



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Título:

**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN HABITANTES
DE LA URBANIZACIÓN MANTA BEACH. MANABI, 2017**

En opción al grado académico de:

MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora

Miriam Raquel Álvarez López

Guayaquil-Ecuador

Abril 2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Unidad de Postgrado



Título:

**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN HABITANTES
DE LA URBANIZACIÓN MANTA BEACH. MANABI, 2017**

En opción al grado académico de:

MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora

Miriam Raquel Álvarez López

Director

MCs. Iraklys Salazar Guerra

Guayaquil-Ecuador

Abril 2017

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Miriam Raquel Álvarez López, certifico que la tesis titulada **PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN HABITANTES DE LA URBANIZACIÓN MANTA BEACH. MANABI, 2017**. La cual presento en opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica en la Universidad Estatal de Guayaquil, es producto de mi labor investigativa.

Además, doy fe que este trabajo es uno, original e inédito.

.....
Miriam Raquel Álvarez López
C.I. 1306548434

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hija, motivo de mi lucha diaria.

Miriam Raquel Álvarez López

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Director de Tesis MCs. Iraklys Salazar Guerra por su apoyo en este trabajo de investigación.

A la universidad de Guayaquil por diseñar esta Maestría en Psicología Clínica

A mi familia, y personas que han aportado con mi formación.

Miriam Raquel Álvarez López

RESUMEN

La presente tesis describe y trata de cuantificar un problema que afecta a la Salud y desarrollo del ser humano, cuyo objetivo general fue Caracterizar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach. Manabí.

Se aplicó una encuesta a personas, de ambos sexos, mayores de 18 años. El tipo de estudio se enmarcó en el paradigma positivista de la Ciencia, es cuantitativo de diseño no experimental, observacional descriptivo. La muestra fue no probabilística a conveniencia (n= 140). Los test aplicados fueron el Test de criterios del DSM – V para medir consumo de alcohol y el Cuestionario C4 para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo. Para el tratamiento estadístico se usó el programa SPSSV20, se realizó el análisis de frecuencias y representación de los datos mediante tablas y gráficos. Para las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central y de dispersión como la media y desviación estándar.

Se encontró que la edad se ubicó entre un mínimo de 18 años y un máximo de 45 años y una media de 27 años, la desviación estándar fue del 6,88; el género masculino representó el 88,6%; el estado civil casado fue del 37,9%; el nivel de estudio primario fue el 42,1%; la etnia mestiza del 63,6%; la prevalencia de consumo de tabaco fue del 62,1%, con un nivel de consumo alto y del alcohol fue el 96,4% predominando el nivel grave.

Palabras Clave: consumo de alcohol, consumo de tabaco, psicología, estudio descriptivo, prevalencia.

ABSTRACT

PREVALENCE OF ALCOHOL AND TOBACCO CONSUMPTION IN INHABITANTS OF THE MANTA BEACH URBANIZATION. MANABI, 2017.

This thesis describes and tries to quantify a problem that affects the health and development of human beings, which general objective was to characterize the prevalence of alcohol and tobacco consumption in "Urbanizacion Manta Beach".

A survey was conducted and it targeted people from both sexes and older than 18 years old. The type of study was framed in the positive paradigm of Science, it is quantitative of non-experimental design, descriptive observational. The sample was non-probabilistic to convenience (n = 140). The tests applied were the DSM-V Diagnostic Criteria in order to measure the consumption of alcohol and the C4 questionnaire for the Classification of Cigarette Consumers. Regarding the statistic procedures, the program SPSSV20 was used, the analysis of frequency and representation of data by means of tables and graphics was done. For the quantitative variables, it was determined central tendency and dispersion measures as the media and the standard deviation.

It was found that the minimum age was 18, the maximum age was 45 and the media was 27 years old, the standard deviation was 6,88 %; men represented 88,6 %; married people 37,9 %; primary level of education was 42,1%; mixed-race ethnic group was 63,6%; the prevalence on tobacco consumption was 62,1%, with a high level of consumption and the prevalence on alcohol consumption was 96,4% at high levels.

Key Words: alcohol consumption, tobacco consumption, psychology, descriptive study, prevalence.

CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
CONTENIDO	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	4
MARCO TEÓRICO.....	4
1.1. ANÁLISIS PRELIMINAR DE CIFRAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.....	4
1.2. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.	9
1.2.1. Factores Culturales.....	9
1.2.2. Factores psicológicos y familiares.	10
1.2.3. Factores comunitarios.	12
1.3. EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.....	13
1.3.1. Alteraciones en las esferas social e individual del consumidor de tabaco.	14
1.4. SÍNTOMAS DEL CONSUMO ALCOHOL Y TABACO.	15
1.4.1. Síntomas del consumo de tabaco.	16
1.4.2. Síntomas psíquicos por consumo de alcohol y tabaco.	16
1.4.3. Síntomas sociales por consumo de alcohol y tabaco.....	17
1.5. DEL USO DEL ALCOHOL Y DEL TABACO A LA DEPENDENCIA.....	17
1.6. EL ALCOHOLISMO Y EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD. ...	18
1.6.1. Alcoholismo.	18
1.6.2. Tabaquismo	18

1.7. ALCOHOL Y SOCIEDAD.....	19
1.8. TABAQUISMO Y SOCIEDAD.....	20
1.9. LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ...	21
1.9.1. Estadísticas de prevalencia.....	21
1.10. PREVALENCIA DEL ALCOHOL Y TABACO A NIVEL MUNDIAL.	24
1.11. PREVALENCIA DE CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO A NIVEL NACIONAL Y LOCAL.....	27
CAPÍTULO II.....	30
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
2.1. PLANTEAMIENTO Y SITUACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	30
2.2. FORMULACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL Y LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	31
2.2.1. Objetivo General.	31
2.2.2. Objetivos específicos.....	31
2.3. PERSPECTIVA GENERAL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
2.4. HIPÓTESIS.....	32
2.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	36
2.5.1. Universo.	36
2.5.2. Muestra.....	36
2.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	37
2.6.1. Método	37
2.6.2. Técnica.	38
2.6.3. Instrumento.....	38
2.7. PROCEDIMIENTOS	41
CAPITULO III.....	43
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	43
3. RESULTADOS.....	43
3.1. RESULTADOS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO # 1.	43
3.2. RESULTADOS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO # 2.	48
3.3. RESULTADOS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO # 3.	50

4. DISCUSIÓN.....	52
5. CONCLUSIONES	57
6. RECOMENDACIONES	58
7. BIBLIOGRAFÍA	59
8. ANEXOS	72
ANEXO 1. CERTIFICADO DE APROBACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN	73
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN	
74	
ANEXO 3: CUESTIONARIO	75

INTRODUCCIÓN

El presente estudio manifiesta que el consumo de alcohol y tabaco constituye en la actualidad un problema de salud que afecta a más del 50% de población de todas las edades, y se vuelve un problema de orden psicológico porque presenta un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan después del consumo repetido estas sustancias y que típicamente incluye el deseo intenso de consumirla, dificultades para controlar su consumo, persistencia en el consumo de la misma a pesar de las consecuencias negativas, mayor prioridad al consumo de la sustancia que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la misma y a veces síndrome de abstinencia. (Beatriz Payá, 2005)

El consumo de alcohol y tabaco ocurre cuando su frecuencia lleva a que la persona presente problemas de salud o en el trabajo, escuela o casa. Este consumo también es la causa exacta de la iniciación de la adicción debido a que la acción de estas sustancias, junto a factores como: presión social de compañeros y amigos, sufrimiento emocional, ansiedad, depresión y estrés ambiental, pueden ser todos factores intervinientes para que personas desarrollen un problema de consumo. (Martin, 2016)

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En el 2012, el 5,9% de muertes del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol. (OMS, 2015) El alcoholismo, por su parte es considerado como un trastorno consecuente del excesivo consumo de alcohol y puede ser parte de una alteración de la personalidad. Su etiología no está bien definida, pero se plantea que el carácter multifactorial de esta enfermedad puede ser: genético, psicosocial, ambiental y cultural. Se sabe que esta enfermedad, afecta a una gran parte de la población en todo el mundo sobre todo a personas menores de 30 años.

Sus manifestaciones más frecuentes se caracterizan por cambio en el comportamiento, ocasionando conductas agresivas, ineficacia en sus actividades, problemas familiares, pérdidas de trabajo y sobre todo el deterioro progresivo de la salud. (Cabrera, 2016)

Por su parte el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. (OMS, 2015)

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad, cuyas consecuencias tienen una incidencia biológica, psicológica y social. El consumo de alcohol es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. A diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en exceso y afecta de forma importante su conciencia. El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas. (García, 2004)

Diferentes estudios afirman que el 67% de los varones y el 77,3% de las mujeres han consumido alcohol y tabaco por lo menos una vez antes de cumplir los 18 años. El índice de consumo entre 5 copas o más por ocasión, y de 5 tabacos al menos una vez por mes, es elevado con una frecuencia del 3,6% en los hombres y 1,5% en las mujeres, entre los 12 a 17 años. Aunque una buena parte de la población mundial no tienen problema de beber, el 3,2% de estos presentan dependencia, (Medina, 2001) citado por (Campillo & Vizcay, 2003)

En la presente tesis se realiza una descripción científica, validada por la literatura especializada con respecto al consumo de alcohol y tabaco, partiendo desde su conceptualización, composición y análisis estadístico de las encuestas recogidas mediante un trabajo de campo poblacional realizado en la Urbanización Manta Beach, perteneciente a Manabí.

Este análisis permitió comprender como este fenómeno de consumo de tabaco y alcohol se manifiesta en la población de estudio. El aporte de este estudio ha sido obtener una prevalencia para futuras intervenciones psicosociales, desde los postulados de la clínica. También se analizó la etiología del consumo de alcohol y tabaco, haciendo énfasis en la multicausalidad de este fenómeno de salud. Fue necesario realizar una conceptualización de alcohol y tabaco, además de sentar las bases estadísticas para futuros estudios de prevalencia.

La presente tesis describe la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en una urbanización en donde se ha observado un consumo frecuente en sus pobladores. Esta investigación está conformada según el reglamento legal de la Maestría en Psicología Clínica de la siguiente manera:

- Capítulo I: Fundamento Teórico
- Capítulo II: Diseño Metodológico
- Capítulo III: Análisis e interpretación de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y anexos.

Los cuales se describe a continuación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Análisis preliminar de cifras de consumo de alcohol y tabaco.

El uso de bebidas alcohólicas (del árabe al-kuhl = el colirio) va estrechamente ligado a los aconteceres sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemoriales, inmediatamente que el ser humano es capaz, en su evolución adaptativa al medio, de descubrir una forma de almacenar líquidos en un recipiente, comienza la historia de las bebidas alcohólicas.

Tan pronto como es descubierto el proceso de fermentación de ciertos líquidos azucarados procedentes de algunos granos y frutos, comienza el consumo de estas bebidas. El devenir histórico ha convertido al alcohol en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. El alcohol es de hecho, la primera droga de la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, varios miles de años antes de Cristo (Blum, 1973).

El alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Los egipcios son los inventores de la cerveza tres milenios antes de Cristo. Aún antes, la civilización de Mesopotamia conocía y utilizaba de otras bebidas fermentadas similares, citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se prescribía la pena de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes. Parece ser que la utilización del vino como vínculo de unión con la espiritualidad, aprovechando sus efectos embriagantes, se remonta a la civilización egipcia. Entre ellos, la cerveza estaba vinculada a usos populares, y gravada con algo similar a lo que ahora llamaríamos impuestos. Sin embargo, el vino fue en el Imperio Egipcio, hasta bien avanzada la dominación romana, una bebida exclusivamente ritual, utilizada para la embriaguez sagrada en el templo de Tentyra, al parecer dentro del culto dedicado a Hator, diosa egipcia del amor.

El culto que las antiguas culturas griega y romana ofrecían a sus respectivos dioses del vino -Dionisos y Baco- es otro excelente indicador del arraigo que esta bebida ha tenido en los ritos religiosos de los pueblos mediterráneos. El culto dionisiaco era de hecho uno de los más importantes de la antigua Grecia. El ritual incluía danzas en las que los participantes buscaban la unión con el dios, a través de un estado de embriaguez. Este culto al dios del vino, fue recogido por la cultura latina, donde Dionisos adoptó el nombre de Baco, y el ritual festivo-religioso conocido como bacanal, ha llegado hasta nuestros días como ejemplo de manifestación lúdica y liberadora de instintos, mediante la utilización de un producto divinizado: el vino.

Por su parte, es conocido como el sincretismo judeo-cristiano llegaría a elevar el zumo de uva fermentado a la categoría de vehículo de la encarnación de la divinidad, presente hoy en día en los rituales de vínculo litúrgico de la comunidad cristiana. Para las culturas mediterráneas de la antigüedad el vino era la “sangre de la tierra”, de ahí que adquiriera unas cualidades mágicas que persisten en la liturgia cristiana (Oberlé, 1989). La utilización de bebidas alcohólicas como medio de trascender lo humano y alcanzar la unión con la divinidad, es en definitiva la versión mediterránea del proceso que, con la misma finalidad.

El tabaco es un producto agrícola originario de América, se compone de hojas de varias plantas denominadas *Nicotiana tabacum* de donde sale la mayor parte del tabaco. Le tabaco contiene más de 4500 sustancias distintas, algunas de estas sustancias son cancerígenas, otras son adictivas, aunque mucha gente piense que el tabaco no es una droga se equivocan ya que este es una droga ya que produce una adicción crónica como el resto de las drogas, en el caso del tabaco produce dependencia física y psicológica.

