día durante estancias prolongadas. Los pacientes reciben cuidados especializados e integrales con el objetivo de rehabilitarse tanto en el aspecto psicológico como social.

Rehabilitación

Según (Dr. Nestor Gándara, 2009) la rehabilitación como especialidad se aparta del concepto tradicional de individualidad para interiorizarse también en lo social. Los valores que crea no siempre se pueden cuantificar, pero hacen al bienestar y la felicidad del discapacitado y su familia.

La complejidad está más bien dada por las vivencias psíquicas con relación a la discapacidad que por el desajuste del medio interno como sucede en la atención del paciente agudo. "Es más fácil dar vida que felicidad ".

La rehabilitación nace con la aparición de secuelas invalidantes, donde la etiología y el tratamiento primario se han instituido y el hombre se encuentra ante su familia y la sociedad desprotegido social y económicamente a causa de sus deficiencias.

Tratamientos

Tratamiento del Alcoholismo

El alcoholismo, como enfermedad, no siempre recibe el tratamiento más eficaz ya que no existe un consenso respecto de cuestiones fundamentales. En primer lugar, no hay consenso de cuáles deberían ser los objetivos y/o las necesidades fundamentales que se deberían cubrir o solucionar a nivel de los pacientes alcohólicos y tampoco hay un consenso de cuáles dispositivos asistenciales serían los más adecuados para asegurar una asistencia válida y confiable.

Con este panorama científico y social, y con la estimulación y el incremento del consumo de bebidas alcohólicas a nivel social, es comprensible que aumenten los fracasos en el tratamiento del alcoholismo de las personas que sufran esta adicción y las consecuencias en la salud pública por las enfermedades relacionadas con el alcoholismo.

Así entonces, en muchos casos, la ausencia de tratamientos del alcoholismo eficaces para el consumo abusivo de bebidas alcohólicas se debe a concepciones erróneas sobre lo que es la adicción al alcohol o alcoholismo.

Todavía para mucha gente (incluidos profesionales sanitarios) el alcoholismo es una cuestión de decisión personal, es decir, el adicto lo sería porque quiere beber mucho alcohol, o es un asunto de falta de carácter, de tal forma que los alcohólicos no dejan de beber porque no tienen fuerza de voluntad. Detrás de estas concepciones está la creencia de que abandonar la dependencia del alcohol está enteramente en las manos (en la voluntad) de la persona adicta.

Pero la realidad es que la adicción, más allá de la decisión y la voluntad personal del adicto, es una enfermedad que escapa al control del alcohólico. Porque con el consumo elevado, compulsivo y/ o prolongado de alcohol, el cerebro se adapta patológicamente y experimenta cambios bioquímicos que modifican los comportamientos, pensamientos y sentimientos del bebedor, y que producen entre otros efectos, un deseo compulsivo e incontrolable de beber alcohol. Esto implica que la persona que padece esta adicción, difícilmente puede controlar ese deseo compulsivo generado por los daños cerebrales

producidos por el alcohol, así como también decrece su capacidad para autoevaluar los daños que el consumo le está provocando y para dirigir su conducta hacia el abandono de la bebida y la modificación de su estilo de vida adictógeno.

Por tanto, podemos afirmar, sin lugar a dudas, que el alcoholismo es una enfermedad, una adicción que afecta de manera significativa al funcionamiento cerebral. Es una enfermedad que puede recibir tratamiento de desintoxicación y de la que hay recuperación. Hoy en día, gracias a las investigaciones y las nuevas tecnologías, cada vez se sabe más acerca de cómo actúa el alcohol en el cerebro y los efectos que produce, lo que permite desarrollar tratamientos del alcoholismo y fármacos adecuados para que el adicto recupere el control de su vida. Es más, en la actualidad se puede visualizar mediante técnicas de medicina nuclear, como la Tomografía de Emisión de Positrones (PET), los daños que el alcohol provoca en el metabolismo celular cerebral, especificando qué áreas de tejido cerebral se encuentran afectadas por esta patología.

Tratamientos de Alcohol Avanzados VS Tradicionales

El tratamiento de alcohol debe comenzar con un diagnóstico que comprenda tanto, la evaluación clínica de los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la enfermedad de cada persona, como analíticas y pruebas médicas y test psicológicos. Posterior a esta etapa diagnóstica, se debe continuar con un tratamiento de forma hospitalaria.

Aquí es importante señalar que la desintoxicación del alcoholismo se puede entender de diversas maneras. En los tratamientos contra el alcoholismo tradicionales, la desintoxicación sólo se centra en el control de los síntomas más evidentes de la adicción, esto es, en el control de los síntomas del síndrome de abstinencia. Según esta concepción, tratar la adicción significa ante todo limpiar el organismo del alcohol.

Sin embargo, el tratamiento de desintoxicación del alcoholismo, tal y como se entiende en tratamientos más avanzados, implica no sólo la eliminación de los síntomas de la abstinencia, sino también y de manera fundamental la recuperación neuronal de los daños cerebrales causados por el alcohol, y de las funciones cognitivas y afectivas que han sufrido alteraciones. Desde esta segunda concepción, más que hablar de desintoxicación, se habla de neurorregulación, es decir, tratar la adicción al alcohol significa no solo limpiar y desintoxicar el organismo sino también reparar los daños cerebrales que esta adicción está causando en el tejido cerebral.

Esto no quiere decir que no sea importante tratar los síntomas de la abstinencia cuando se deja de consumir alcohol, ya que de hecho el síndrome de abstinencia es un reto y un obstáculo para la recuperación de la adicción. Este síndrome ocurre porque el organismo se ha acostumbrado a la presencia del alcohol (se ha vuelto dependiente) y el cerebro, por tanto, deja de producir las sustancias químicas naturales que el alcohol reemplaza.

Es decir, el organismo depende del alcohol para funcionar "normalmente", y por eso cuando se deja de beber después de un tiempo prolongado de consumo compulsivo, el organismo no cuenta ni con las sustancias químicas naturales que ha dejado de producir, ni con el sustituto químico que supone el alcohol, y por eso sufre alteraciones.

Unas alteraciones que se experimentan como síntomas opuestos a los efectos del alcohol, con ansiedad y agitación, dolor de cabeza, vómitos, sudoración, temblores, y en muchos casos convulsiones e incluso, en grado extremo, delirium tremens. Síntomas que sólo desaparecen, si no hay tratamiento adecuado, cuando se vuelve a consumir alcohol.

De hecho, el síndrome de abstinencia se convierte en el principal miedo para el adicto cuando se quiere someter a un tratamiento de alcoholismo y quiere, por tanto, abandonar el consumo de bebidas alcohólicas. También el síndrome de abstinencia se convierte en el principal riesgo de recaída para el adicto, por la necesidad del paciente alcohólico de aliviar el malestar que produce dicha abstinencia.

Recuperación Neuronal

Más allá de la adicción al alcohol: La recuperación neuronal es el tratamiento de desintoxicación del alcoholismo.

Pero más allá de la desintoxicación o retirada del alcohol del organismo, es necesario recuperar en el paciente las zonas del cerebro que han sido dañadas por la adicción, es decir, es necesario que se genere un nuevo proceso de neuroadaptación, pero ahora no patológico. Así entonces, los métodos "tradicionales" de desintoxicación sirven para realizar una desintoxicación del alcoholismo y limpiar el organismo, controlando los síntomas de la abstinencia, pero no restauran esas zonas cerebrales donde el alcohol ha causado cambios neuroquímicos, con el riesgo adicional que este tipo de desintoxicaciones puedan enmascarar otros síntomas de daño cerebral.

Además, hay que considerar que la medicación que generalmente se utiliza en estos procedimientos, que la mayoría de las veces se recurre a medicación derivada de las benzodiacepinas, a la larga provoca otra adicción en el paciente: a los tranquilizantes.

Esta recuperación neuronal se hace hoy en día por medio de un avanzado tratamiento de desintoxicación del alcohol del tipo farmacológico, llevado a cabo por profesionales de la medicina, la psicología y la enfermería y con un control y monitorización continua del paciente en un entorno hospitalario adecuado.

Mediante éste procedimiento de recuperación neuronal, se actúa en los receptores cerebrales, y en sistemas y estructuras alterados por el alcohol, como la corteza cerebral, formación reticular, y el cerebelo, que además están asociadas con el síndrome de abstinencia, por lo que, al intervenir en la recuperación de estas áreas, se previene la aparición de los síntomas de abstinencia.

Así, por una parte, la recuperación de las estructuras cerebrales permite la eliminación de los síntomas de abstinencia y permite que desaparezca el ansia y el deseo irrefrenable de consumir alcohol. Y por otro lado, este tratamiento de alcohol especializado, al recuperar las funciones cerebrales alteradas por el alcohol, provoca que se restauren procesos avanzados de cognición y afectividad, como la capacidad de atención, concentración, la capacidad para leer, la conciencia o la serenidad.(Tratamiento y Alcohol, 2007)

Tratamiento Alcoholismo: Ventajas

Proporciona un abandono más seguro de la adicción bajo estricto control médico y psicológico.

Permite vivir en el paciente un proceso abstinencia sin sintomatología dolorosa, es decir, sin sufrimiento.

Al mismo tiempo que permite recuperar en el paciente sus procesos cognitivos y afectivos que habían sido alterados.