Algunas de estas sustancias son nocivas para la salud y pueden dar lugar a la aparición de enfermedades. Las sustancias del tabaco producen una sensación de relajación y de bienestar que la gente lo toma como des estresante, pero este estado de bienestar se acaba en cinco minutos, y se siente la necesidad de fumar otra vez, esta necesidad la crea la nicotina que es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco, con alta concentración en sus hojas. Constituye cerca del 5% del peso de la planta.

Los expertos en vegetal han determinado que el centro del origen del tabaco, se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador. Los primeros cultivos debieron de tener lugar entre cinco mil y tres mil años a.C. Cuando se coloniza América, el consumo estaba extendido por todo el continente.

El nombre tabaco, para denominar a la misma planta, es explicado por uno de los primeros cronistas americanos, el padre Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdez, quien en su obra “Historia general de las Indias” (Sevilla 1535) relata: entre otras costumbres reprobables los indios tienen una que es especialmente nociva y que consiste en la absorción de una cierta clase de humo a lo que llaman “tabaco” para producir un estado de estupor, algunos absorben el humo por medio de una caña hueca, eso es lo que los indios llaman tabaco y no a la hierba.

Colón, afirman algunos cronistas, quedó sorprendido por aquellas costumbres, pues los indígenas las practicaban en ciertas ceremonias y no como una costumbre cotidiana y de placer, sino que se realizaban en ceremonias de paz y de purificación del espíritu, pues para ellos el uso del tabaco poseía poderes mágicos y agradaba a los dioses. El tabaco era considerado como panacea, ya que se utilizaba como un fármaco para combatir el asma, fiebres, convulsiones, trastornos intestinales o nerviosos, y también mordeduras de animales.

Hacia 1560 el tabaco era ya conocido en España y Portugal. En este último país, para esos años, se encontraba como embajador de Francia el caballero Jean Nicot, quien se interesó por la exótica planta. Cuando el mencionado embajador regresó a su país, llevó consigo hojas de tabaco para obsequiarlas a la reina Catalina de Medicis por lo que se la llamó “hierba de la reina”, “Nicotiana” o “hierba del embajador”.

En 1584 uno de los más célebres aventureros, Sir Walter Raleigh, fundó en América del Norte la colonia de Virginia y adquirió de los indígenas la costumbre de fumar en pipa. Personalmente fue el propio dicos de la época “consideraban esta costumbre tan repugnante como dañina para la salud y para el cerebro, peligrosa para los pulmones”. En 1828 dos científicos que trabajaban en la Universidad de Heilderberg, Posser y Reimann, consiguieron aislar un alcaloide de la planta de tabaco y a propuesta de Guisa bautizaron su descubrimiento con el nombre de Nicotina en honor del embajador francés Jean Nicot.

En este punto de la historia hizo su aparición el cigarrillo definido por ese entonces como: tabaco picado rodeado de fino papel. Este producto hechizó a pueblos como el francés y el inglés, aunque se sostiene que su patria de origen fue España, donde lo denominaban “pitillo”. A partir de esta transformación el cigarrillo empezó a fumarse en todo el mundo.

Estas palabras son lo suficientemente demostrativas para alarmarnos sobre el signo distorsionante bajo el cual nació este siglo que, envuelto en plena conflagración mundial, reclamaba al tabaco en un plano de necesidad similar al de los alimentos.

Por otra parte, en la misma sociedad industrializada, las formas de vida de finales del siglo XX, asociadas a factores de tensión y competitividad, dan lugar a una demanda creciente y difícilmente desligable de la creada, de manera premeditada, por la llamada sociedad del consumismo. Todo ello, constituye un reto adaptativo para la propia sociedad, que debería abordar el problema con una mirada menos escéptica e indiferente, y con la conciencia de que abordar el problema del abuso de sustancias tóxicas -también de las institucionalizadas- es una forma de contribuir al desarrollo de una sociedad más libre, menos alienada y con más oportunidades de realización para todos (Marquínez et al., 1983).

Según datos de la OMS, Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita, con 9,4 litros por habitante al año, este dato es alarmante y su mayor prevalencia se ubica en la Costa del Litoral del Ecuador, provincias como Guayaquil, Esmeraldas, Manabí y Galápagos son las de mayor consumo, sin desde junio del 2010 está en vigencia el horario de atención para las licorerías, bares y discotecas; sin embargo, esta medida no ha bajado el índice de consumo, ni en los menores, ni en los adultos (INEC, 2013)

Por observación y testimonios recogidos por la Autora se considera que, en Manabí, específicamente en la Urbanización Manta Beach el consumo ha aumentado en un 30%; controles por parte de la Policía de Manabí, esta alarmante cifra es superada en la región únicamente por Argentina (10 litros).

El consumo de alcohol es la tercera causa de muerte en Ecuador, por accidentes, riñas, enfermedades y otros motivos, es por estos antecedentes la justificación de este estudio que aportó con cifras significativas en cuanto al consumo de tabaco y alcohol.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), en su última encuesta afirma que 912.575 ecuatorianos de 12 años en adelante dijeron que consumen alcohol y tabaco, eso representa el 5,7 % de la población del país. El estudio también revela que de esa cifra el 89,7% (818.580) son hombres y el 10,3% (93.995) son mujeres. (INEC, 2015)

Además de que el 2,5% entre 12 a 18 años (22.814) consume algún tipo de bebida alcohólica y tabaco. Asimismo, que el 41,8% de las personas (381.456) lo hacen semanalmente. Otro dato interesante es que 79,2% (722.760) prefieren solamente cerveza y que la tienda de barrio es donde más se adquiere licor con el 61,6% La provincia que registra mayor consumo es Galápagos con el 12% de población mayor de 12 años. (INEC, 2015) tomado de (EL DIARIO, Manabí, 2017)

La ley del Ecuador sobre la Regulación del consumo del alcohol y el tabaco tiene como objetivo promover el derecho a la salud de los habitantes del Ecuador, protegiéndolos de las consecuencias del uso y consumo de productos de tabaco y sus efectos nocivos (Constitucional, T. (2008)

En el artículo 3, 4, 5, 6 y 7 designan las responsabilidades a varias instituciones entre las que nombra al Ministerio de Salud Pública, entidad gubernamental a la cual pertenece el gremio de Psicólogos Clínicos.

“La Autoridad Sanitaria Nacional ejecutara las actividades necesarias para el cumplimiento de esta Ley, sin perjuicio de aquellas que competen a otras instituciones, este organismo definirá e implantará el programa para el control del tabaco y la desestimulación de su consumo observando la prioridad de niños, niñas y adolescentes” (Constitucional, T. (2008p457)

De acuerdo a la Secretaría Técnica de Drogas antes denominada CONSEP, afirma que los estudios de prevalencia no han aportado en la formulación de políticas de prevención.

La no diferenciación sobre los diversos tipos de usos: experimental, ocasional, social, habitual, problemático y el consumo adictivo ha impedido adoptar medidas focalizadas que reflejen e incidan en una realidad diversa.

Consecuentemente, ha impedido develar el contexto sociocultural de los usos de drogas legales como son el tabaco y el alcohol (Plan Nacional de Prevención Integral 2012).

Es importante innovar los estudios investigativos con el paso del tiempo de tal forma que no se escapen elementos que distorsionen la conciencia social sobre esta problemática del consumo indiscriminado del alcohol y tabaco, de esta manera lo legal expresa como misión:

“Planificar, coordinar y articular la gestión de asesoría, asistencia técnica y seguimiento de las políticas públicas de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, creando mecanismos para la aplicación y ejecución de las mismas en el Estado”. (Secretaría Técnica de Drogas, 2015)

1.2. Factores asociados al consumo de Alcohol y Tabaco.

1.2.1. Factores Culturales.

El empleo de sustancias psicoactivas constituye una práctica cultural que existe prácticamente desde el inicio de los tiempos y que está profunda, y muchas veces, indisolublemente ligada a la comprensión del hombre y de la vida. La forma en que las sociedades emplean las distintas drogas, las finalidades con las que lo hacen (por ejemplo, lúdica, médico-curativa o mágico religiosa) y las actitudes de sus miembros hacia ellas, constituyen indicadores de su evolución, ayudándonos a comprender su dinámica interna, tanto diacrónica como sincrónicamente. Por tanto, posiblemente no se pueda comprender adecuadamente la historia y la cosmovisión de una civilización si no se realiza también un abordaje a sus sustancias y a la idiosincrasia de su uso y abuso.

El consumo de alcohol y/o tabaco representa uno de los problemas más importantes de salud pública, principalmente en pobladores de Manta, quienes comienzan su consumo a menor edad, lo que conlleva un mayor riesgo para desarrollar una adicción crónica y tener consecuencias psicológicas y sobre todo

sociales, además de la dependencia con una alta incidencia de padecimientos crónicos que podrían originar muertes prematuras.

Los principales motivos para el consumo de alcohol y tabaco se pueden clasificar en individuales, familiares y socio-culturales. Dentro de los individuales encontramos: baja autoestima, baja percepción del riesgo, depresión y ansiedad. En los familiares podemos destacar que los motivos más predominantes son: abuso o dependencia al consumo en la familia y las relaciones familiares violentas, como motivos socio-culturales podemos mencionar la fácil disponibilidad y accesibilidad a estas sustancias, el fomento del consumo y del abuso, y la presión social que se ejerce sobre las personas. (Romero, 2012)

1.2.2. Factores psicológicos y familiares.

Los motivos individuales se caracterizan de manera que una persona que tiene un auto concepto devaluado y/o dificultades para socializar puede encontrar en el consumo una manera de desinhibirse, a pesar de que existe una gran cantidad de evidencia contundente sobre los daños, consideran que no están en riesgo. Los trastornos del ánimo como la depresión aparentemente se alivian con el consumo de estas sustancias. Las personas con problemas para manejar el estrés o que tienen algún trastorno por ansiedad pueden experimentar una aparente mejoría al consumir estas sustancias, sin entender que es por la composición química de estos. (Villar, 2013)

Los motivos individuales son evidenciables cuando en las familias se consume alcohol en exceso o existen personas adictas al tabaco, debido a esto es más probable que este patrón de consumo se presente en sus miembros y en las personas con las que conviven de cerca.

En cuanto a las relaciones familiares violentas, la violencia como la falta de límites claros y la inexistencia de reglas conductuales bien estructuradas favorecen que se abuse del alcohol, especialmente en las personas jóvenes y en quienes son

víctimas de la violencia, ya que ellos son más propensos a todas estas influencias. (Sobral, 2013)

Los motivos socio-culturales se fundamentan en que el alcohol es una droga legal que está disponible prácticamente a cualquier hora al igual que los cigarrillos.

En la sociedad se considera al consumo de estas sustancias como algo deseable e incluso en fiestas y reuniones se fomenta.

Las personas con las que convivimos cotidianamente en muchas ocasiones nos presionan para que bebamos alcohol, aunque nos neguemos. Al ceder ante esta presión, es posible que se beba en exceso, y en tanto al tabaquismo, la mayoría de la juventud en las primeras instancias lo hace por curiosidad o por pertenecer a su grupo de amigos. (Luengo, 2012)

Un motivo muy importante y que muchas veces pasa por alto ante los demás, es el aburrimiento, ya que los adolescentes que no pueden tolerar estar solos, que tienen problemas manteniéndose ocupados o que anhelan las fuertes emociones, son los principales candidatos para el abuso de alcohol o tabaco. No solo el alcohol y el tabaco les dan algo que hacer, sino que esas sustancias ayudan a llenar el vacío interno que sienten. Es más, proporcionan una base común para interactuar con otros jóvenes similares, es una manera de establecer vínculos instantáneos con grupos de personas de sus mismas edades. (Gómez, Luengo, Triñanes, Villar, & Sobral, 2006)

Un motivo considerado, tal vez, el más importante para que las personas en general lleguen a consumir tabaco, es el estrés, ya que para muchos los cigarrillos son una buena manera de aliviar el estrés, la presión y las tensiones derivadas del ritmo de vida tan acelerado que llevamos.

Este estrés no puede ser ocasionada únicamente por la acumulación de trabajo en el ámbito laboral, si no también se lo asocia con el estrés que se produce en los jóvenes estudiante, especialmente durante el periodo de exámenes, también se puede relacionar a las consecuencias que traen las situaciones complicadas de la vida. (Ciencianavida, 2010)

1.2.3. Factores comunitarios.

La relación entre el hombre, el mundo y el empleo de sustancias psicoactivas, determinan los estilos de vida y las creencias en la comunidad acerca de las drogas legales tales como el alcohol y tabaco, estas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos. La depravación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades. (Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016) pp. 53

Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a ser crónicas y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial, por otra parte la aculturación, fenómeno ligado íntimamente a la emigración y, sobre todo, los conflictos y el estrés asociados a la misma, también implica un mayor riesgo de uso de drogas, en muchas ocasiones como estrategia de manejo del estrés ante las dificultades que supone para el individuo abandonar su ambiente y tratar de ajustarse a una cultura y, muchas veces, incluso a una lengua diferente a la propia (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999, citado por (Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016)

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006 citado por (Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016)

En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma.

Por otra parte, la percepción social de una sustancia, tendrá una forma particular de plasmarse en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. Por último, otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas, y dentro de ésta su precio, de tal forma que cuando el precio es bajo existe un mayor consumo, que

disminuye cuando la droga se encarece (Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016) pp 53

1.3.Efectos del consumo de alcohol y tabaco.

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera de dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. (Anderson P, 2008)

Cloninger clasificó el alcoholismo tipo I como el derivado del medio, la forma más frecuente, con equivalente frecuencia, en ambos sexos, de inicio tras los 20 años de edad, progresión lenta y factores relacionados al medio y a la genética. Mientras que el alcoholismo tipo II fue definido como exclusivo para hombres, con inicio antes de los 20 años de edad, progresión rápida para la dependencia, alteraciones de la conducta durante las fases de intoxicación e impulsividad de conductas y de comunicación, aunque con menor influencia de los factores de riesgo genéticos y del medio. (Camila M, 2005)

Babor, a su vez, clasifico el alcoholismo tipo A como aquel que inicia tras los 20 años de edad, evolución lenta, con menor frecuencia de psicopatologías asociada, mejor pronóstico y menor frecuencia de los trastornos y de los factores de riesgo en la infancia. Mientras que el tipo B fue clasificado como aquel que inicia antes de los 20 años de edad, con mayor frecuencia de alcoholismo familiar, dependencia más grave, mayor frecuencia de asociación con otras drogas y comorbilidad psicopatológica y mayor influencia de los factores de riesgo de la infancia, como conductas agresivas e impulsividad. (Camila M, 2005)

El consumo progresivo de alcohol puede provocar labilidad emocional, escasa resistencia a la frustración, inmadurez e infantilismo. El sujeto que ya depende del tóxico en mayor o menor medida presenta, no obstante, trastornos de personalidad, acompañados de un sinnúmero de síntomas típicos en sus esferas sociales, personales y económicas. (Sánchez, 2000)

Son personas que suelen culpar a los demás de las cosas que fallan. Sufren una incapacidad de tolerancia a la frustración, el alcohólico es una persona introvertida, tímida e insegura. Ante un fracaso genera resentimiento hacia los demás y autocompasión. Se siente a la vez culpable, víctima, y desdichado. Además no aceptan el concepto de responsabilidad. No establecen la relación que existe entre las discordancias en el ámbito familiar y su conducta de beber. Son personas inmaduras emocionalmente, con una gran necesidad de llamar la atención y dependencia afectiva. (Merino, 2002)

1.3.1. Alteraciones en las esferas social e individual del consumidor de tabaco.

El consumo de alcohol es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas (OMS). La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central, es una de las drogas más adictivas es por eso que muy pocas personas lo pueden dejar de consumir sin ayuda. El tabaquismo se puede clasificar de acuerdo al consumo de cigarrillos diarios: no fumador, fumador social, fumador leve, moderado o severo y exfumador. Este tipo de fumadores se caracterizan de acuerdo a la edad, motivo de inicio y tiempo de adicción. (Ana L, 2001)

También tenemos el tabaquismo pasivo que es la exposición involuntaria al humo del tabaco de personas que no fuman; considerándose también fumador pasivo, es por eso que en los niños, hijos de padres fumadores, científicamente se ha encontrado una relación entre la inhalación pasiva del humo de tabaco y la salud infantil, es por eso que los fumadores pasivos corren el riesgo de predisponer a infecciones respiratorias agudas, otitis media, tos crónica, sibilancias bronquiales e incluso trastornos de crecimiento en los primeros años de vida. (Randi, R. 2002)

El tabaquismo activo es la forma de fumar directamente el tabaco ya sea en cigarrillos manufacturados o liados a mano, incluso de otros productos como pipas, los puros, aunque son menos utilizadas ya que pueden ser predominantes en ciertas regiones. Pues esto expone a los consumidores a carcinógenos, pero también el humo de tabaco depende del tipo de tabaco, la forma de producto, etc. Pues las personas que son fumadores activos corren el riesgo de adquirir enfermedades como el cáncer

ya sea al pulmón, cavidad oral, faringe, laringe y muchas partes más de su cuerpo por lo que están arraigados incluso a contraer la muerte. (IARC, 2002)

Se considera que existen reacciones asociadas al consumo de tabaco como: ansiedad, de tristeza-depresión y de ira, en periodos de estrés en los que un individuo debe responder a una alta demanda del ambiente, se desarrollan muchas reacciones emocionales negativas producto de una determinada situación a la cual se halla sujeto un individuo, alcanzan niveles demasiado intensos, o frecuentes o se mantienen y con el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera tal que se olvidan los hábitos saludables. (Bejarano, 2004)

Algún individuo al principio tiene sensaciones desagradables, entre las que se encuentran tos, náuseas, e incluso vómitos. Luego de un tiempo, los fumadores manifiestan sentir placer por su sabor y aroma. Algunos fumadores sostienen que el consumo calma los nervios y que en otras ocasiones funciona como un estimulante; siendo estos los efectos principales que produce la nicotina, dependiendo de la dosis que se consume, de la actividad del consumidor y de su constitución física y psicológica. (García, 2015)

1.4.Síntomas del consumo alcohol y tabaco.

El consumo prolongado de alcohol puede conducir a una condición conocida como alcoholismo en la que existe una dependencia física y psicológica al alcohol además presenta una conducta y otras respuestas que incluyen compulsión para ingerir alcohol continua o periódicamente, para experimentar efectos psíquicos o evitar molestias producidas por su ausencia. Puede resultar de una predisposición genética, enfermedad mental, consumo abundante y sostenido de alcohol. (OMS, 2015)

El alcohol y el tabaco son sustancias psicoactivas, que se ha utilizado a lo largo de los siglos en muchas culturas, su consumo conlleva una pesada carga social y económica. Hoy en día una realidad palpable en todos los espacios sociales y familiares; es una de las causas de enfermedades diversas (trastornos mentales y comportamentales, cirrosis hepática, cáncer y enfermedades cardiovasculares), violencia familiar y de género, accidentes laborales y de tránsito)

Según *Dubowski* existen ciertas características distintivas en los individuos consumidores de alcohol, entre ellas están:

- Rubor y edema moderado de la cara
- Edema de los párpados
- Ojos lacrimosos
- Eritrosis palmar (enrojecimiento)
- Aliento alcohólico
- Falta de coordinación motriz
- Vértigo y falta de equilibrio
- Sudores
- Temblor fino en las extremidades
- En algunos casos se presentan hematomas (correspondientes a traumatismos o alteraciones de la coagulación por insuficiencia hepática)
 - (Dubowski, 2015)

1.4.1. Síntomas del consumo de tabaco.

- Calambres musculares, temblores, parestesia (sensación de cosquilleo, calor o frío)
- Vómitos matinales, náuseas
- Dolores abdominales
- Taquicardia, hipotensión ortostática (disminución repentina en la presión sanguínea ocasionada por movimientos bruscos del cuerpo)
- Tos crónica
- Signos de abstinencia (náusea, sudoración, respiración superficial y temblores) si no consume alcohol
- Mal olor de la boca.

1.4.2. Síntomas psíquicos por consumo de alcohol y tabaco.

- Ansiedad, humor depresivo, irritabilidad
- Insomnio, pesadillas
- Tolerancia o resistencia a los efectos del alcohol
- Alteración de la conducta frente al alcohol

- Pérdida de control (no ser capaz de limitar el consumo)
- Deseo intenso de consumo
- Pérdida de interés en actividades, hobbies y relaciones
- Olvidar los hechos que sucedieron durante su ebriedad
- Beber o fumar solo o esconder su consumo de otros

1.4.3. Síntomas sociales por consumo de alcohol y tabaco.

- Problemas familiares (agresión y pleitos)
- Descuido de obligaciones laborales y familiares
- Preocupaciones y dudas sobre cómo enfrentar problemas
- Sentimientos de soledad
- Problemas económicos
- Hostilidad que genera dificultad en la relación social
- Persona tóxica para relación interpersonal
- Problemas de autoestima, sentir que sin alcohol no puede relacionarse (Pérez Hoz, García Hernández, & Alpízar López, 2008)

1.5. Del uso del alcohol y del tabaco a la dependencia

Por *uso* de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica.

El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Por dependencia, o síndrome de dependencia, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende: “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado

tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo. (Díez, J. P., & Berjano, E. (1999). pp24

1.6.El Alcoholismo y el Tabaquismo como problema social y de salud.

1.6.1. Alcoholismo.

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo, es una enfermedad producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual repercute en el estado de salud tanto física, mental, social y familiar y por ende en las responsabilidades laborales. (M.Lazo, 2004)

El alcoholismo es considerado como una enfermedad social por los efectos nocivos que produce como participación de accidentes y violencias, la desintegración familiar, así como daños en su salud, esta es una drogadicción igual que las demás pero se le describe aparte por su elevada frecuencia debido a que es una droga socialmente aceptada y el porcentaje de consumo es muy elevado y cada vez va aumentando de una forma muy notable. (Pineda, 2007)

1.6.2. Tabaquismo

El tabaquismo es un fuerte componente de la enfermedad social debida a una conducta desviada, individual y colectiva. Los indicadores de morbimortalidad y riesgos demuestran el grado en que se involucra la sociedad.

El tabaquismo es una enfermedad grave que requiere cuidados individuales y comunitarios en la población desde la edad escolar. El proceso para el tabaquismo empieza desde un simple hábito, pasa a vicio, y después se convierte en una enfermedad, de modo que ahora se le percibe como adicción ligada a grandes daños en el individuo y perjuicios para la población (Domínguez,2017).

El porcentaje de jóvenes que fuman es muy alto por lo que aumenta de forma sustancial su consumo y es más alarmante aún saber que las personas que más consumen esta droga son jóvenes menores de edad. Esta adicción afecta de una manera obvia pero no solo a ellos sino también a la sociedad; debido a que esto perjudica a las personas que los rodean mientras practican su hábito y a los sistemas

de salud que son los que deben atender a estas personas como consecuencia de su dependencia. (Menéndez R. G., 2005)

El alcoholismo y el tabaquismo son considerados enfermedades sociales debido al perjuicio que causan al individuo y a la población o medio que lo rodean. El alcoholismo generalmente afecta a la familia de la persona enferma de forma tanto física, psicológica y emocional. El tabaquismo afecta de manera muy grave a las personas que lo rodean debido a que al respirar el humo el fumador pasivo puede adquirir enfermedades crónicas y cancerígenas.

La prevención y el control de la epidemia del tabaquismo y del alcoholismo pasan por la concienciación y el compromiso social de todos. Sólo así conseguiremos que cambie la percepción que tiene nuestra sociedad sobre el consumo del tabaco y alcanzar una mejor salud para todos. (Castaño, 2017)

1.7. Alcohol y sociedad.

El alcoholismo es conocido actualmente como la toxicomanía de mayor relevancia y extensión a nivel mundial por su prevalencia y repercusión, sus consecuencias son expresadas con enfermedades tales como: lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo esqueléticas, trastornos reproductivos (daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer), éste puede ser un problema de salud-enfermedad que no solo afecta a los individuos que lo consumen sino también a la sociedad. (Chang, 2012)

A pesar de los esfuerzos sociales llevados a efecto desde la promoción y la prevención de este flagelo, son cada vez más las personas que consumen y se inicia a edades tempranas (Chang, 2012), para el sexo masculino se estima desde los 12 años y el femenino desde los 13 años, aunque la edad más frecuente de inicio de ingestión fue a los 15 años, (Campillo & Vizcay, 2003), ya que se dice que el consumo de alcohol es permitido en niños y adolescentes, (Vargas, 2001), con una predisposición que comienza a borrar las diferencias entre los sexos, con el consumo creciente en las mujeres. (Chang, 2012)

Varios autores que han estudiado la dinámica familiar en hogares con procedencia del alcohólico marcan su coincidencia con la llamada “crisis familiares no transitorias”, que conlleva aspectos tales como el divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la apreciación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonorosos, malas relaciones interpersonales, etc). También puede condicionar un trastorno del aprendizaje en una población específica de niños que se ha denominado “niños con incapacidad de aprender”. (García E. , 2004)

Al mencionar las políticas sobre el consumo de alcohol, la sociedad es la que debe decidir cómo promover algunas conductas y amilantar otras, ya sea por medio de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, pero al mismo tiempo mantener lo que se percibe como un equilibrio adecuado entre la responsabilidad estatal e individual, respetando la multiplicidad de las culturas del consumos de alcohol que puedan hallarse y sea receptiva de las necesidades y los recursos que van a variar en diferentes comunidades. (Chang, 2012)

1.8.Tabaquismo y sociedad.

El uso del tabaco produce enfermedad y muerte (Achiong, 2006). Si se mantienen los esquemas actuales de consumo del tabaco aproximadamente 500 millones de personas, de las que casi la mitad son niños, morirían por ésta causa según la OMS. (Vargas, 2001)

El cigarrillo es una de las mayores causas de mortalidad en los países desarrollados, ya que maneja costos tanto directos como indirectos, los primeros referidos a los relacionados con el cuidado de la salud y los segundos con la pérdida de productividad morbilidad, discapacidad y por ende la muerte prematura. (Vargas, 2001)

La composición del cigarrillo presenta alrededor de cuatrocientos compuestos, entre los que se pueden encontrar diferentes sustancias que están clasificadas como cancerígenas que va a afectar no solo a la persona que fuma es decir el fumador activo, sino también a los fumadores pasivos (familiares, compañeros de trabajo, amigos, entre otros) pero los que más van a ser afectados son los de la población

infantil y los ancianos, ya que en caso de los niños su organismo es más propenso al humo por aun no estar bien desarrollados y en caso de los ancianos por los cambios fisiológicos, comorbilidad y fragilidad. (Vargas, 2001)

El tabaquismo, más que un hábito se ha vuelto una adicción a una droga, por lo que su consumo conlleva una serie de alteraciones ampliamente conocidas tales como: la enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular; cáncer pulmonar, de la cavidad oral, de laringe, esófago, estómago, renal, pancreático y de cuello uterino; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedad gastrointestinal; enfermedad periodontal y enfermedad materna-infantil como la muerte neonatal, se puede dar también el aborto espontaneo y bajo peso al nacer. (Vargas, 2001)

La sociedad paga el precio mediante una elevada morbimortalidad, pérdida de la productividad y el gasto sanitario; es la causa más importante de muerte en los adultos de 35 o más años de edad. El problema sanitario es difícil de resolver ya que el tabaco al ser adictivo, la cultura, el ambiente social y económico animan a su consumo y existe un largo periodo de latencia desde el comienzo del uso de tabaco y la muerte por él originada. Por lo que la sociedad tiene que prevenir el uso del tabaco para disminuir la morbimortalidad, ya sea por medio de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. (Achieng, 2006).