Permite por tanto, que el adicto al alcohol tenga una buena disposición a la psicoterapia, por no haber pasado por un tratamiento de desintoxicación con el malestar de la abstinencia, para que en definitiva, el paciente pueda tomar el control de su vida libre de alcohol.(Tratamiento y Alcohol, 2007)

Tipos de tratamiento

Ambulatorio: el paciente concurre a una institución o consultorio particular donde recibe tratamiento psicológico, psiquiátrico o de tipo social, de carácter individual o familiar. La prestación tiene una duración de una hora, de una vez por semana o una frecuencia mayor – ambulatorio intensivo.(Plan de adicciones, 2007)

Centro de día: puede ser de ½ o jornada completa. Se prescribe cuando hay un mayor grado de riesgo al observarse un cuadro de abuso o dependencia en el consumo de sustancias. Es un abordaje individual, grupal, con talleres recreativos, laborterapia. Al concluir la jornada, el paciente vuelve a su hogar.

Internación (institucional): se prescribe cuando se evalúa que hay un alto riesgo, ya que la persona no puede controlar la intoxicación aguda por más que se encuentre en oro tipo de tratamientos. Como su abuso es frecuente, es necesario interrumpir el consumo para pensar sus condiciones desde otro lugar. Abordaje grupal, individual, familiar. El paciente reside en la institución en un periodo de tiempo.(Plan de adicciones, 2007)

Internación domiciliaria: si el perfil del paciente no se adecua a los criterios de admisión de la institución, se puede internar en su propia casa y seguir un tratamiento profesional articulado con la presencia de acompañantes terapéuticos.

Grupos de autoayuda no profesionalizados: incluyen a personas con adicciones, normalmente de un mismo tipo –jugadores, alcohólicos, narcóticos-. No están coordinados por un profesional, sino por personas adictas recuperadas. Su propuesta terapéutica se basa en diversos métodos a cumplir. El requisito de la recuperación es la abstinencia.

Grupos profesionalizados – operativos, de reflexión o terapéutico: la recuperación sucede cuando el paciente vuelve a tener un proyecto de vida. Están coordinados por personas capacitadas en la temática, no necesariamente adictos recuperados. (Plan de adicciones, 2007)

Tolerancia

Es un estado de adaptación biológica que se caracteriza porque disminuye la respuesta que provoca la administración de la misma cantidad de una droga. Tipos de tolerancia:

- Farmacodinámica: es la que se presenta cuando después de la exposición a la droga, se requieren mayores niveles de la misma para conseguir una respuesta determinada
- Metabólica: es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga. Puede ser inducida por la propia droga o por cualquier otro agente farmacológico
- Cruzada. Fenómeno que tiene lugar cuando un órgano o sistema que presenta tolerancia a una determinada substancia desarrolla tolerancia a otra.
- Pérdida de tolerancia: se relaciona con el daño neuronal o con alteración del "clearance" metabólico. El concepto de depuración o aclaramiento ("clearance") implica, esencialmente, un proceso de eliminación de un fármaco desde el organismo sin referencia al mecanismo del proceso. (Infodrogas, 2017)

Dependencia

Se define como el estado psíquico, y en ocasiones también físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y una droga, y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones. En ese estado, siempre aparece una pulsión a ingerir la sustancia de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos o, en otras ocasiones, para evitar el malestar que provoca no poder consumirla.

Según la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) la dependencia se define por: **a)** el deseo intenso a consumir una sustancia; **b)** Disminución de la capacidad para controlar el consumo; **c)** Síntomas del síndrome de abstinencia ; **d)** Tolerancia; **e)** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, y aumento del tiempo necesario para obtener/ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos y **f)** Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) integra en un solo diagnóstico las antiguas categorías de abuso y dependencia, con la pretensión de coincidir mejor con los síntomas que los pacientes experimentan. <P

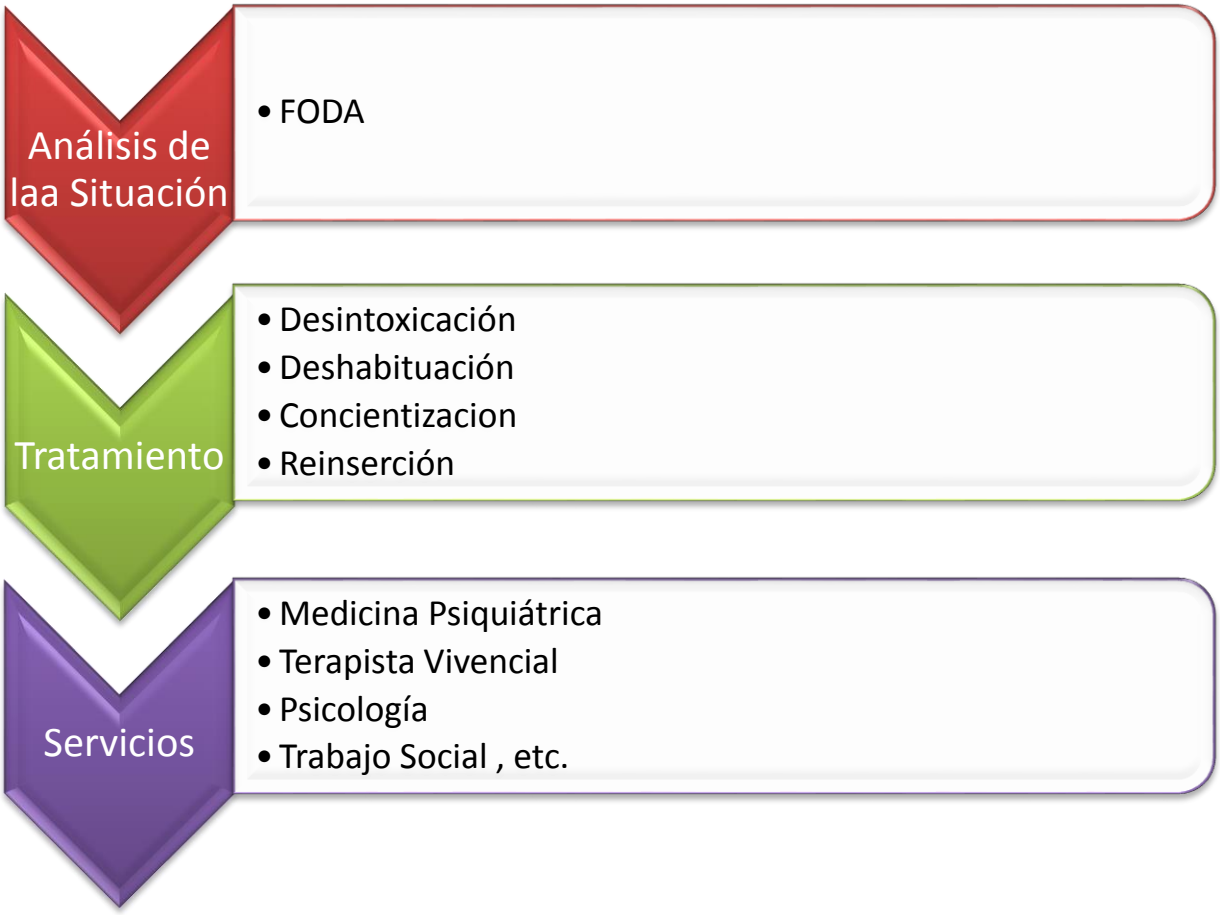
En general, para considerar que existe una dependencia se deben cumplir al menos tres de los siguientes criterios:

- tolerancia: cada vez necesita más para lograr los mismos efectos
- deseo intenso de consumir la sustancia

- síndrome de abstinencia al dejar de consumir
- esfuerzos persistentes sin éxito para reducir o detener el uso
- uso mayor o durante más tiempo del pretendido
- abandono de importantes actividades de la vida normal, como el trabajo o la familia
- se continua el uso pese a reconocer que causará o empeorará problemas psiquiátricos o psicológicos.

Por otra parte, entre los trastornos adictivos el DSM-V también incluye, como única condición en una nueva categoría de adicciones conductuales, el trastorno por juegos de azar. Sobre el uso persistente y recurrente de los juegos de Internet, el DSM-V advierte que requieren más investigaciones antes de su consideración como trastornos formales. (Infodrogas, 2017)

METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO



Elaborado por:Cisneros, I. (2016)

Análisis Situacional

El análisis de la situación del GAD Municipal del Cantón Ambato radica en la importancia de conocer las fortalezas y oportunidades que permita combatir las debilidades y amenazas existentes.

	○ **AMENAZAS**	❖ **OPORTUNIDADES**
FACTORES EXTERNOS FACTORES INTERNOS	A1: Pacientes reacios a dejar la adicción A2: Competencia de otros centros de rehabilitación A3: Desconfianza por parte de las familias de los pacientes.	O1: Servicio dirigido a las personas de clase baja. O2: Gobierno actual interesado en la salud de sus habitantes tanto física como mental. O3: Ayudar a las personas con algún tipo de adicción.
➢ **FORTALEZAS**	✓ **ESTRATEGIA (F.A.)**	✓ **ESTRATEGIA (F.O.)**
F1: Cuenta con Médicos de experiencia **F2:** El servicio cuenta con una tecnología avanzada **F3:**Varios Servicios Médicos	✓ Cuenta con varios servicios médicos para atender a los pacientes con adicciones. (F3,A2)	✓ Al contar con una tecnología avanzada se puede combatir con las adicciones que tienen los pacientes. (F3,O3)
• **DEBILIDADES**	▪ **ESTRATEGIA (D.A.)**	▪ **ESTRATEGIA (D.O.)**
D1: Aplicación de métodos ortodoxos **D2:**Instalaciones inadecuadas **D3:** No es reconocido el centro en la ciudad de Ambato.	○ Aplicar buenos métodos de tratamiento para desarrollar confianza en la familia. (D1, A3)	▪ Implementar un centro de rehabilitación para ayudar a las personas con adicciones (D3, O1)

Matriz FODA

¿Cómo reconocer a un adicto?