1.9.La investigación epidemiológica en la atención primaria de salud.

1.9.1. Estadísticas de prevalencia.

Los estudios epidemiológicos del alcohol y el tabaco se cifran en tres aspectos fundamentales: Agente etiológico, Tolerancia y Persona susceptible (Juan del Rey Calero, 2005)

El consumo de alcohol y tabaco es notorio y en el mundo los datos epidemiológicos alarmante es así 3,3 millones de muertes ocurren por estas sustancias (Cunha Franco, L., & Sadi Monteiro, P. (2016)

En España, el 48% de personas, de edad media fuman y consumen alcohol al mismo tiempo. Fumar diariamente era significativo entre sexos, siendo mayor en los

chicos, pero no era así en el caso del consumo intensivo de alcohol, que no se encontraron diferencias. Fumar diariamente y consumo intensivo de alcohol, son las principales formas de iniciar una adicción. (Meneses, C., et, al. (2013).

A continuación, la descripción de los tres aspectos fundamentales, según Calero, J.

a) **Agente etiológico.** -Es el alcohol, esta es una droga capaz de crear tolerancia y dependencia, con capacidad policausal es decir muchas conductas distintas debido a una sola conducta y con multiefectividad por los diferentes procesos somáticos y psíquicos y sociales que ocasiona esta droga en el cuerpo de la persona que lo consume.

b) **Tolerancia.** -Es el fenómeno mediante el cual el organismo necesita cada vez más cantidad para producir los mismos efectos.

La capacidad de “aguantar” más cantidad de alcohol, indica que la persona padece de una tolerancia por el consumo excesivo.

La dependencia física y psíquica se caracteriza por una conducta compulsiva para consumir de manera constante. La dependencia tiene efectos al suprimir esta droga originándose el síndrome de Abstinencia, este se da en etapas sucesivas comportamientos con respecto al tóxico por la necesidad del efecto farmacológico del alcohol.

c) **Persona susceptible.** -Es el producto de una especial debilidad genética y personal, se definen la singular susceptibilidad del huésped, siendo esta mayor en el niño y en la mujer que en el hombre adulto.

El alcohol y el tabaco es considerado un agente causal de diferentes problemas psicológicos de orden mundial, entre ellos tenemos la adicción. Pero, el hecho de que la mayoría de los que beben alcohol y fumen tabaco no se convierten en adictos, indica entonces que es una causa necesaria, pero no suficiente para que se presente la enfermedad. (Russell, 2017)

La Organización Mundial de la Salud ha usado el término problemas relacionados con el alcohol y la nicotina, a un conjunto de procesos de diversa índole física, psicológica y social ligado al consumo de alcohol. (Juan del Rey Calero, 2005)

Epidemiológicamente el alcoholismo se debe a Magnus Hurrss (1849) quien lo utilizo para indicar que existe un vínculo de bebidas alcohólicas en la patología gastroenterológica, psiquiátrica, neurológica y cardiovascular. Al inicio se consideró más el riesgo de la bebida destilada, más que las bebidas de fermentación como vino y cerveza, y se orientan los trabajos a las descripciones y consecuencias tóxicas del alcohol. Predomina el sentido de hábito alcohólico.

Los problemas relacionados con el alcohol y el tabaco dependen de la frecuencia de consumo, ya sea de manera ocasional o habitual está comprendida a la cuantía del consumo, es decir, según la persona cuanto consume.

En estudios epidemiológicos realizados en la Universidad de Chimborazo con un total de 150 estudiantes, y revelo que el 23% empezó a consumir bebidas alcohólicas entre los 13 y 19 años; la frecuencia es de 2 días a la semana.

En la Sierra el 3% de estudiantes antes de cumplir los 12 años ya consume alcohol, y en la Costa el 2%. El 56,1% de los encuestados dijeron haber comenzar a beber con amigos y lo hacen en gran parte por curiosidad. (Anchundia, 2014)

Los métodos epidemiológicos se han empleado para estudiar con gran extensión criterios y fenómenos diversos, desde los procesos causantes de enfermedades infecciosas a las cardíacas y pulmonares, pasando por los defectos hereditarios, enfermedades mentales, delincuencia y accidentes. Estos métodos son de mucha utilidad al contribuir con evidencias, mediante cuantiosos datos recogidos, y la historia natural de los fenómenos humanos.

Por una parte, la historia natural de la enfermedad de la colectividad, lo que es tributario de estudio epidemiológico, y por otra, la historia natural de la enfermedad en el individuo. (Mezcua, 2000)

Los fines de las investigaciones epidemiológicas sobre el alcohol y el tabaco expuestas por (Alvia, 2014) tratan de conseguir, por lo general, datos sobre:

- Prevalencia, incidencia y distribución de una enfermedad o un trastorno en una población.
- Precisar la historia natural de un trastorno.
- Aclarar la etiología y la naturaleza de los factores precipitantes o modificadores.
- Evaluar el riesgo individual o colectivo de contraer una enfermedad.

Cuando se trata de aplicar esta sistemática al alcoholismo y al consumo de tabaco resulta prácticamente útil porque se encuentra múltiples trabas, los países se muestran con bastante imposibilidad ante la difusión, del uso y abuso de las bebidas alcohólicas y la nicotina. (Mezcua, 2000)

Todo esto hace que su “uso” esté prácticamente legalizado en un gran número de países, y tratar consecuentemente de calmar esta industrialización o su consumo, por parte de las autoridades sanitarias, origina un problema de orden nacional por los importantes ingresos que representa. (Mezcua, 2000) Estudios recientes de la OMS, 2015 han revelado que en algunos países la epidemiología ha logrado corroborar la relación positiva entre el consumo de alcohol por habitante, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática y el consumo excesivo de tabaco puede estar relacionado causando un verdadero problema social. (Mezcua, 2000)

1.10. Prevalencia del Alcohol y Tabaco a nivel mundial.

El 61,7% de toda la población mundial ha consumido alcohol (OMS, 2015)

A nivel mundial la mayor prevalencia de alcohol se encuentra en los lugares más desarrollados: Europa, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda. En Europa entre los años 1950 y 1985 se produjo un aumento notable del consumo de bebidas alcohólicas. Por otro lado, en países como España, Portugal y Alemania, el bajo precio del alcohol estimula el consumo del mismo. En el gráfico que se muestra a continuación se presenta el consumo de alcohol de diferentes países donde mayor prevalencia existe, el que trae como consecuencia, la cirrosis hepática. (APA, 2005)

A nivel mundial las bebidas espirituosas representan el 50,1% del consumo, seguidamente se encuentra la cerveza con el 34,8%, en tercer lugar, se encuentra el vino con el 8% de consumo.

En Estados Unidos, el Instituto Nacional de Abuso del Alcohol, clasificó la prevalencia del consumo de alcohol bebedores frecuentes con el 51,4%, alrededor del 27% beben más de tres veces a la semana y el número de tragos fue de 2,9.

En 1992, datos mostraron que la tasa de prevalencia se encuentra en mayores de 45 años y la mortalidad por suicidios prevalece en mujeres adolescentes y adultas. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En América Latina el informe presentado por la Salud de las Américas, indica que la prevalencia del alcohol está por el 68% a 80% para los mayores de 18 años y alrededor del 12% beben en exceso. En general, 50,1% de morbilidad y de lesiones son atribuibles al consumo de alcohol. (BBC Mundo, 2015)

Según la OMS, después de Chile, Puerto Rico y México se encuentran: Argentina con 9,3 litros per cápita, Paraguay con 8,8 litros, Brasil con 8,7 litros, Perú con 8,1

Panamá con 8 litros, Uruguay con 7,6 litros, Ecuador con 7,2; República Dominicana con 6,9 litros, Colombia 6,2; Bolivia 5,9; Costa Rica con 5,4 litros, Cuba 5,2; Nicaragua 5, Honduras con 4 litros, Guatemala 3,8 litros y El Salvador con 3,2 litros. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

El nivel de prevalencia en México y Sur América, la cifra alcanza 40 a 59,9% de la población. (Magnet, 2015)

Sin embargo, en el continente americano la cerveza suma el 55,3 % de la preferencia. Hay muchas causas por las que las personas la consumen, tales como: problemas familiares, falta de confianza, problemas afectivos, preocupaciones, huir de la realidad, violencia física o psicológica, entre otros. Hay que concientizar a las personas para dejar de consumirlo ya que perjudica la integridad de los mismos. (Merca, O. 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud indica que el 93% de los niños que empiezan a fumar antes de los 13 años de edad se volverán adictos al tabaco. (OMS, 2015)

La prevalencia del consumo de tabaco está extendida por todo el mundo, aunque hay países que prohíben la publicidad del tabaco, restringen quien puede comprarlo y los lugares aptos para consumirlo. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En el mundo aproximadamente 500 millones de personas, en donde casi la mitad son niños, morirán por consumir tabaco, según la OMS. El consumo de cigarrillo es la mayor causa de mortalidad en países desarrollados, este maneja costos directos e indirectos, los cuales se refieren al cuidado de la salud, la pérdida de productividad, morbilidad, discapacidad y muerte prematura. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

El tabaquismo se ha convertido en una adicción a una droga, que lleva consigo una serie de alteraciones provocadas por consumirlo. La mayoría de las personas comienzan a fumar en la adolescencia para identificarse con los adultos. (Salubres, 2010)

Según los datos de la OMS el tabaco es considerado la causa de 40 a 45 % de todas las muertes por cáncer, un 90 a 95 % de muertes por cáncer de pulmón, el 75 %. La industria del tabaco se encuentra controlada por unos pocos monopolios estatales (China, Estados Unidos, India, Brasil y Turquía). (Ministerio de la Salud, 2010)

Entre otros países con alta prevalencia en fumar se encuentran: Serbia, el 37,6% son hombres y el 27,2% son mujeres; Bulgaria, 2.822 cigarrillos son consumidos por persona al año, un 47.5% son hombres y 26.9% son mujeres; Grecia, 2.795 cigarrillos por persona al año, el 63% son hombres, mientras que las mujeres es un porcentaje de 41.4%; Rusia, 59.4% son hombres y el 24.3% son mujeres; República de Moldova, 2.479 cigarrillos fumados por persona al año, el 5.2% son mujeres, el 43% son hombres; Bielorrusia, 48.9% son hombres, mientras que las mujeres están en 8.8%. En América Latina, los países de Argentina y México, han descendido

notablemente el consumo de tabaco desde 1980, mientras que los países de Chile y Uruguay encabezan la mayor prevalencia de tabaquismo. (Infobae, 2014)

1.11. Prevalencia de consumo del alcohol y tabaco a nivel nacional y local.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2013 publico que más de 912.576 ecuatorianos consumían alcohol y tabaco el 89,7% hombres y el 10,3% mujeres. Se incluye el consumo de vino, licor y cerveza; y cigarros lo más usado siendo esta última la preferida con un 79,2%. Las personas entre 19 y 24 años de edad son las que más consumen bebidas alcohólicas y tabaco con un 12%, las personas de 25 a 44 años con un 11,5%, las de 45 a 61 años con 7,4%, las personas mayores de 65 años con 2,8% y las personas menores de 18 años con un porcentaje de 2,5%. El 41% de las personas que consumen alcohol lo hacen acompañado de tabaco semanalmente. (INEC, 2013)

El Ecuador consumo alcohol y tabaco y su prevalencia es elevada, según los estudios epidemiológicos arrojaron que los adultos dependientes del alcohol casi siempre acompañan su consumo con el tabaco con una frecuencia del 7,68%, la población adulta masculina consume estos productos con un 20% siendo este un grupo económicamente activo. (Ortiz, C; Palucci, M. 2010)

Según un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Ecuador la ingesta del alcohol y tabaco es de 7,2 litros por persona cada año. El Ecuador pasó del segundo al noveno puesto en el consumo del alcohol, pero sigue estando dentro de los diez países que más consume este producto, liderado por la cerveza con el 67%, el licor con un 32% y el vino con el 1%. La mayoría consume el alcohol a partir de la adolescencia con un porcentaje de 2,5% entre los 12 y 18 años de edad. (OMS, 2014)

El consumo del alcohol y el tabaco afecta la calidad de vida de las personas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), detalla que entre el 3% - 5% de la población laboral son dependientes del alcohol y el 25% son bebedores de riesgo, dando como resultado accidentes laborales, de los cuales entre un 20% a 25% se da en personas con estado de intoxicación, entre el 15% a 30% por consumo de tabaco

y los que consumen alcohol sufren de 2 a 4 veces más accidentes. Un 40% a 70% son trabajadores que abusan en el consumo del alcohol. (Ortiz, C; Palucci, M. 2010)

Guayaquil, Quito y Galápagos son las ciudades con mayor prevalencia en el consumo del alcohol y tabaco. Según la encuesta realizada por la INEC sobre las condiciones de vida, Guayaquil es la ciudad que más consume alcohol al mes, con una cifra de \$ 6'597.928 en 164.419 hogares, Quito le sigue con una cifra de \$ 4'356.607 al mes. Según las últimas estadísticas publicadas por la INEC, Guayas consume un 29,8%, Pichincha un 20%, Azuay con un 3,2%, Galápagos un 2,8%; Portoviejo el 2% Bolívar 0,9%, Zamora Chinchipe es la que menos alcohol consume dando un porcentaje de 0,5 %. (Telégrafo, 2015)

El consumo de tabaco ocupa el cuarto lugar dentro de los factores de riesgo de adquirir enfermedades más frecuentes, es la segunda causa de muerte y provoca 1 de cada 10 muertes de adultos a nivel mundial. (Cisneros, M. 2011)

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) revelo que aproximadamente alrededor de 900 personas fallecieron en el 2012, por el consumo del cigarrillo, de las cuales 755 murieron debido a tumores malignos en la tráquea, 98 por tumores del labio y 69 por un tumor en la laringe. (AGN, 2014).

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas manifiesta que el 32% del consumo de tabaco se da una prevalencia del 79%. Según los resultados realizados por el Ministerio de Coordinación de la Política Económica en el 2010, sobre el consumo anual de tabaco de las 21 provincias del Ecuador, el 22, 7% de la población fuma frecuentemente, los hombres fuman un 36,3% y las mujeres un 8,2%. Los jóvenes de 18 a 29 años son los que más fuman con un porcentaje de 27,8%. (Cisneros, M. 2011)

Un estudio realizado por el Ministerio de Coordinación Política Económica indica que el promedio del consumo de cigarrillos por día es de 3.29, siendo los hombres los mayores consumidores de este producto que las mujeres, las personas entre 18 a 29 años de edad fuman un promedio de 2,65 cigarrillos diariamente y las personas de 50 años en adelante fuma un promedio de 4,49 cigarrillos diariamente. El 70,5% son fumadores sociales de los cuales la mayor cantidad son jóvenes de 18

a 19 años que las personas de 50 años en adelante y el 29,10% son fumadores activos. (Cisneros, M. 2011)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) da a conocer que en el Ecuador a consecuencia del consumo del tabaco es el responsable de provocar de entre 4.000 y 5.000 muertes al año. Según los datos mostrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC en el año 2014, en el Ecuador el 43,54% de la población entre los 10 y 59 años de edad ha consumido cigarrillos alguna vez, y hasta el 2012, se reconocieron 521.220 casos de fumadores a nivel nacional de aproximadamente un total de 16,3 millones de habitantes. (Andes, 2015)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en el 2011-2013, en el Ecuador el 14,5% de los adolescentes de entre 10 a 19 años de edad ha probado el tabaco, de este porcentaje, el 28,4% en la actualidad es consumidor. El 28% de la población ecuatoriana es consumidora de tabaco. (Salud y Nutrición, 2013). Las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) indican que casi 14 millones de personas, aproximadamente un 26,4% del área urbana son fumadoras activas y fuman cigarrillo junto al alcohol. También se habla que la probabilidad de iniciar este hábito es de un 19%, si uno de los padres fuma y que se duplicara si lo hacen los dos padres de familia. (Valdivieso & Condo, 2016).

CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Planteamiento y situación del problema de investigación.

El alcoholismo y el tabaquismo son enfermedades adictivas que causan daño personal, familiar, económico y social a las personas adictas, incluso generan grandes daños también dentro de su salud adquiriendo así enfermedades que le pueden llevar a la muerte, y este fenómeno no solo perjudica a las personas consumidoras sino también a aquellas que no lo hacen, causando también grandes daños principalmente de salud. Dentro de la realidad, tanto hombres como mujeres se ven encerrados dentro de estos vicios que acaban con sus vidas.

La lucha contra el tabaquismo figura en la actualidad en la agenda de las políticas de salud pública (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011). Esto no es un dato menor y se comprende la importancia de este problema al contar con datos de la Organización Mundial de la Salud, que indican que el tabaco es la principal causa de muerte prevenible y que es el culpable de 5 millones de muertes al año en todo el mundo. Se tiene en cuenta que la mayor cantidad de estas muertes tienen lugar en los países que poseen bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Es por este motivo necesario investigar el fenómeno del consumo de alcohol y tabaco que sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con estas drogas (margen de variación: 95.000 a 226.000). Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. Aunque ese cálculo es inferior al de 2011, dicha reducción puede atribuirse al número menor de fallecimientos que indicaron algunos países de Asia (Naciones Unidas, 2014).

Según todos los datos obtenidos Ecuador es uno de los países en los cuales se consume una gran cantidad de alcohol y tabaco, en su gran mayoría por adolescentes que pueden tener varios problemas familiares y personales, también este consumo

excesivo de alcohol se debe a varios factores como uno de ellos es factor económico, social, entre otros. Causando así un gran problema de adicción a dicha sustancia la cual después de estar en contacto con ella puede traer consecuencias graves como enfermedades que la persona puede o no saber si lo tiene. (Margarita Mena, 2010)

Con esta situación problemática como antecedentes existe la necesidad de investigar la problemática en pobladores de Manta Beach, durante el un periodo 2017 y mediante la encuesta, asumimos la tarea de realizar el estudio a nivel descriptivo con los resultados obtenidos aportar a la solución de este problema, iniciando sacando porcentajes de la realidad actual que vive esta parte de Manabí-Ecuador.

El presente estudio intenta determinar la prevalencia de consumo de alcohol y drogas en los habitantes de la urbanización Manta Beach, perteneciente a Manabí, porque por observación directa se refiere un consumo elevando en esta zona de nuestro país que la encontrarse aledaña a una institución educativa podría representar un factor de riesgo a considerar, frente a este problema de carácter social que tiene que ser tratado desde una perspectiva psicológica esta investigación formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach? Manabí, 2017?

2.2. Formulación del objetivo general y los objetivos específicos.

2.2.1. Objetivo General.

Caracterizar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach. Manabí.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Describir a los participantes del estudio según: edad, sexo, estado civil, nivel de estudio y etnia en la urbanización Manta Beach.
2. Determinar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en habitantes de la urbanización Manta Beach.
3. Identificar los niveles de consumo de alcohol y tabaco en los habitantes de la urbanización Manta Beach.

2.3.Perspectiva general y tipo de investigación

El presente estudio se enmarca en el paradigma positivista de la Ciencia, es cuantitativo de diseño no experimental, observacional descriptivo (prevalencia) (Sampieri, H., 2010)

Se plantea este diseño de tesis porque permite en un primer momento describir un fenómeno social en donde las variables no serán manipuladas y se pretende determinar y describir la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en la población en un solo momento, mediante una encuesta.

Esta investigación es no experimental, porque se realiza con la medición de variables solo de manera cuantificable y observable sin buscar causalidad, es decir, no hay factores causales que cambien las condiciones habitables ni modifica a la población. (Sampieri, H., 2010)

Las fases de esta tesis se describen a continuación:

- Se identificó el problema de estudio.
- Se identificó el universo de estudio y a la muestra.
- Se estableció los objetivos y variables del estudio.
- Se selección los test, categorías y escalas de medida para las variables.
- Se realizó el análisis de literatura especializada útil para el marco teórico.

2.4.Hipótesis

Las hipótesis surgen del planteamiento del problema que, como recordamos se vuelve a evaluar y si es necesario se replantea después de revisar la literatura (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 93-94)

Hi: La prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en habitantes de la urbanización manta Beach de Manabí es superior al 50%.

Definición de variables, categorías o constructos.

Las variables consideradas para esta tesis, fueron seleccionadas según la literatura científica y respetando la organización individual expresada en la particularidad de la población investigada, la cual constituyen variables generales, que serán explicadas con la estudiada con la estadística descriptiva.

Las variables entonces son procesos que varían, sufren cambios tanto en un mismo instante como en el tiempo.

De igual forma, las variables mencionadas en este estudio, son procesos que van a cambiar; es así que la organización, dinámica e intensidad de una esfera psicológica son vividas de diferente manera por cada persona. La organización e intensidad con que cada sujeto vive su subjetividad varía de un momento a otro, de un día a otro, de una edad a otra, etc (Intaya Condori, Porfidio. 2015).

Las variables que se describen en esta investigación representan una realidad muy importante, porque además de estar presentes en la población de estudio nos permitieron hacer inferencias y corroborar resultados, al ser variables cuantitativas nos permitió determinar el grado de frecuencia con la que se presentan en los participantes.

Es importante mencionar que las variables deben ser entendidas como propiedades medibles u observables; hace referencia a particularidades propias de la población de estudio, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida, es decir que puede variar y cuyas dimensiones son susceptibles de medirse u observarse. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 93)

Para definir las variables de este estudio se nombrará como variable 1 y variable 2, la razón se debe a que este tipo de estudio de prevalencia no busca criterios de causalidad ni interviene para modificar el contexto estudiado.

Variable uno.

Esta tesis postula como fenómeno una condición que afecta y es problema de investigación, esta variable va a influir a la condición de los habitantes de la

urbanización de Manta Beach, esta variable se explica de mejor modo el hecho que de no depende de algo para estar allí.

Por otra parte, esta característica o propiedad que se supone ser la principal observada por la autora de esta tesis, es la condición a investigarse en la población. En investigación observacional descriptiva plantea como variable medible al consumo de Alcohol y Tabaco.

Variable dos.

Esta condición permitió realizar el análisis sufrido en la muestra como consecuencia de la variable dos. En este caso el nombre lo dice de manera explícita, va a depender de la variable dos que sus resultados se muestren novedosos. Entonces, es también la propiedad o característica que se trata de explicar mediante la variable independiente, en esta tesis se nombra a los habitantes de la urbanización Manta Beach de la provincia de Manabí.

A continuación, se define mediante la explicación de las variables todas las condiciones intervinientes en esta tesis.

Operacionalización de las variables

Tabla descriptiva 1. Definición de las condiciones intervinientes en el estudio.

Variables	Definiciones Conceptuales	Operacionalidad	
		Dimensión	Indicadores
Consumo de Alcohol	Un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo en el área personal, social y laboral.	Psicopatológica	Test para Alcoholismo de los criterios diagnósticos del DSM5 Leve: Presencia de 2–3 síntomas. Moderado: Presencia de 4–5 síntomas. Grave: Presencia de 6 o más síntomas.
Consumo de Tabaco	El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al	Conductual y cognitiva	“Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4)” 1-5 consumo bajo. 6 -17 consumo medio 18 -29 consumo alto. 30-50 consumo dependiente.

	abuso de su consumo.		
Edad	Tiempo trascurrido desde que nace el paciente, hasta el momento de aplicar la encuesta.	Años cumplidos	Indicador numérico que consta en la encuesta. Adolescentes (18-20) Jóvenes (21-25) Adultos (26-45) Criterios segun (OMS, 2015)
Género	Condición fenotípica que se configura mediante la herencia.	Fenotípica	Escala nominal Femenino Masculino
Estado civil	Convivencia en estado de derecho que la constitución permite a la sociedad conyugal entre hombre y mujer.	Sociedad Conyugal	Escala nominal Soltero /a Casado/a Divorciado/a Unión Libre Viudo/a
Nivel de estudio	Grado académico alcanzado durante la vida del individuo	Académica	Escala nominal Estudios de postgrado Estudios universitarios Secundaria Primaria Sin escolarización formal

Etnia	Condición de cultura de auto identificación.	Cultural	Escala nominal Mestizo Blanco Afroamericano Indio
-------	--	----------	--

2.5. Universo y muestra.

2.5.1. Universo.

Hace referencia al conjunto de todos los habitantes de una región y la integran todas las unidades de análisis y que pueden estar constituida por personas, documentos, hechos, procesos, fenómenos, objetos, etc. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) En este sentido el universo total está formado por todos los habitantes de la provincia de Manta que según la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Encuestas y Censos del Ecuador (INEC, 2010) la población promedio por hogar, de esa unidad que se encuentran en un ámbito espaciotemporal es de aproximadamente 1369 (INEC, 2010) habitantes.

Tabla descriptiva 2. Definición de las condiciones intervinientes en el estudio.



Fuente: censo de población y vivienda (CPV) Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010)
Elaborado por: Dirección de Estudios Analíticos Estadísticos (DESAE) - Vladimir Almeida Morillo.
Compilado por: Miriam Raquel Álvarez López

2.5.2. Muestra

La muestra fue no probabilística, a conveniencia y por cuotas, es decir, se aplicó las encuestas en la Urbanización Manta Beach hasta completar una muestra de 140 personas. El criterio para este muestreo fue la observación de expertos (autora y

presidenta de la Urbanización) que tras la historicidad y referencias de las personas se seleccionó según su patrón permanente de consumo y en base a los criterios de exclusión, conformando la Unidad de análisis.

Por lo que se puede definir a la muestra como una parte del universo o población denominada subconjunto de elementos que pertenecen al conjunto definido por sus características como una parte de la población.