Para descubrir el alcoholismo la Clínica Mayo desarrolló la Prueba Autoadministrada de Detección de Alcoholismo (SAAST, por sus siglas en inglés); que identifican comportamientos, síntomas médicos y las consecuencias de la bebida en el organismo del paciente.

1. ¿Tomas un trago de vez en cuando?
2. ¿Crees que bebes normalmente (esto es, no bebe más que el promedio)?
3. ¿Has despertado alguna vez en la mañana después de beber la noche anterior y has notado que no puedes recordar parte de tus actividades?
4. ¿Tus parientes cercanos se han preocupado alguna vez o se han quejado de la forma en que bebes?
5. ¿Puedes dejar de beber sin dificultad después de uno o dos tragos?
6. ¿Te has sentido culpable alguna vez respecto a tu forma de beber?
7. ¿Tus familiares o amigos piensan que tú eres un bebedor normal?
8. ¿Puedes dejar de beber siempre cuando tú quieres?
9. ¿Has asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA) debido a tu forma de beber?
10. ¿Te has involucrado en peleas físicas cuando bebes?

Las respuestas para detectar si una persona está en riesgo de padecer alcoholismo son:

1. Sí
2. No
3. Sí
4. Sí
5. No
6. Sí
7. No
8. No
9. Sí
10. Sí

No obstante, si responde tres o cuatro de las preguntas con las respuestas mencionadas, probablemente tienes un problema de la bebida y necesitas tratamiento profesional.

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Estados Unidos) recomienda límites de hasta dos bebidas alcohólicas por día para hombres y una para mujeres y describe un trago como una botella de cerveza de 340 ml, un vaso de vino de 140 ml y/o bebidas espirituosas de 80 grados de 43 ml.

El consumo que exceda estos límites puede llevar a tener dependencia de alcohol con posteriores efectos perjudiciales para la salud, la vida laboral y las relaciones de una persona.

El aumento de los niveles de tolerancia

Una mayor tolerancia a los efectos físicos del alcohol es una señal de advertencia temprana de alcoholismo. El alcohólico necesita beber crecientes cantidades de alcohol para recién sentir sus efectos**.** Cuando beben socialmente, los alcohólicos toman más que otras personas a su alrededor y sin embargo permanecen sobrios en comparación con el resto. Michaele Dunlap explica que con el tiempo, el daño al hígado de un bebedor conduce a tener una "mala función hepática y una disminución notable en la tolerancia".

Síntomas de la abstinencia de alcohol

Cuando están en abstinencia, los alcohólicos pueden experimentar una variedad de síntomas como temblores, sudoración, náuseas, dolores de cabeza, pérdida de apetito, frecuencia cardíaca rápida, lentitud mental y fatiga general. También pueden sufrir síntomas severos de abstinencia (de la tercera etapa) como alucinaciones, convulsiones, confusión y fiebre. Dunlap explica que hay una tasa de mortalidad entre el 10% y el 20% asociada con el retiro en la tercera etapa. Los alcohólicos que desean superar su adicción deben consultar a un profesional para asesorarse sobre cómo enfrentar la abstinencia de alcohol.

Cambios de comportamiento

Mientras más profunda sea su adicción, más notorios son los cambios de conducta de los alcohólicos. Pueden experimentar insomnio, depresión, irritabilidad, inquietud y ansiedad. Evitan las aficiones o actividades que antes disfrutaban y solo desean participar en actividades que impliquen beber**.**Los alcohólicos son conscientes de su problema pero

buscan excusas o culpan a otros. Por ejemplo, pueden culpar por sus hábitos a sus problemas financieros o laborales o pueden negar obstinadamente cualquier discusión sobre sus hábitos de consumo. Los alcohólicos suelen descuidar a su familia y sus responsabilidades.

Deterioro de la relación

Los alcohólicos tienden a evitar a cualquiera, familiares y/o amigos, que les discuta sus hábitos de consumo. Sus relaciones se deterioran y podría llegar a estar cada vez más aislado. **S**egún el sitio 'web Help Guide', los alcohólicos y los abusadores de alcohol "tienen más probabilidades de divorciarse, tener problemas de violencia doméstica, luchar contra el desempleo y vivir en la pobreza". Los familiares y amigos pueden verse obligados, de cierta manera, a proteger al alcohólico.

Tratamiento

Cada persona es un ser único y necesita diferentes tipos de tratamiento para que estos den resultado y aunque existan rasgos comunes entre personas se necesita llevar un control por cada uno de los pacientes, para que dentro del grupo le permitan reinsertarse a la sociedad en un menor tiempo posible y que el mismo no tengo posteriores recaídas.(Grupo 4, 1990)

Cada paciente con algún tipo de adicción, tiene alguien especializado, encargado de su área personal y al que en cualquier momento puede solicitar una sesión individual.

Además cabe recalcar que el paciente debe recibir tratamiento para que pueda superar su adicción pero en primera instancia se debe realizar una evaluación para saber que tanto se ha concentrado su vicio.

Tratamiento de Desintoxicación

Comprende tanto el tratamiento del síndrome de abstinencia como la prevención del mismo. Se hace de forma ambulatoria, salvo cuando exista riesgo vital que aconseje su hospitalización.ctgrupo4.com

Puede el paciente presentar los siguientes síntomas cuando recién se está rehabilitando o está desintoxicándose:

Delirios, perturbaciones táctiles, agitación, ansiedad, sudoración excesiva, temblor perturbaciones auditivas, signos vitales elevados, náuseas y vómitos, perturbaciones visuales, disminución sensorial, ansia de consumo, ataques.

Se puede decir que la abstinencia de alcohol produce unos síntomas contrapuestos a los efectos farmacológicos directos del alcohol.

El tratamiento de desintoxicación del alcoholismo en centros especializados incluye la atención a los aspectos nutricionales y psicológicos del paciente: por un lado, se trata de mantener un adecuado equilibrio de fluidos, corregir las deficiencias de electrolitos, y atender las deficiencias en la nutrición que frecuentemente acompañan la adicción del paciente. En este aspecto, la nutrición del cerebro, en estos centros especializados de desintoxicación del alcoholismo, implica un enriquecimiento de la dieta con sales, oligoelementos, y aminoácidos esenciales para la recuperación neuronal.

Por otro lado, se pone a disposición del paciente un plan personalizado de psicoterapia, basado en el historial clínico y en los exámenes psico-diagnósticos, para que el paciente restaure la armonía en su vida familiar y personal, clarifique conceptos erróneos acerca de su enfermedad, y promueva cambios en su actitud y su estilo de vida. Esta psicoterapia, así como el control farmacológico, constituyen el proceso ambulatorio que el paciente sigue tras abandonar la hospitalización en el centro de desintoxicación del alcoholismo, y permite al paciente participar activamente en su propia deriva terapéutica.

Bajo estas condiciones, la desintoxicación de alcoholismo tiene cuatro logros inmediatos y son los siguientes:

1.- Proporcionar un abandono seguro de la dependencia del alcohol y permitir al paciente liberarse del consumo de sustancias no prescritas.



2.-Proporcionar una abstinencia sin sufrimiento y que por tanto protege la dignidad del paciente.



3.- Proporcionar una recuperación de procesos cognitivos y afectivos



4.- Preparar al paciente para la rehabilitación psicológica de su dependencia.



Deshabituación:



Se realiza en paralelo a la desintoxicación, están encaminadas a producir los cambios necesarios en el estilo de vida para facilitar que el paciente aprenda a vivir sin consumir. Teniendo en cuenta siempre, los diferentes ámbitos de la vida del paciente (personal, familiar, laboral, social, ocio y tiempo libre).

Reinserción:



Se consolidan los cambios y especial importancia cobra la prevención de recaídas. A su vez, se facilita el proceso de separación de los terapeutas y la plena adaptación del paciente a su nueva vida. Como consecuencia de ello se procederá al alta terapéutica

Servicios

Servicio de Medicina Psiquiátrica



El médico psiquíatra será el encargado de informar al Ministerio de Salud Pública en el lapso de 72 horas acerca del motivo de internamiento de cada paciente. Otra de sus funciones es enviar a realizar exámenes de laboratorio (Hospital Municipal) para que se pueda realizar el ingreso, acorde a los resultados saber el tratamiento médico o referencia a otra unidad especializada de los pacientes de acuerdo a los resultados. De la misma forma se realizará un chequeo integral y seguimiento.

Servicio Auxiliar en Enfermería





La auxiliar de enfermería será la encargada de medicar a los pacientes si así fuera necesario, por cualquier eventualidad se deberá utilizar cierto tipo de medicamentos, de acuerdo a la evolución de cada paciente.

Servicio de Terapista Vivencial



El terapista vivencial será la persona que ya ha sido tratada y recuperada, mediante charlas se podrá concienciar a los pacientes para que puedan pasar por las diferentes etapas que requiere el tratamiento.

Servicio de Psicología



Brindan acompañamiento psicosocial y atención básica en psicología a personas las personas que ingresen al Centro de Rehabilitación, al momento de la llegada del paciente levantan una ficha de ingreso ya sea voluntario u obligatorio, para en lo posterior continuar con una historia clínica para el proceso de tratamiento, mediante un servicio de cronograma de atención con cada paciente.

Servicio de Trabajo Social



El trabajo social utiliza elementos teóricos, metodológicos y técnicos concernientes a su profesión con el fin de establecer acciones tendientes a la superación de los problemas sociales detectados principalmente en casos de abandono. Informe socioeconómico familiar para el rubro a ser pagado.

Servicio de Alimentación



Dentro de éste servicio los pacientes pueden acceder a 5 ingestas diarias (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio, cena) mismas que serán acorde a la necesidad de cada paciente, que serán verificadas por una nutricionista.

Prevención



Esta prevención en contra de las drogas se piensa hacer por medio de redes sociales las cuales en la actualidad son las más usadas por todas las personas ya sean jóvenes o adultos.

Además debemos recordar la frase más vale prevenir que curar, porque cuando las personas consumen algún tipo de sustancia se convierten en marionetas y las drogas se apoderan de sus vidas, destruyéndolos por completo acabando con sus sueños y aspiraciones llevándoles a un abismo y arrinconándolos a un lugar sin salida.

Presupuesto

Para la ejecución del proyecto de tratamiento a personas, que tienen un consumo problemático de alcohol y otras drogas **"UNA NUEVA VIDA… CON AMOR…!!!"** se contará con presupuesto de la Dirección de Desarrollo Social y Economía Solidaria del GADMA de la partida 530226002 correspondiente a servicios médicos hospitalarios y complementarios por un valor de **69.000,00** , valor que consta en el Plan Operativo Anual 2015; inicialmente para el Proyecto de Alcoholismo a través de la contratación de un Centro de Rehabilitación; y, ya que en virtud que el GADMA ejecutará de forma directa este proyecto tal valor será utilizado para su implementación.

CANTIDAD	PROFESIONAL	V. UNITARIO	V. TOTAL	PERÍODO
1	Médico Psiquiatra	800	4.800	JULIO-DICIEMBRE
1	Trabajadora Social	800	4.800	JULIO-DICIEMBRE
4	Auxiliar de enfermería	550*4=2.200	13.200	JULIO-DICIEMBRE
1	Auxiliar de servicios	372	2.232	JULIO-DICIEMBRE
1	Chef	550	3.300	JULIO-DICIEMBRE
1	Terapista Físico	800	4.800	JULIO-DICIEMBRE

TOTAL MENSUAL	**5.522**	**TOTAL PERÍODO**	**33.132**	

RECURSOS MATERIALES	**CANTIDAD**	**ACTIVIDAD**	**COSTO**	**PERIDO**
Materiales de Oficina		Resmas de Papel Boom Lápiz Esferos Cuadernos Pizarras de Tiza Liquida Marcadores Carpetas de Cartón Archivadores Engrapadora Perforadora Tijeras, y otros.	**800**	JULIO-DICIEMBRE
Muebles Enseres	3 2 4 5 2 30 30 30 30 30 1 1	Escritorios Mesa grande para talleres mesas de Comedor x6 Armarios Archivador Sillas plásticas Camas Colchones Cobijas Toallas Sala de estar Diván	**16.000** 5,000 (Autogestión Voluntariado y Reinas por Ambato)	JULIO-DICIEMBRE

Menaje de Cocina	1 1 1	Cocina grande Refrigeradora grande Horno Enseres de cocina varios.	**6.000**	JULIO-DICIEMBRE
Materiales para Talleres Ocupacionales		-Materiales variados para talleres de Manualidades. -Materiales varios para Talleres de Pintura	1.000 Dirección de Desarrollo Social	JULIO-DICIEMBRE
Reestructuración y adecuación de espacios		Mantenimiento de espacios	**1.500** 1.000 (Autogestión Voluntariado y Reinas por Ambato)	JULIO-DICIEMBRE
Equipos Tecnológicos	2 1 1 1 1	Computadoras Televisor DVD Equipo de sonido Impresora multifunción	**3.500**	JULIO-DICIEMBRE
Salud e instrumental menor	1 1 1 1 2 1 3	Camilla Biombo Estetoscopio Gradilla Termómetro Almohada Bata Instrumental menor Vitrina para	**2.000** 500 (Autogestión Voluntariado y Reinas por Ambato)	JULIO-DICIEMBRE

	1	medicación básica		
Fisioterapia	4 4 1 1	Compresas Químicas caliente Compresas químicas frías Ultrasonido (500) Magneto	**1,500**	JULIO-DICIEMBRE
Material de aseo		Pasta de dientes, cepillo, deja, papel higiénico, shampo, jabón de baño, toalla y ropa	**1,500** 500 (Autogestión Voluntariado y Reinas por Ambato)	JULIO-DICIEMBRE
Vestimenta de internos indigentes $ 70 por paciente	20	Vestimenta	**1,400**	
Alimentación 2,50 por día. Por paciente, 5 ingestas diarias.		Alimentación diaria de los internos.	**9,000**	JULIO-DICIEMBRE
		TOTAL	42,000	

CONCEPTO	**VALOR**
CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES	33.132
IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO	44,700
TOTAL	**77,832**

ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

Cuadro de mando del GAD

PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Tabla 10: Previsión de la evaluación

PREGUNTAS	EXPLICACION
1. ¿Quiénes solicitan evaluar?	GAD Municipal de Ambato
2. ¿Por qué evaluar?	Porque se necesita medir la eficiencia del Centro Integral de Rehabilitación
3. ¿Para qué evaluar?	Para saber el impacto del Centro Integral de Rehabilitación
4. ¿Qué evaluar?	Las acciones del plan
5. ¿Quién evalúa?	El GAD Municipal del Catón Ambato
6. ¿Cuándo evaluar?	Después de la implementación del centro
7. ¿Cómo evaluar?	Mediante entrevistas a los pacientes y familiares
8. ¿Con qué evaluar?	Mediante la utilización de encuestas tanto para el paciente como para sus familiares.

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por : Cisneros, I. (2016)

Referencia Bibliográfica

Agusto Vels. (1990). Agrupación de Grafoanalistas Consultivos de España. *LOS MECANISMOS DE DEFENSA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO*, 1-11.

Anthony Giddens. (2000). *Sociología.* Madrid: Alianza Editorial S.A.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.*

Enrique Rojas. (2014). *La Personalidad.* FUNDACION HUMANAE.

Giddens Anthony. (2000). *Sociología.* Madrid: Alianza Editorial S.A.

Lubman Yucel. (2007).

Mcgraw Hill. (2009). *http://www.mcgraw-hill.es.* Recuperado el 01 de 12 de 2014, de http://www.mcgraw-hill.es: http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448169298.pdf

Pedro Gómez de la Serna. (2009). *Enciclopedia Práctica de Ventas.* España.

Aguilar Bustos, O. E., Mendoza Meléndez, M. Á., Valdez Gonzales, G. R., López Brambila, M. Á., & Camacho Solís, R. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 119-124.

Aguilar Octavio. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 69-70.

Alcazar, J. P. (2015). Ranking Principal Redes Sociales Ecuador. *Formación Gerencial*.

Alejandre, S. V. (2011). *Las Leyes de la Publicidad.* Barcelona: UOC.

Ana Belén Casado Díaz. (2008). *Dirección Comercial: los instrumentos del marketing.*

Ana Belen Casado Díaz. (2008). *Dirección del Marketing Teoría y Práctica.* España: ECU.

Antonio Caro. (2005). *Diccionario, Publicidad comunicación integral.*

Antonio Castillo Esparcia. (s.f.).

Antonio Checa Godoy. (2007). *Historia de la publicidad.* España: Gesbiblo.

Asamblea Constituyente. (2010). *Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.* Quito: ISBN.

Asamblea Nacional. (2008).

Avila, A. R. (2010). *Iniciación a la Red de Internet.* Madrid: S. L.

Begoña Ares García. (2007). *Dinamización del punto de venta.* EDITEX. Recuperado el 20 de 06 de 2014, de Conceptos Jurídicos: http://www.derecho.com/c/Comunicaci%C3%B3n_comercial

Bernardo López, Pinto Ruiz, Marta Mas Machuca Jesús Viscarri Colomer. (2006). *Los pilares del marketing.* UPC.

Bernert. (2011). *Conceptos, pautas y herramientas.*

Blasco, J. C. (27 de 11 de 2015). *Trastornos de personalidad.* Recuperado el 23 de 02 de 2016, de http://www.trastornosdelapersonalidad.es/index.html

Brizuela, M. S., Fernández, D., & Murillo, J. A. (2009). *Adiiciones.* Lanus: Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria.

Bruno Pujol. (2009). *Diccionario del Marketing.* España.

Bruno Pujol. (2010). *Diccionario de Marketing.* Madrid: ISBN.

Carolina, P. G. (2013). *La comunicación comercial y su influencia en el volumen de ventas en Mic - Mant S. A.* Ambato.

Chema Martínez Priego. (2013). *Quiero ser Community Manager.* Madrid: ESIC.

CICAD. (2006).

CICAD-MEM. (2006). Informe Hemisférico del Mecanismo de Evaluación Multilateral.

Clavijo, I. G. (2010). *Introducción al Marketing en Internet: Marketing 2.0.* España: IC.

Clow Baack. (2010). *Publicidad, promoción y comunicación integral en marketing.* México: PEARSON.

Clow, K. E. (2010). *Publicidad, promoción y comunicación integral en marketing.* México: PEARSON.