En todas estas consideraciones de este tipo de muestreo que también es válido, no se puede generalizar los resultados a la totalidad de la población, pero en este caso la población es demasiado grande y resulta imposible incluir cada individuo. Esta es la razón por la cual se utilizó estas técnicas de muestreo por cuotas o muestreo de conveniencia, la más común de todas las técnicas de muestreo. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

Es importante recalcar que a pesar de que la muestra es recogida a conveniencia se respetaron los criterios de inclusión que norman para que no se cometa errores de muestreo y para poder controlar el sesgo del entrevistador, los datos fueron tomados por la propia autora quien está calificada para diferenciar errores en las encuestas, entre algunos criterios de inclusión se consideró los siguientes:

- Personas consumidoras de alcohol y tabaco
- Personas mayores de edad (adultos jóvenes).
- Personas que libre y voluntariamente decidan participar en este estudio.
- Personas sin ningún tipo discapacidad mental que puedan responder la encuesta.

2.6.Métodos, técnicas e instrumentos.

2.6.1. Método

Fue observacional, cuando hablamos de este método nos referimos tanto a la observación con la que comienza la investigación científica como a uno de los métodos de los que dispone el investigador para vislumbrar un problema en el tiempo

y espacio y que además sea novedoso. La observación consiste en saber seleccionar aquello que se quiere analizar "Saber observar es saber seleccionar".

La observación científica tiene la capacidad de describir y explicar el comportamiento, al haber obtenido datos adecuados y fiables correspondientes a conductas, eventos y/o situaciones perfectamente identificadas e insertas en un contexto teórico (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

Esta tesis respeta los postulados metodológicos de la observación que son:

- Describir y explicar las observaciones
- Contar con datos adecuados y fiables.
- Saber observar conductas perfectamente identificadas.

2.6.2. Técnica.

Fue la encuesta, considerada una técnica o método de recolección de información en donde se procede se interroga de manera escrita a un grupo de personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

2.6.3. Instrumento

El cuestionario usado en esta tesis, constó de una serie de preguntas ordenadas, que buscaron obtener información de parte de quien las respondió, para el beneficio de la colección de datos que servirán para inferir y analizar sus resultados. El cuestionario fue utilizado como una técnica de evaluación, o de guía de investigación, para efectuar un interrogatorio sobre el consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach de Manta.

En este caso se usó preguntas de test estandarizados con cuestiones breves, y preguntas cerradas, como opción y alternativa prefijada; precisas, numeradas, no fueron al azar o ambiguas, no condicionadas, y redactadas en cuanto a su lenguaje y en cuanto a su complejidad, fueron consideradas de acuerdo a la edad y estudios o conocimientos que se supone debe tener el interrogado. Lo declara la investigación que cuestionario es un conjunto de preguntas que deben ser contestadas en una encuesta. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

Estructura del cuestionario

Fue armado por la autora, con la asesoría del Director de Tesis MCs. Iraklys Salazar Guerra quien supervisó su construcción en cada etapa, su estructura se realizó en varias secciones descritas de la siguiente forma en el (Anexo N° 2)

- **Parte 1.** Encabezado.
- **Parte 2.** Datos demográficos.
- **Parte 3.** Test de criterios del DSM V.
- **Parte 4.** Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4)
- **Parte 5.** Agradecimiento y datos del investigador.

Test a Usar

1) Test de criterios del DSM - V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) suscitó mucho debate. En este artículo, el Dr. Giacomo Vivanti y la Dra. Donata Pagetti Vivanti explican en qué consisten estos cambios y lo que significan. El DSM-5 es la quinta edición del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), publicado por la American Psychiatric Association.

Además, el DSM se utiliza para la investigación y para establecer estadísticas de salud pública. El DSM es uno de los dos manuales más utilizados en el mundo para la clasificación de los trastornos mentales (el otro manual es el International Classification of Diseases [ICD-10] de la Organización Mundial de la Salud).

EL Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) mide el alcoholismo dándonos criterios que demuestra una alta fiabilidad y sensibilidad de sus criterios reportando un alfa de Cronbach superior al 98,0. (De Psiquiatría, A. A. (2014).

Baremo:

- Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

- Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

2) Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4)

Se utilizó el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo C4, cuya versión fue realizada por investigadores de la Universidad Católica de Colombia a saber: Londoño Pérez et al. (2011).

El mismo cuenta con 15 preguntas relacionadas con el hábito de fumar e intenta dar cuenta del nivel de consumo de tabaco teniendo en cuenta características tales como: frecuencia, cantidad de cigarrillos diarios fumados, intensidad de la ingesta, problemas asociados a este hábito, intención de cesación y signos vinculados a la dependencia de la nicotina.

La primera de ellas define al nivel de consumo bajo, cuya puntuación en el cuestionario puede oscilar entre de consumo 1 y 5 puntos; la segunda define al nivel moderado, que va de 6 a 17 puntos; la tercera implica el nivel de consumo alto, que puntúa entre 18 y 29 puntos e implica señales de inicio de dependencia de la nicotina aunque no todavía dependencia propiamente dicha ; por último, el nivel de consumo dependiente puede oscilar entre 30 y 50 puntos, lo que determina el cumplimiento de ciertos criterios que coadyuvan a explicar la dependencia de la nicotina contemplando características como intensidad, frecuencia, problemas asociados y signos de dependencia nicotínica. (Londoño Pérez et al., 2011).

En relación a la confiabilidad que presenta el instrumento, sus autores revelan que el mismo se encuentra respaldado con un Alpha de Cronbach de 0.90.

Asimismo, agregan que, dentro del análisis por reactivo, se confirma que todos ellos aportan a la confiabilidad general de dicha prueba (Londoño Pérez et al., 2011).

Tratamiento de los datos estadísticos

Los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 20, este programa informático permite manejar datos de gran magnitud y efectuar

análisis estadísticos muy complejos, lo que permite con exactitud tratarlos hasta obtener los resultados y hallazgos en una investigación.

Como medida de significancia los datos serán validados mediante el estadístico de frecuencias que ayudará a establecer fiabilidad de los datos y fuerza de validez interna, a pesar que esta tesis no disponga de hipótesis se puede aplicar este estadístico para validar la presión del dato representado un valor (p) menor a 0,05.

En cuanto a las variables cuantitativas se determinará medidas de tendencia central y de dispersión como la media y desviación estándar.

En estadística descriptiva

- Se realizó el análisis de frecuencias obteniendo frecuencias absolutas y acumuladas para las variables cualitativas.
- En cuanto a las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central y de dispersión como la media y desviación estándar.

2.7.Procedimientos

Para su mejor organización se siguió los siguientes procedimientos para garantizar la lógica que lleva una tesis de maestría y se procedió de la siguiente manera:

A continuación, se detalla los pasos considerados en su organización:

- Se presentó en protocolo de tesis a la Universidad de Guayaquil, el cual fue aprobado y autorizado para su ejecución.
- Fue revisado minuciosamente por: MCs. Iraklys Salazar Guerra
- Se solicitó la autorización de la presidenta del barrio Manta Bech Mgs. Verónica Castillo Him.
- Se socialización de los objetivos y del diseño de tesis a los participantes.
- Socialización de los objetivos a cada persona participante antes de ser encuestado, se le informaba de las ventajas y los beneficios que participe en la investigación.
- El tiempo para la ejecución de cada encuesta fue de 10 minutos.
- Se firmó el consentimiento informado.

- Para la aplicación de la encuesta, se procedió a entregar del instrumento para que sean completados las personas participantes.
- Posteriormente se realizó la matriz en SPSS y se procedió al análisis de resultados aplicando los estadígrafos ya descritos.

CAPITULO III

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

DE LOS RESULTADOS

3. Resultados

3.1. Resultados del objetivo específico # 1.

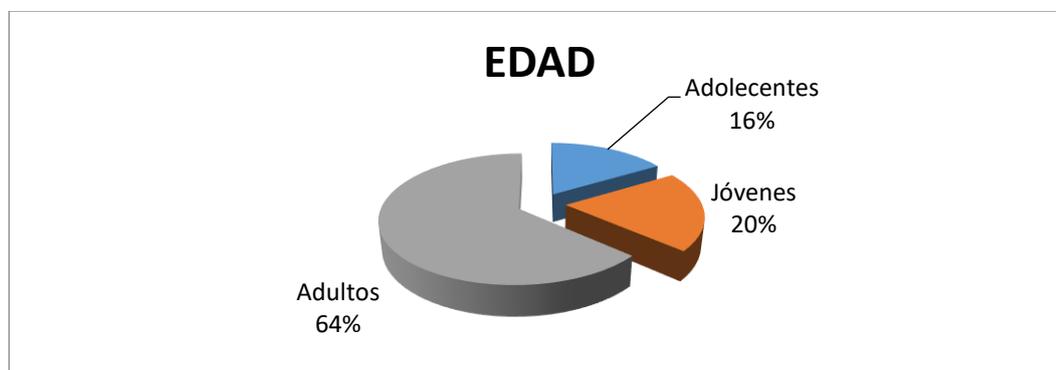
Tabla 1. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: edad (psicología del desarrollo)

Categorías (OMS)	Frecuencia	Porcentaje
Adolescentes (18-20)	23	16,4
Jóvenes (21-25)	28	20,0
Adultos (26-45)	89	63,6
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 1. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: edad.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

La edad de la población estudiada se encuentra entre un mínimo de 18 a los y un máximo de 45 años, con una media de 27 años y una Desviación típica de (6.88) En los resultados estadísticos, se observa que la categoría de edad Adulta representa el 63,6% (89 participantes) frente a la otra clasificación denominada jóvenes quienes representa el 20% y los adolescentes alcanzan una minoría, en la distribución parcial.

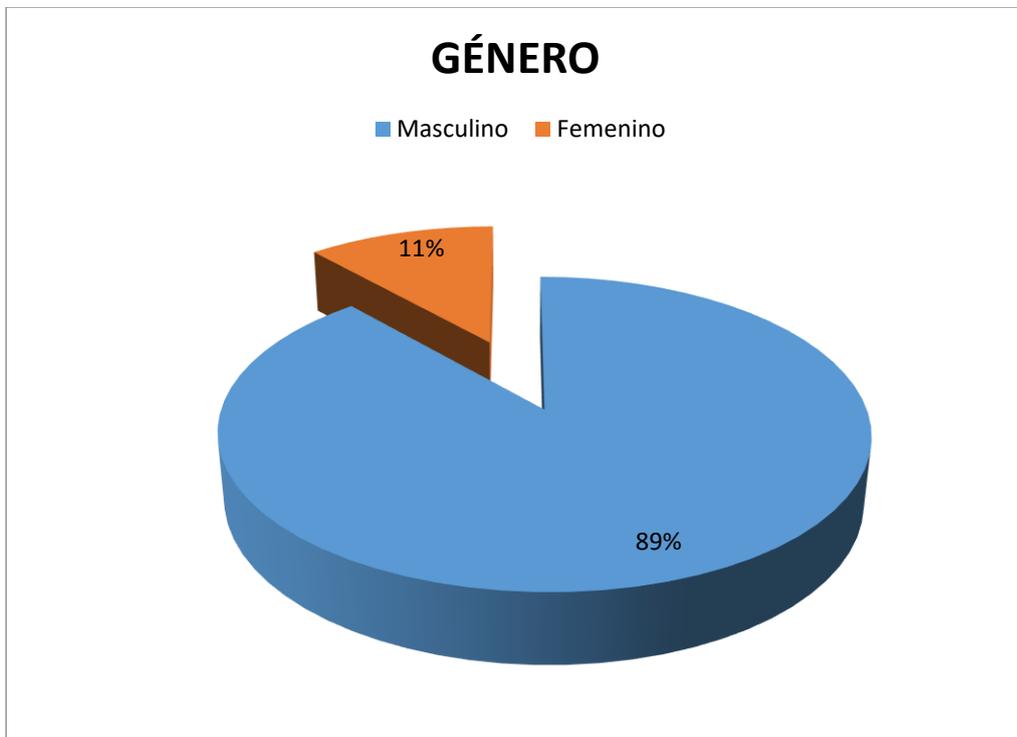
Tabla 2. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: género

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	124	88,6
Femenino	16	11,4
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 2. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: sexo.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

Los resultados demuestran que en las dos categorías existe una distribución normal de la muestra, sin embargo, el género masculino representa el 88,6% (126) frente al femenino que también es significativo demostrando el 11,4% de la totalidad de los participantes.