Congreso Nacional. (19 de 04 de 2011). *http://www.asetec.net.ec/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=21.* Recuperado el 29 de 10 de 2014, de http://www.asetec.net.ec/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=21: http://www.asetec.net.ec/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=21

LINKOGRAFÍA

CONSEJO NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS CONSEP. (2010). *Ecuador Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009-2012.* Quito: CONSEP.

CONSEP. (2007). *INFORME DEL ESTUDIO NACIONAL A HOGARES SOBRE CONSUMO.*

Constituyente, Asamblea. (2008). *http://www.asambleanacional.gov.ec*. Recuperado el 02 de 08 de 2014, de http://www.asambleanacional.gov.ec: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

David Guiu. (24 de 11 de 2012). *Socialetic.com*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de Socialetic.com: http://www.socialetic.com/que-es-el-mix-de-comunicacion-definicion-marketing.html

Davis. (2001).

De la Cerda, M., Riquelme, H., & Guzman, J. 2. (2003). *Tipos de Familia.* Madrid: ESIC.

Dr. Nestor Gándara. (02 de 03 de 2009). *Consultorio Rehabilitación Integral*. Obtenido de Consultorio Rehabilitación Integral: http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.com/2009/04/concepto-de-rehabilitacion.html

Dra Avelina Koenes. (2006). *Guías de Gestión de la Pequeña Empresa.* Estados Unidos: Díaz de Santos.

Eguiluz. (2005). *La Familia.* España: ESIC.

ENDIFAN. (2005). *Pareja.* México: ESIC.

Enrique Pérez del Campo. (2009). *La Comunicación Fuera de los Medios.* Madrid: ESIC.

Fernández, J., & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 27-41.

Fernando, G. R. (2014). *La comunicación comercial y la Cartera de clientes de la Fábrica CONFISID de la ciudad de Ambato.* Ambato.

Figueroa R. (2005). *Como hacer publicidad un enfoque teórico-práctico.* Pearson Educación.

Franklin, E. B. (2008). *Auditoría administrativa: gestión estrtégica del cambio.* España.

Fred R. David. (2003). *Conceptos de Administración Estratégica.* Mexico: Pearson.

Fuentes S., Barragán J., Valero C. (02 de 2010). *animasalud.files*. Recuperado el 16 de 02 de 2016, de https://animasalud.files.wordpress.com/2010/01/personalidad.pdf

Fuentes, S; Barragán, J; Valero, C. (2010). Trastornos de la personalidad. *Centro de Salud Mental de Villena*, 1-21.

García del Castillo, J. A. (2006). Drogas globalizadas. *Instituto de Investigación de Drogodependencias*, 121-123.

Garza. (2008).

Gilberti. (2005).

Gilberti. (2005). *Familia Tradicional.*España: UOC.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. (2012). *La Guerra contra las Drogas y el VIH/SID:Cómo la criminalización del Uso de Drogas fomenta la Pandemia Global.*

Gloria Gallo Carbajal. (2000). *Posicionamiento: El caso Latinoamerocano.* Colombia: Mc Graw Hill.

Grupo 4. (1990). *ctgrupo4*. Obtenido de ctgrupo4: http://www.ctgrupo4.com/servicios/8/tratamiento-alcoholismo-otras-adicciones

Herrera, Mednia, & Naranjo. (2010).

Hingston, Peter. (2010). *Marketing Efectivo.*

Ibáñez Cuadrado, Á. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 103-109.

Ilifebelt. (03 de 09 de 2010). *Ilifebelt.com*. Recuperado el 01 de 01 de 2015, de Ilifebelt.com: http://ilifebelt.com/marketing-online/2010/09/

INEC. (2010). *http://www.inec.gob.ec/estadisticas/*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/

Infodrogas. (2017). *Infodrogas*. Obtenido de http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=&start=1

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (11 de 2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. Recuperado el 16 de 02 de 2016, de https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio

Irma Rodriguez Ardura. (2011). *Estrategias y Técnicas de Comunicación.* Barcelona: UOC.

Ivan Thompson. (10 de 2008). *Promonegocios.net*. Recuperado el 21 de 07 de 2014, de http://www.promonegocios.net/publicidad/que-es-publicidad.html

Izaskun Ibabe Erostarbe. (2005). *Como Crear una Web Docente.* España: ISBN. Recuperado el 21 de 07 de 2014, de www.quees.info: http://www.quees.info/que-es-una-pagina-web.html

J. Enrique Bigné, J. Enrique Bigné Alcañiz, Xavier Font . (2000). *Marketing de destinos turísticos.* ESIC.

Jaime Rivera Camino, Ma. Dolores de Juan Vingaray. (2002). *La promoción de ventas: Variable clave del marketing.* Madrid: Esic.

Jaime Rivera Camino, Mencía de Garcillán López Rua. (2012). *Dirección del Marketing Fundamentos y aplicaciones.* España: Esic.

Jesús Salvador Sánchez Aguilar. (2014). *Actitud Emprendedora y Actitudes de Negocio.* Málaga: IC.

Jiménez, A. (07 de 02 de 2013). *El Blog Salmón*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de El Blog Salmón: http://www.elblogsalmon.com/marketing-y-publicidad/que-es-el-marketing

Jordi García Castillón. (13 de 03 de 2013). *Gestion.Org*. Recuperado el 23 de 07 de 2014, de Gestion.Org: http://www.gestion.org/economia-empresa/

José García del Castillo. (2006). Salud y drogas. *Salud y drogas*, 4.

Josep Alet. (2011). *Marketing directo e Interactivo.* Madrid: ESIC.

Justin Longenecker. (2012). *Administración de Pequeñas empresas.*Mexico.

Kakka. (1997).

Kalichman, S. C., Cherry, C., Cain, D., Pope, H., & Kalichman, M. (2005). Psychosocial and behavioral correlates of seeking sex partners on the internet among HIV-positive men. *Annals of Behavioral Medicine*, 243-250.

Kevin Lane Keller. (2009). *Dirección del Marketing.*

Kreimer, R. (2010). *Desigualdad y violencia social. Análisis y propuestas según la evidencia científica* (Primera ed.). Buenos Aires: Anarres.

Kumpfer, K. L., Fenollar, J., & Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 85-108.

Lenín Torres. (2007). *El adicto y la familia en recuperación.*UOC.

Leon G. Schiffman, . L. (2005). *Comportamiento del consumidor.* PEARSON.

Ley de Sustancias, Estupefacientes y Psicotrópicas. (2015). *Etapa.net*. Recuperado el 23 de 2 de 2016, de http://www.etapa.net.ec/Portals/0/TRANSPARENCIA/Literal-a2/LEY-DE-SUSTANCIAS-ESTUPEFACIENTES-Y-PSICOTROPICAS.pdf

Ley Orgánica de la Salud. (22 de 12 de 2008). *oda.ecom*. Recuperado el 23 de 02 de 2016, de http://www.oda.com.ec/download/ley-organica-de-salud-ecuador/

Lic. Rosario Sulser, Lic José Pedroza . (2004). *Exportación Efectiva.* ISEF.

Lorenzo Iniesta. (2004). *Diccionario de marketing y publicidad.* ESpaña.

Lorenzo Iniesta. (2005). *Todo lo que hay que saber sobre el marketing estratégico, Tactico y operativo.* España: Gestión.

Luis Lesur. (2009). *Publicidad y Propaganda.* Mexico: Trillas.

Luis Solís. (2012). Clasificación y efectos de las drogas en hombre y mujeres. *Efectos de las drogas*, 1-48.

Luna, R., Puello, S., & Botero, M. (2004). La compra impulsiva y el materialismo en los jóvenes: estudio exploratorio en estudiantes universitarios de barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, 1-26.

Ma. Pilar López Belbeze. (2008). *Dirección Comercial: Guía de Estudio.*

Ma. Soledad Muñoz Boda. (2010). *Protocolo y Relaciones Públicas.* Madrid.

Maldonado. (1998). *Funciones de la Familia.* Mexico: Pirámide.

Manuel Artal. (2010). *Dirección de ventas.* Madrid: ESIC.

Maqueira, J. (02 de 06 de 2012). *Descuadrando*. Recuperado el 22 de 01 de 2015, de Descuadrando: http://descuadrando.com/Marketing_2.0

María Arias Pou. (2006). *Manual práctico de comercio electrónico.* Madrid: Grefol, S. L. Recuperado el 21 de 07 de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_web

Mariola García-Uceda . (2011). Las Claves de la Publicidad. En M. García-Uceda, *Las Claves de la Publicidad* (pág. 29). Madrid: ESIC.

Marta Fernández Velasco. (s.f.). Recuperado el 26 de 02 de 2016, de www.esquizoide.net/emocion_esquizoide.html.

Miguel Criado. (06 de 05 de 2007). *Enfermos del móvil*. Obtenido de http://www.elmundo.es/ariadna/2005/218/1106327395.html

Minuchin Salvador. (1974). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa S.A.

MJ ESCUDERO. (2011). *Gestión Comercial y servicio de atención al cliente.* España : ESIC.

Montserrat Cabrerizo Elgueta. (2009). *El Vendedor Funciones Y Perfil.* Madrid: Editex.

Muñoz, M. J., & Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 481-493.

Navarrete Julieta. (2010). *Mercado2.0*. Recuperado el 23 de 07 de 2014, de Mercado2.0: http://www.merca20.com/que-es-el-marketing-directo-3-definiciones/

NIDA. (2008). Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento. *La Ciencia de la Adicción*, 1-31.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2012). *El problema de la drogodependencia en Europa.*

Observatorio Nacional de Drogas. (2008). *TERCERA ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA 2008.* Quito: CONSEP.

Organización de Estados Americanos. (2013). *El problema de la Drogas en las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública.*

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de Salud.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Salud Mental 2013-2020.* Ginebra: OMS.

Oscar del Salto y Daniel Alvarez. (2012). *Marketing Atracción 2.0.* España.

Pablo Valderrey Sanz. (2011). *Segmentacion de Mercado.* Ediciones de la U.

Palencia, M. (2008). *90 Técnicas de Relaciones Públicas: Manual de Comunicación Corporativa.* España: PROFIT.

Palomo, M. b. (2013). *La comunicación comercial y la incidencia en la captación de socios en la cooperativa de ahorro y crédito REY DAVID LTDA del cantón Ambato, Provincia de Tungurahua.* Ambato.

Patricio Bonta, Mario Farber. (2002). *199 Preguntas sobre marketing y publicidad.* Estados Unidos: Norma.

Paulo Andraka. (2009). *¡El vendedor perfecto!* EStados Unidos.

Peter Belohlavek. (2005). *Antropologia Unicista de Mercado.* Buenos Aires: Blue EagleGroup.

Pilar Sáchez. (2012). *Nuevos retos en la comunicación empresarial (Comunicación y atención al clientte).*

Plan de adicciones. (11 de 2007). *Plan de adicciones*. Obtenido de Plan de adicciones: http://plandeadicciones.blogspot.com/2007/11/tipos-de-tratamiento-para-personas-con.html

Rafael Ordozgoiti de la Rica, . P. (2003). *Imagen de Marca.* Recuperado el 23 de 07 de 2014, de Monografías.com: http://www.monografias.com/trabajos28/posicionamiento/posicionamiento.shtml

Rincón. (2001). *Evaluación y terapia de pareja sistemica constructivista de matrimonios con un miembro jugador.*

Roberto Emilio Etcheverría. (2009). *Dirección EStratégica de Marketing.* Paraguay.

Rodríguez, & Saenz. (1987).

Rodríguez, J. (2013). *Puro Marketing*. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de Puro Marketing: http://www.puromarketing.com/44/15483/marketing-protagonista-cliente.html

Rubén Treviño. (2010). *Publicidad Comunicación Integral en Marketing.* México: McGraw Hill.

Ruiz Ana Lorena. (02 de 09 de 2013). *http://www.soyentrepreneur.com/25738-10-innovaciones-para-conquistar-a-tus-clientes.html*. Recuperado el 18 de 11 de 2014, de soy entrepreneur: http://www.soyentrepreneur.com/25738-10-innovaciones-para-conquistar-a-tus-clientes.html

Salvador Cabedo Manuel. (2003). *Hacia un nuevo concepto integral.* UJ.

Sánchez, María Dolores García. (2008). *Manual de marketing.* ESIC.

Sánchez, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías*, 149-159.

Santiago López. (2005). *Inestabilidad Emocional.* Madrid: PIRAMIDE.

Santiago, S. (2001). Programa de Intervención para mejorar la Estabilidad Emocional . *Clínica y Salud*, 367-390.

Scribd. (01 de 01 de 2010). Recuperado el 01 de 01 de 2015, de Scribd: http://es.scribd.com/doc/24658747/Redes-sociales-definicion#scribd

Soto, G. J. (2008). *Entrenamiento para vendedores.* España: NORMA.

Stanton, Etzel, y Walker. (2005). *Marketing.*

Teresa, J. M. (2013). *La comunicación comercial y su relacion con el posicionamiento de mercado de la empresa la Carlita de la parroquia Facundo Vela de la ciudad de Guaranda.* Ambato.

Thomas, Chris T. Allen, Richard J. Semeniik. (2006). *Publicidad y Comunicación Integral de marca.* Mexico: Thomson.

Thompson, I. (02 de 2006). *promonegocios.net*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de promonegocios.net: http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/promocion-de-ventas.html

Tochozo. (2011).

Tochozo Sasa. (2011). *Investigación.*

Torres, F. (2013). Descriminalización de las drogas en Ecuador. *Vive*.

Torres, L. (2007). EL ADICTO Y LA FAMILIA. *Anudando*, 18-20.

Tratamiento y Alcohol. (01 de 02 de 2007). Obtenido de Tratamiento y Alcohol: http://www.tratamiento-alcohol.com/

Vargas A. (2014). *Marketing y plan de negocio de la microempresa.*IC.

Villegas, R. V. (2011). *Innovación Empresarial.* Bogotá: Pearson.

Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*, 1444-1451.

Xavier Sánchez. (2008). Adicciones. *Adicciones*, 13.

ANEXOS

Plan Terapéutico del Centro de Rehabilitación del Municipio de Ambato "UNA NUEVA VIDA… CON AMOR…!!!"

Plan Terapéutico Psicológico

- Historia Clínica Psicológica (Anamnesis Personal, Social, Familiar, Laboral) Reporte.
- Terapia psicológica: (Terapia grupal e individual)
- Talleres Grupales (Autoestima, Valorización, Conductuales y Aceptación)
- Tiempo de duración del tratamiento 6 meses.
- Frecuencia 8 horas diarias.
- Dinámicas Grupales.

Descripción de las terapias psicológicas

El psicólogo clínico del Centro de Rehabilitación" es el responsable directo de entablar un correcto Rapport y empatía con los pacientes para mediante la relación terapéutica poder lograr obtener información correcta y concisa sobre la problemática adictiva, de esta manera poder planificar un trabajo minucioso con cada uno de los pacientes.

Proceso Psicoterapéuticos

- Terapia explicativa

Mediante la terapia Explicativa el profesional en este campo busca dar una visión panorámica al paciente (establecer causas, relaciones, consecuencias de una determinada problemática)

Se debe ser muy minucioso al otorgar al paciente la información pertinente.

Se utiliza generalmente en casos de ansiedad.

-Terapia racional-emotiva

Mediante la terapia racional-emotiva el profesional en este campo se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C, encaminado a la reestructuración cognitiva. Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la terapia cognitivo-conductual (TCC) creada por Aaron T. Beck, otro teórico importante de la terapia cognitiva.

-Terapia cognitiva-conductual

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos. Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático.

Técnicas de Autocontrol

-El control de estímulos.

Se procede cuando hay una elevada probabilidad de que una respuesta aparezca en presencia de un estímulo antecedente, poca capacidad de controlar la ansiedad.

-Identificación.

A medida que uno trabaja sobre sí mismo se va comprendiendo cada vez más y más, la necesidad de eliminar radicalmente de su naturaleza interior todo eso que nos hace tan abominables.

El sentido de la auto-observación íntima se encuentra atrofiado en todo ser humano; trabajando seriamente, auto-observándose de momento en momento. Tal sentido se desarrolla en forma progresiva.

Ante el sentido de auto-observación íntima cada uno de esos yoes que en nuestro interior habitan, asumen realmente ésta o aquella figura secretamente afín con el defecto personificado por la misma. Indubitablemente la imagen de cada uno de estos yoes tiene cierto sabor psicológico inconfundible mediante el cual captamos, capturamos, atrapamos, instintivamente su naturaleza íntima y el defecto que la caracteriza.

Es necesario tomar nota sobre nuestros estados psicológicos diarios, si es que de verdad queremos cambiar definitivamente.

Antes de acostamos conviene que examinemos nuestros hechos ocurridos en el día, las situaciones embarazosas, la carcajada estruendosa y la sonrisa sutil.

Mucho tenemos que eliminar y mucho tenemos que adquirir. Se hace necesario hacer un inventario para saber cuánto nos sobra y cuánto nos falta. Es claro que el yo pluralizado (nuestros defectos) salen sobrando, es algo inútil y perjudicial.

El entrenamiento de respuestas alternativas

Técnicas de Relajamiento Muscular

-Entrenamiento autógeno de Shultz.

Según el propio Schultz: "El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos."

-Relajamiento progresivo de Jacobson.

Es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso.

- Relajación por Wolpe

Postula un programa reducido a seis lecciones en vez del largo programa de ejercicios propuestos por Jacobson, limita la duración de ejercicios a un periodo de tiempo entre 20 y 15 min. Y se capacita al paciente a realizar ejercicios en la comunidad terapéutica y luego en casa dos veces al día.

Técnica Estimulativa E Inhibitorias Por Condicionamiento y por Contracondicionamiento.

-Análisis conductual

Son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de los principios básicos de aprendizaje como el clásico y operante.

-Terapia asertiva y estructurada.

Detectar, describir, analizar situaciones difíciles, aplicar técnicas y habilidades específicas.

-Terapia Asertiva Wolpe.

Define la asertividad como la expresión apropiada de cualquier emoción diferente de la ansiedad con relación a otra persona.

-Desensibilización sistemática

Se trata de una técnica muy utilizada en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad, especialmente en las fobias. Consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales, evocación de la situación ansiosa con ayuda del terapeuta, exposición en imaginación, en realidad virtual, o en vivo del estímulo estresante. Es decir, paciente y terapeuta diagraman un conjunto de situaciones típicas a

las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Luego, mientras el mismo se encuentra en un profundo estado de relajación, se le guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan.

El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se rompa el vínculo entre la imagen que provoca el estrés y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

Procedimientos Sugestivos

-Sugestión directa e indirecta

La sugestión es un estado psíquico provocado en el cual el individuo experimenta las sensaciones e ideas que le son sugeridas y deja de experimentar las que se le indica que no sienta. Por esta razón se comenzó a utilizar como tratamiento terapéutico.