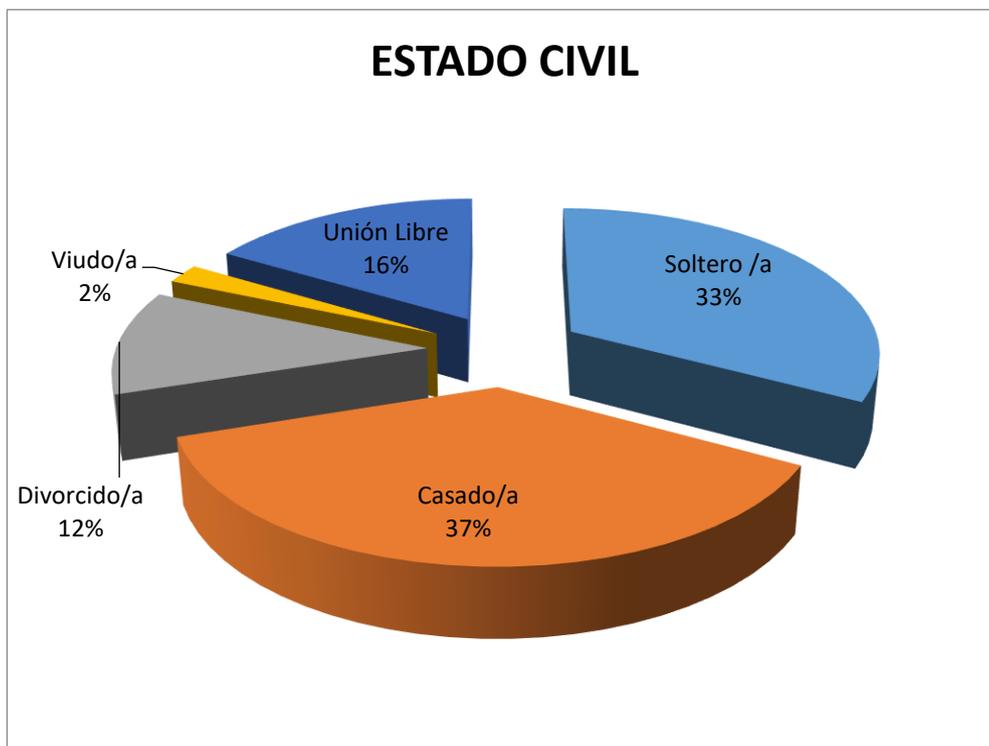
Tabla 3. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero /a	46	32,9
Casado/a	52	37,1
Divorciado/a	16	11,4
Viudo/a	3	2,1
Unión Libre	23	16,4
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 3. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: estado civil.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

Al realizar el análisis de la tabla que distribuye la muestra según el estado civil se observa, que las personas casadas representan el 37,1% de la muestra (52), seguido por la condición jurídica denominada soltero/a con el 32,9%; es interesante observar que las personas de unión libre también suman el 16,4%, finalmente las demás categorías son poco significativas en esta distribución porcentual.

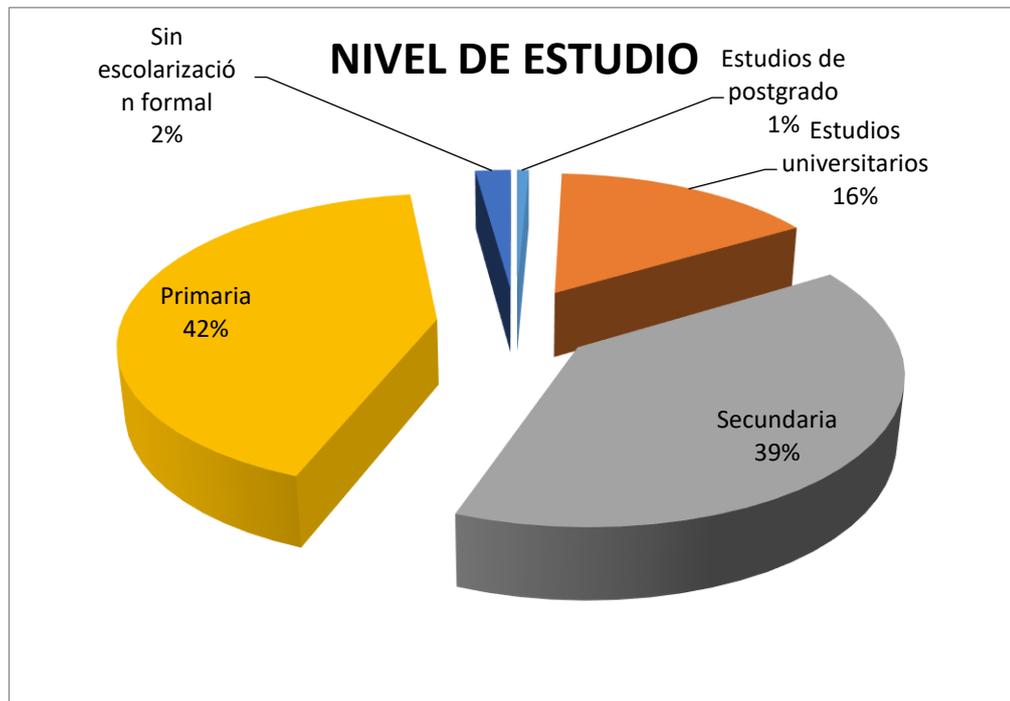
Tabla 4. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: nivel de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Estudios de postgrado	1	,7
Estudios universitarios	22	15,7
Secundaria	55	39,3
Primaria	59	42,1
Sin escolarización formal	3	2,1
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 4. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: nivel de estudio.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

Al análisis descriptivo de la evidencia estadística presentada en los resultados correspondientes al nivel de estudio se observa, que los participantes presentan un porcentaje mayoritario en estudios primarios con el 42,1% (59), sin embargo, se evidencia que los niveles se encuentran inferiores al 50% en todas las categorías. Por otra parte, el grado académico secundario representa el 39,3% y los universitarios corresponden el 15,7%

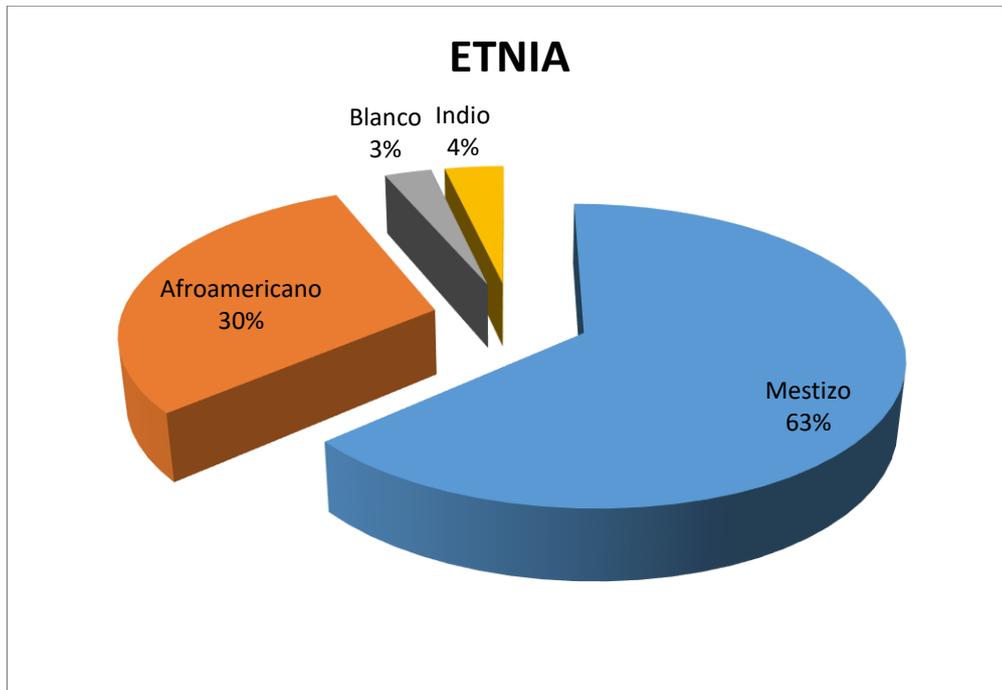
Tabla 5. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: *etnia*.

	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	89	63,6
Afroamericano	42	30,0
Blanco	4	2,9
Indio	5	3,6
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 5. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: *etnia*.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

El análisis de los resultados correspondientes a la etnia, de los participantes muestra un predominio de la categoría Mestiza representada con el porcentaje del 63,3% (89), seguido por los afroamericanos que en este estudio muestra una distribución del 30% de la muestra total. Más del 50% es población mestiza.

3.2.Resultados del objetivo específico # 2.

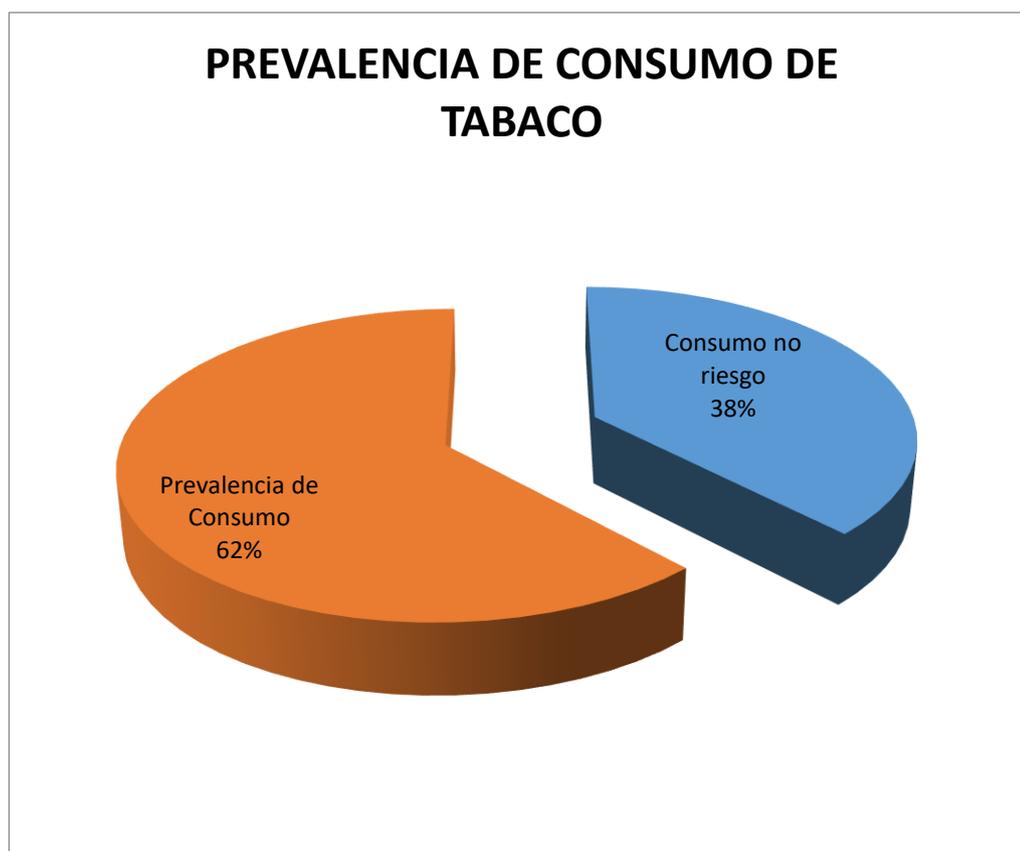
Tabla 6. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: prevalencia de tabaco.

Cuestionario C4 / Dicotomizado	Frecuencia	Porcentaje
Uso sin riesgo	53	37,9
Prevalencia de Consumo	87	62,1
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 6. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: prevalencia de tabaco.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

La prevalencia del consumo de tabaco en la población investigada es del 62,1% medido con el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo C4, el cual fue dicotomizado usando el SPSS V20.

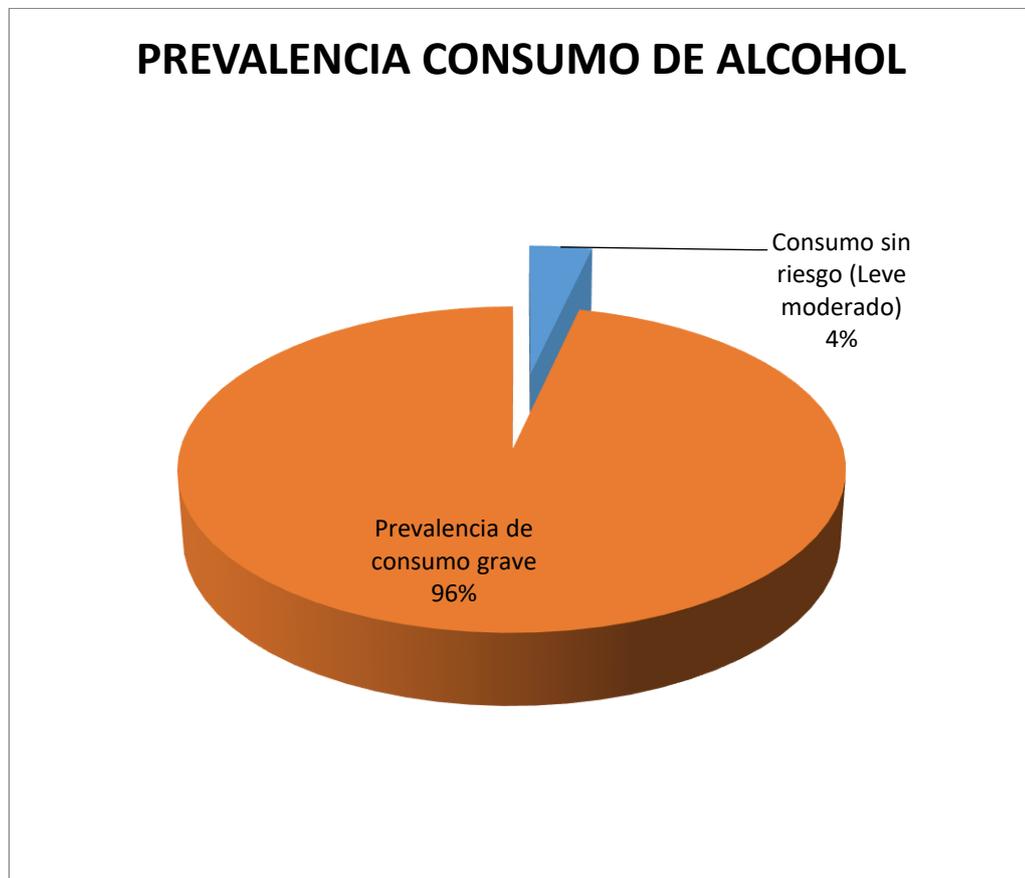
Tabla 7. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: prevalencia de consumo de alcohol.