-La autosugestión

La autosugestión es un proceso mediante el cual un individuo autodirección a su subconsciente para llegar a creer algo, o fijar determinadas asociaciones mentales, generalmente con un propósito específico.

-Psicoterapia breve y de emergencia

La psicoterapia breve es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento. La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencia.

Aclaración. Los procedimientos fundamentales de la psicoterapia breve se derivan de la comprensión del comportamiento humano, normal y anormal, contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa.

Psicoterapia de emergencia. Meta: Es el tratamiento de síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa.

-Psicoterapia breve en depresiones, ansiedad, riegos de agresión y suicidio, debido al consumo de sustancias.

Consideraciones teóricas: la depresión se lista como el principal mal, la depresión es un sinónimo de desgracia cuando hay depresión existe la posibilidad de un suicidio y los resultados del tratamiento son de vida o muerte, esta puede partir de una depresión leve hasta una grave, en muchas ocasiones la psicoterapia es más eficaz que los antidepresivos, pero puede ser combinada con fármacos y tratamiento.

Psicoterapia de Grupo

-Psicoterapia Psicodinámica

Ahora bien, la psicoterapia dinámica es un enfoque particular de psicoterapia que utiliza conceptos psicodinámicos y un estilo de comunicación que, dependiendo de la modalidad, hace más o menos uso de la asociación libre y de la abstinencia del terapeuta. La terapia psicodinámica se deriva del psicoanálisis, del cual surge como modificación para una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del consultante.

En el campo de la técnica terapéutica, todas las corrientes psicodinámicas coinciden en la importancia del fenómeno de la transferencia/contratransferencia como elemento fundamental para el análisis, y se usa como principal herramienta "curativa" a la interpretación, que es la única que permite hacer consciente lo inconsciente y colocar el conflicto psíquico en un lugar desde el cual pueda ser reaprehendido y trabajado por el paciente a través del insight y la elaboración.

-Orientación Cognitiva

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos ya que unos se centran en estructuras, creencias, o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta.

-Terapia Sistémica

La terapia sistémica se basa en un enfoque psicoterapéutico que tiene sus orígenes en la terapia familiar, sin embargo se diferencia de esta en tanto que plantea que no es imprescindible que sea una familia el foco de atención terapéutica. Así, tanto los conceptos como sus técnicas terapéuticas pueden aplicarse a las relaciones de pareja, equipos de trabajo, contextos escolares e individuos. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y los subsistemas que lo componen. En el caso de la terapia individual el enfoque se orienta al cambio de los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica de comprender a la persona en su entorno, es decir, en el contexto del sistema del que forma parte.

Terapia Familiar

- Integración al Sistema Terapéutico

En la terapia familiar el terapeuta se asocia a la familia buscando cambiar la organización de la experiencia familiar. El terapeuta no cambia a la familia si no que le da una nueva perspectiva que ayuda a organizar a la familia.

-Diagnóstico del Sistema Familiar

Al hablar de diagnóstico familiar se trata más de "evaluación" que de análisis", ya que la observación del terapeuta pone el acento en el funcionamiento global y sistémico de la familia más que en el de cada individuo. El terapeuta debe tener en cuenta, no obstante, las alteraciones orgánicas o ciertas alteraciones de la personalidad, pero interesándose sobre todo por la manera en que estas alteraciones integran, agravan o mantienen el sistema familiar, y cómo los miembros de la familia se organizan alrededor de la persona sintomática.

En el diagnóstico familiar no se emplean medidas "cuantitativas". Tampoco se procede por separación o escisiones sucesivas, sino por integración de datos de diferente naturaleza para poder entender la globalidad del contexto en el que está inserto el paciente identificado. Mediante el diagnóstico familiar no se pretende llegar a un conocimiento preciso y sin fallo, sino a un "conocimiento aproximado" de la familia

-Procedimientos de Restructuración

Las operaciones de "reestructuración" son las intervenciones terapéuticas que una familia enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Las operaciones de "reestructuración" constituyen los aspectos descollantes de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas.

- Terapia Sistemática con el Modelo de Constelaciones

Un sistema es un conjunto de elementos organizados de forma dinámica e interdependiente. Las propiedades del conjunto son distintas de las de sus elementos por separado. Por ello para entender el comportamiento en un sistema es necesario tener en cuenta sus interacciones y lo que resulta de ellas.

Los sistemas tienen la propiedad de autorregularse través de mecanismos de feedback (retroalimentación), además necesitan una organización, un orden y una jerarquía.

Puede estar formado por varios subsistemas. Por ejemplo: la familia incluye a los ancestros, a la familia de origen, a la familia actual y esta a su vez incluye a padres e hijos.

Todo sistema evoluciona hacia una finalidad (por lo tanto es atravesado por una energía que le dirige hacia algo) ejerciendo una actividad y evolucionando sin perder su identidad única. Cuando un elemento no responde a la finalidad del sistema, existe un proceso automático que busca cualquier solución para restablecer el equilibrio.

Reactivos Psicológicos a Utilizarse

TEST PROYECTIVOS HTP, HOUSE, TREE, PERSON (árbol, casa, persona)

El Test HTP (House, Tree, Person) o Test de la Casa, Árbol y Persona, de Buck, tiene como objetivo conocer la imagen personal que el sujeto tiene de sí mismo, además de conocer su ambiente, preferencias, relaciones personales, etc.

Con la inclusión de estos tres elementos en el test proyectivo HTP se pretende presentar varios elementos familiares para cualquier persona, que por lo general no le crean resistencia y que luego posibilitan verbalizaciones espontáneas de los propios sujetos.

El Test HTP puede aplicarse a cualquier edad, tanto a niños, jóvenes y adultos. Es de fácil administración: Se pide al sujeto que dibuje cada uno de los tres elementos en 3 hojas separadas, y posteriormente se le aplican sesenta preguntas relacionadas con los elementos de los dibujos.

La interpretación del Test de la casa, el árbol y la persona parte de estos supuestos:

1- La Casa:

A través de este dibujo se expresan las relaciones familiares del sujeto, así como las asociaciones de éste con la vida del hogar.

2- El Árbol:

Este dibujo permite la expresión de las tendencias inconscientes del sujeto en relación al ambiente y a sí mismo.

3- La Persona:

El dibujo de la persona representa fundamentalmente las relaciones interpersonales del sujeto.

Minimental

Proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar los trastornos funcionales orgánicos. Evalúa:

- Orientación

- Fijación

- Concentración y cálculo

- Memoria

- Lenguaje y construcción.

CAGE

Consta de 4 preguntas:

1. ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida?

2. ¿Le han molestado las observaciones; de su familia, allegados, conocidos, acerca de sus hábitos de bebida?

3. ¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable, por su manera de beber?

4. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana, para sentirse bien y empezar en forma el día?

Se considera que una persona tiene problemas con el alcohol y presumiblemente es un alcohólico, si ha respondido afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Si es así debe consultar con su médico para empezar un tratamiento de deshabituación.

TEST DE AUDI

Permite evaluar dependencias de una persona hacia el alcohol, esta información es meramente orientativa y en ningún caso sustituye a la opinión del médico, máximo a mayor número de puntos mayor dependencia.

Minientrevista Neuropsiquiatríca Internacional

La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamenteestructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la "Salpétrére" de París y D. Scheehan y col. de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica.

La MINI es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable (3 estudios frente a CIDI y SCID) y fácil de usar tras un breve curso de formación.

Sirve para diagnosticar depresiones, fobias, suicidios, trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia, abuso o dependencia de sustancias tóxicas. Una herramienta de gran utilidad en atención primaria. A pesar de que se conoce que el diagnóstico clínico es poco fiable comparado con los inventarios diagnósticos estructurados, los profesionales clínicos los utilizan con poca frecuencia porque dudan de su viabilidad en la práctica clínica y sobre la aceptación por los pacientes.

TEST DE LA FAMILIA

Un gran número de problemas que la Psicología debe enfrentar en consultorios y colegios, se debe a las dificultades consecuentes de la interacción familiar del niño o del joven. Es con padres y hermanos, con la ausencia o sustitutos de estos, que el niño hará sus primeras experiencias de adaptación.

Las dificultades familiares no siempre quedan claras en las entrevistas, es mucho más probable tener acceso al síntoma que a sus causas, mismo porqué éstas tienden a ser inconscientes y por lo tanto, no claras a los padres y menos al niño.

El Test de la Familia ofrece una oportunidad de expresión libre que permite al niño proyectar y de este modo, revelarnos cómo se percibe en el sistema familiar y los verdaderos sentimientos que experimenta por los suyos.

Es una herramienta que nos permite reconocer orientaciones psicosociales del funcionamiento de la familia y la reacción del niño a ésta.

El test es aplicable a niños desde la edad preescolar y, si bien, su interpretación óptima exige experiencia y formación psicoanalítica, existen parámetros orientadores de su interpretación que facilitan su abordaje por psicólogos con otro tipo de formación conceptual.

El "Test del Dibujo de la Familia" es un Test Gráfico - Proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar. Si bien existen diversas versiones, la técnica más usada actualmente en la práctica clínica y educativa y és la que se verá en este seminario, es la descrita por Louis Corman.

TEST DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

La escala de autoevaluación para la ansiedad comprende un cuestionario de 14 preguntas cada una referida a manifestaciones características y ansiedad con signos y síntomas. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad y como expresión de trastornos emocionales y del estado de ánimo.

Escala de Hamilton para la Depresión

-En la escala de Hamilton para la depresión se toma en cuenta ciertas preocupaciones necesarias a la confesión de test psicológico.

-La escala de auto evaluación para la depresión comprende un cuestionario de 1º preguntas cada una referida a la manifestación de estado depresivo con signos y síntomas. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de depresión y como expresión de trastornos emocionales y del estado de ánimos

TEST DE MAYO

-Es uno de los instrumentos que nos permite la ubicación y diagnóstico del estado cognitivo de los sujetos y en función de la valoración de las funciones mentales superiores, siendo uno este uno de los instrumentos reconocidos para dicha evaluación. De igual relevancia se cita el mini mental test que tiene la misma condición técnica.

-Medición: el test mide el nivel de déficit y /o deterioro cognitivo (rastreo) población: el test está dirigido a la población general desde los 12 años en adelante, ya que nos permite ir reconociendo el proceso de deterioro cognitivo en función de los estadios del ciclo vital. Tipo de valoración: individual instrucciones para su administración.

Screening de Evaluación Psicológica

Es un reactivo psicológico que sirve para la detención de principales rasgos de trastornos de personalidad, se avisado en la nomenclatura del DSM-IV (paranoide, esquizoide, esquisotipo, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente), además de considerar criterios del CIE-10(trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo limite.)

Los presente reactivos psicológicos serán aplicados por el profesional de Centro de Rehabilitación al ingreso del paciente al tratamiento de recuperación y dependiendo de la necesidad del caso.

Modelo de la Entrevista:

Primer momento:

Preparación

a) Reflexión individual (el paciente lee en silencio y e individualmente la FILOSOFIA del programa).

b) Preparación de la entrevista.

- ❖ Elección de las personas adecuadas (2-4) además del operador.
- ❖ Estado de ánimo de los entrevistadores.
- ❖ Entrega de información del operador acompañante en la fase de pre-acogida del paciente.
- ❖ Aclaración de dudas.
- ❖ Organización y coordinación de la entrevista (orden de presentación).
- ❖ Análisis de "reflejos" (evaluación de las similitudes de las vidas de los entrevistadores con el entrevistado.)
- ❖ Orden y revisión de la sala.

Segundo Momento:

Actitud del Profesional en Trabajo Social

- ❖ La actitud del entrevistador debe reflejar una postura seria y cuestionadora.
- ❖ Las presentaciones no deben ser muy breves, tampoco extensas y se debe compartir los puntos que puedan ser comunes con el paciente.
- ❖ Se debe escuchar atentamente lo que el paciente dice en caso de cualquier situación poco clara o contradictoria, debe plantearse al paciente luego que ha terminado su idea.
- ❖ Su postura corporal no debe ser defensiva sino abierta.
- ❖ En su decisión cada entrevistador debe ser lo más explícito, y lo más claro posible en las razones y en su compromiso con el paciente.
- ❖ En caso de expresión de sentimientos del paciente estos deben ser acogidos y no juzgados.

Tercer Momento:

Entrevista

- Inicio (saludo, bienvenida e introducción al momento y explicación de cómo se realizará la entrevista). Presentación del profesional en trabajo social.
- Presentación del paciente.
- Desarrollo de las preguntas de investigación y de evaluación.
- Solicitud de inversión del futuro paciente: ¿Qué pide y que ofrece?
- Evaluación con la familia (el profesional en trabajo social. Evalúan con la familia).
- Manifestación de decisiones personales y del compromiso adquirido por el profesional en trabajo social con el futuro paciente.

Cuarto momento:

- Ingreso del paciente
- Ubicación del nombre del paciente y su fecha de ingreso al programa, por parte del mismo en el organigrama oficial de la comunidad.
- Palabras del nuevo paciente.
- Aceptación oficial de la comunidad.
- Final.

Plan de Trabajo Terapéutico para la Recuperación de Pacientes con Problemas de Consumos de Sustancias que alteran su Psiquis

- Duración del Tratamiento : 12 Semanas (tres meses)
- Frecuencia : 11 horas diarias
- Tipos de Terapia (individual y/o Grupal : Psicológicas, Vivencial, Espiritual
- Corrientes Utilizadas : Analítica y Conductual
- Método Psicológico : Técnica, interpretación, sugestión (de acuerdo al Caso)

- Métodos Conductuales : Aprendizaje, condicionamiento, relajación.
- Terapia de Apoyo y Motivación
- Técnica de Autocontrol
- Técnica de confrontación y aversión.
- Terapia racional emotiva dinámica
- Utilización de programas de Apoyo : A.A. y N.A.

ENCUESTA **GOBIERNO AUTONOMO DESCENTALIZADO MUNICIPALIDAD DE AMBATO** **DEPARTAMENTO DE DESARROLLO SOCIAL** **Fecha de la encuesta:_____ _____**		
Por favor responda el cuestionario individualmente, No incluya su nombre, a menos que así lo desee.		
PROCESO		
Los resultados obtenidos en esta encuesta serán revisados y tabulados por el ÁREA DE TRABAJO SOCIAL, la información recopilada será manejada con total confidencialidad y objetividad; buscando sugerir planes de acción de acuerdo al caso en cada área involucrada.		
DATOS GENERALES		
	Nombre:	
	Edad:	
	Parentesco:	
	Ocupación:	
	Escolaridad:	
1.--¿CUÁL ES SU GÉNERO?		
	Masculino	
	Femenino	

2.- ¿CUÁL ES SU EDAD?		
26 – 30 AÑOS		
31 - 35 AÑOS		
36 A MÁS		
3.- ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS?		
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
4.- ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?		
	Soltero	
	Casado	
	Divorciado	
	Otro	
5. -¿QUÉ TIPO DE FAMILIA USTED TIENE?		
	Monoparental	
	Nuclear	
	Extensa	
	Conjunta	
6.-¿CONOCE USTED ALGO SOBRE LAS ADICCIONES?		
	Si	
	Poco	
7.-¿CONSUME ALGÚN TIPO DE DROGA?		
	Si	
	No	
8.- ¿QUÉ TIPO DE DROGA CONSUME?		
	Alcohol	
	Marihuana	
	Cocaína	
	Inyectable	

	Otras	
9.- ¿CONOCE LOS DAÑOS QUE PROVOCA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN SU SALUD?		
	Si	
	No	
	Un poco	
10.- ¿DE LAS SIGUIENTES CAUSAS CUÁL CONSIDERA QUE INCIDIÓ PARA SU ADICCIÓN?		
	Problemas familiares	
	Problemas económicos	
	Problemas sociales	
	Curiosidad	
11.- ¿HAS TENIDO CAMBIOS EN SU PERSONALIDAD?		
	Si	
	No	
12.- ¿SE HAN INCREMENTADO LOS CONFLICTOS Y PELEAS EN EL SENO DE SU FAMILIA A CAUSA DE SU CONDUCTA?		
	Si	
	No	
13.- ¿USTED HA SIDO RECHAZADO POR?		
	Vecinos	
	Amigos	
	Familiares	
	Otros	
14.- ¿MODIFICASTE TU VIDA SOCIAL POR CULPA DEL ALCOHOL?		
	Si	
	No	
15.- ¿SIENTE CAMBIOS FÍSICOS EN USTED DESDE QUE EMPEZÓ A CONSUMIR?		
	Si	

	No	
16.-¿HA HECHO COSAS DAÑINAS PARA PODER CONSUMIR ?		
	Si	
	No	
17.- ¿EL CONSUMO DE ALCOHOL TE PUSO ALGUNA VEZ EN PELIGRO?		
	Si	
	No	
18.- ¿USA EL ALCOHOL PARA ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS DE LA VIDA DIARIA?		
	Si	
	No	
19.- ¿HACE CUÁNTO TIEMPO QUE TIENE LA ADICCIÓN ?		
	Poco tiempo (3 meses a 1 año)	
	Algunos meses (1 año a 5 años)	
	Años (de a 20 años)	
20.- ¿CONSUMES ALCOHOL PARA SER MÁS EXTROVERTIDO O VENCER TUS MIEDOS?		
	Si	
	No	
21. -¿HA INTENTADO DEJAR EN ALGÚN MOMENTO SU ADICCIÓN?		
	Si	
	No	
22.- ¿SUS AMISTADES/ FAMILIA CONSUMEN TAMBIÉN?		
	Si	
	No	
23.- ¿SI PUDIERA ELEGIR QUÉ PREFIRIRÍA?		
	Dejar de consumir	
	No dejar de consumir	
24.- ¿SABEN SUS AMISTADES/ FAMILIA SOBRE SU ADICCIÓN?		

	Si	
	No	
25 - ¿LES MIENTISTE (OCULTASTE) A OTROS SOBRE SU ADICCIÓN?		
	Si	
	No	
26.- ¿CONSIDERA QUE LA ADICCIÓN QUE PRESENTAS INFLUYÓ EN LA DISOLUCIÓN FAMILIAR?		
	Si	
	No	
27.- ¿SI USTED TUVIERA LA POSIBILIDAD DE INGRESAR A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN LO HARÍA?		
	Si	
	No	
28.- ¿QUÉ CANTIDAD DE DROGA UD. CONSUME SEMANALMENTE?		
1 a 5 gr		
6 a 10gr		
Más de 10gr		
1 a 5 lt		
6 a 10lt		
Más de 10 lt		