Criterios DSM-5 / Dicotomizado	Frecuencia	Porcentaje
Uso sin riesgo (Leve moderado)	5	3,6
Prevalencia de consumo grave	135	96,4
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 7. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: prevalencia de consumo de alcohol.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

La prevalencia del consumo de alcohol en la población investigada es del 96,4% medido con el Test de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, el cual fue dicotomizado usando el SPSS V20.

3.3.Resultados del objetivo específico # 3.

Tabla 8. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: niveles de consumo de alcohol.

	Frecuencia	Porcentaje
Consumo leve	1	,7
Consumo moderado	4	2,9
Consumo grave	135	96,4
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 8. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: niveles de consumo de alcohol.



Fuente: Investigación de Campo, 2017

Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

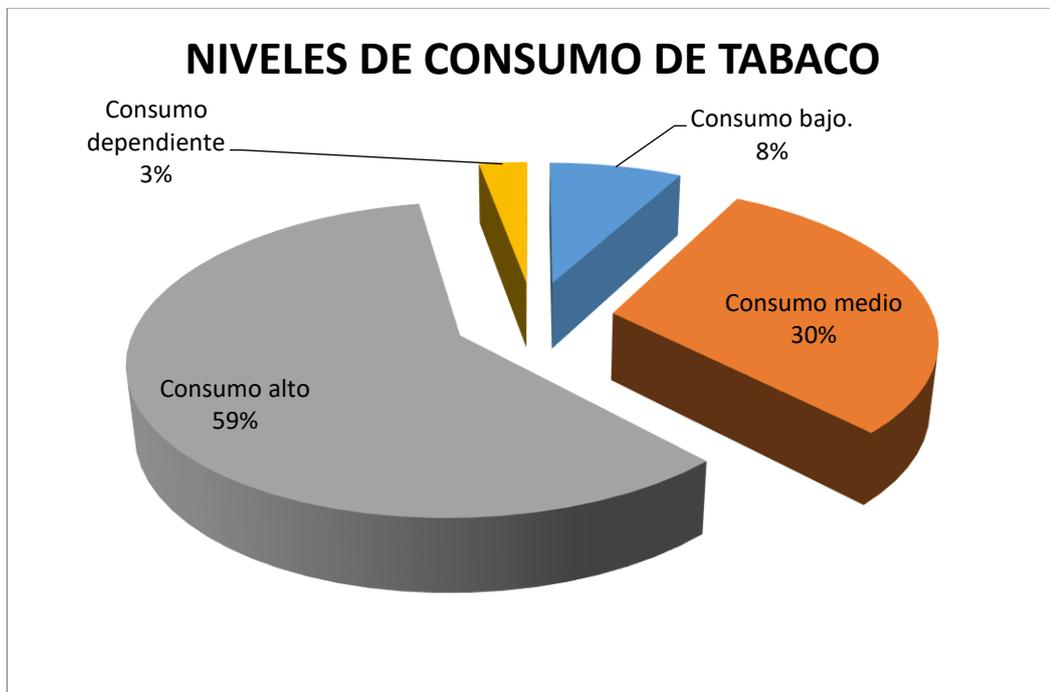
Al análisis de los resultados se observa que el nivel de consumo de alcohol, medido con el test del DSM-5 en la población investigada, corresponde al consumo grave, con un porcentaje del 96,4%, seguido por el nivel moderado que suma el 2,9%

Tabla 9. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: niveles de consumo de tabaco.

	Frecuencia	Porcentaje
Consumo bajo.	11	7,9
Consumo medio	42	30,0
Consumo alto	83	59,3
Consumo dependiente	4	2,9
Total	140	100,0

Fuente: Investigación de Campo, 2017
 Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Gráfico 8. Distribución de 140 personas participantes, urbanización Manta Beach según: niveles de consumo de tabaco.



Fuente: Investigación de Campo, 2017
 Elaboración: Miriam Raquel Álvarez López

Interpretación:

La distribución de los resultados correspondiente al nivel de consumo de tabaco según el test “C4” demuestra que en la población investigada de Manta Beach existe un consumo de tabaco alto, con un porcentaje del 59,3%, seguido por el nivel medio con el 30%

4. DISCUSIÓN

El consumo de alcohol y tabaco en la Urbanización Manta Beach perteneciente a Manabí, permitió describir y comprender como se comporta este fenómeno social.

El presente estudio aporta datos estadísticos de una prevalencia elevada de consumo de estas sustancias en relación a los estudios de la literatura científica. Además, al analizar la etiología del consumo de alcohol y tabaco, se hace énfasis en la multicausalidad de este fenómeno de salud.

Pues fue necesario realizar una conceptualización del alcohol y tabaco para sentar datos de prevalencia fiables, obtenidos con los más altos estándares de calidad.

Los datos a contrastar y discutir en la presente tesis se basan en las estadísticas de los estudios realizados por el INEC, quienes manifiestan que el Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita, con 9,4 litros por habitante al año, este dato es alarmante y su mayor prevalencia se ubica en la Costa del Litoral del Ecuador, en provincias como Guayaquil, Esmeraldas, Manabí y Galápagos con el 78%; en el presente estudio la prevalencia del consumo de alcohol alcanzó niveles elevados superiores al 50%

Estas cifras son corroboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), en su última encuesta afirma que 912.575 ecuatorianos consumen alcohol y tabaco, esto representa el 5,7 % de la población del país. En este estudio también se revela que de esa cifra el 89,7% (818.580) son hombres y el 10,3% (93.995) son mujeres, la mayoría combina alcohol y tabaco.

Los factores más relevantes analizados según Romero, quien afirma que los motivos socio culturales tales como la disponibilidad y accesibilidad a estas sustancias es un factor determinante para el consumo de estas sustancias, se contraponen y es discutible con los factores contemplados en esta tesis que manifiesta que la etnia, la edad, y sobre todo el género masculino interviene directamente en la aparición de consumo.

Villar en el 2013 afirma que los factores psicológicos y familiares determinan un aspecto fundamental en el inicio de consumo, en contraposición, el presente estudio

afirma que el estado civil soltero, presenta un factor psicológico que podría estar relacionado con la poca estructura familiar de los participantes.

Por otra parte, los hallazgos permiten afirmar que la carencia de una estructura familiar puede convertirse en un factor riesgoso para presentar problemas de consumo de sustancias.

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M, en su estudio manifiesta que la relación entre el hombre, el mundo y el empleo de sustancias psicoactivas, sustentan los estilos de vida y las creencias en la comunidad acerca de las drogas legales tales como el alcohol y tabaco, en contraste se presenta una discusión con los resultados encontrados en esta tesis que manifiesta que más del 50% de población proviene de la zona urbana, lo que permite inferir que este fenómeno se podría deber al estilo actual de vida y a las modas vigentes en la sociedad, que inclusive va mas allá de una mera coincidencia con las creencias particulares.

Esta tesis con sus resultados demuestra que no siempre la pobreza está relacionada con el consumo de sustancias. Lo radical de Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. quien manifiesta que la depravación social y la desorganización comunitaria pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, este estudio demuestra que no siempre es posible estar afirmación.

Pineda afirma que el alcoholismo consiste en un consumo excesivo de esta sustancia, de forma prolongada con dependencia del mismo, lo cual repercute en el estado de salud tanto física, mental, social y familiar; por ende, en las responsabilidades laborales.

El alcoholismo es considerado como una enfermedad social, por los efectos nocivos que produce como participación de accidentes, violencias y la desintegración familiar; lo que coincide con los hallazgos de esta investigación que manifiesta que este consumismo de alcoholes elevada en la población estudiada.

Por otra parte Domínguez manifiesta que el tabaquismo es causante de enfermedad social debida a una conducta desviada, individual y colectiva, también dice que el tabaquismo empieza desde un simple hábito, pasa a vicio, y después se

convierte en una enfermedad, de modo que ahora se le percibe como adicción ligada a grandes daños en el individuo y perjuicios para la población; en esta tesis los hallazgos demuestran que si existen altos rangos de consumo por lo que comparte esta afirmación en sus resultados.

Además de estas discusiones la presente investigación versa sobre los siguientes hallazgos significativos que se convierten en un aporte para la ciencia en la rama de la Psicología Clínica.

Cunha Franco, L., & Sadi Monteiro, P.; en diferentes estudios epidemiológicos afirman que el alcohol y el tabaco se cifran en tres aspectos fundamentales: Agente etiológico, Tolerancia y Persona susceptible quienes afirman que en el mundo 3,3 millones de muertes ocurren por estas sustancias.

En España, según Meneses, C, afirma que el 48% de personas, de edad media entre los 21 años fuman y consumen alcohol al mismo tiempo. En el presente estudio la edad media de consumo se ubicó en 27 años lo que demuestra que a pesar de estos datos en la población estudiada los niveles de consumo se ubican en la edad Adulta con el 63,6%

En diferentes estudios, sobre el consumo de sustancias legales e ilegales manifiestan que el sexo masculino es el grupo de personas que más consumen, en otros afirman que en los últimos tiempos ha existido un incremento del 46% de mujeres consumidoras de tabaco. Los hallazgos del presente estudio manifiestan que el género masculino es el que más consumen estas sustancias con el 88,6%

En el presente estudio se ha encontrado que el 32,9% de la muestra son solteros y esta condición está estrechamente unido al consumo de sustancias, pero también se encuentra el estado civil casados y divorciados con un significativo porcentaje, lo que podría significar que estas dos condiciones jurídicas son las más vulnerables socialmente.

Según la OMS el 61,7% de toda la población mundial ha consumido alcohol, A nivel mundial las bebidas representan el 50,1% del consumo, seguidamente se encuentra la cerveza con el 34,8%, en tercer lugar, se encuentra el vino con el 8% de consumo.

En América Latina el informe presentado por la Salud de las Américas, indica que la prevalencia del alcohol está por el 68% a 80%. En el presente estudio la prevalencia del consumo de alcohol es del 96,4%, lo que podría deberse al conglomerado tipificado en un solo sector.

La prevalencia del consumo de tabaco está extendida por todo el mundo, aunque hay países que prohíben la publicidad del tabaco, restringen quien puede comprarlo y los lugares aptos para consumirlo. En el mundo aproximadamente 500 millones de personas, consumen tabaco, según la OMS. El consumo de cigarrillo es la mayor causa de mortalidad en países desarrollados, este maneja costos directos e indirectos, los cuales se refieren al cuidado de la salud, la pérdida de productividad, morbilidad, discapacidad y muerte prematura. En el presente estudio el consumo de tabaco se ubica en el 62,1% cifras alarmantes en la muestra a conveniencia seleccionada por la autora.

El consumo del alcohol y el tabaco afecta la calidad de vida de las personas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), detalla que entre el 3% - 5% de la población laboral son dependientes del alcohol y el 25% son bebedores de riesgo, dando como resultado accidentes laborales, de los cuales entre un 20% a 25% se da en personas con estado de intoxicación, entre el 15% a 30% por consumo de tabaco y los que consumen alcohol sufren de 2 a 4 veces más accidentes. En el presente estudio los niveles de consumo de alcohol se ubican en el grave y del tabaco registra un nivel alto superior al 50% en las dos condiciones.

El consumo de tabaco ocupa el cuarto lugar dentro de los factores de riesgo de adquirir enfermedades más frecuentes, es la segunda causa de muerte y provoca 1 de cada 10 muertes de adultos a nivel mundial.

Según Cisneros, dice que el 70,5% son fumadores sociales de los cuales la mayor cantidad son jóvenes de 18 a 19 años y de raza mestiza, en el presente estudio los hallazgos determinan que los mestizos representan el 63,6%, pero de la misma manera un gran porcentaje son Afroamericanos, el 30%

También es importante mencionar que el alcoholismo y el tabaquismo son enfermedades adictivas que causan daño personal, familiar, económico y social a las personas consumidoras, incluso generan grandes daños también dentro de su salud adquiriendo hábitos dañinos a la persona. En el presente estudio se demuestra esta afirmación que, dentro de la realidad, tanto hombres como mujeres se ven encerrados dentro de estos vicios que acaban con sus vidas.

En lo que se refiere a la hipótesis planteada en el presente estudio se puede decir que se rechaza la Hipótesis nula, es decir que la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco se encuentra sobre el 50% en la población investigada. Es así que este fenómeno del consumo de alcohol y tabaco que sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas.

Con este estudio queda constante que existe una gran relación entre el consumo de estas drogas y las cifras que corresponden a la afección directa y fenomenológica de este problema de orden social y psicológico, que merece ser atendido de manera particular en la población de la urbanización de Manta Beach.

5. CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados de la tesis titulada prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la Urbanización Manta Beach, se pudo obtener las siguientes conclusiones, las mismas que están de acuerdo a los tres objetivos específicos planteados en esta investigación.

5.1.- Los datos demográficos manifiestan, que la edad se ubicó entre un mínimo de 18 años y un máximo de 45 años, con una media de 27 años siendo la edad Adulta mayoritaria con el 63,6%; el género masculino representa el 88,6% el femenino el 11,4%; las personas casadas representan el 37,9%, las solteras el 32,9%; las condición jurídica de unión libre también suman el 16,4%; la población con estudios primarios fueron el 42,1% ; la categoría Mestiza representa el porcentaje del 63,3%, seguido por los afroamericanos con el 30%.

5.2.- La prevalencia del consumo de tabaco en la población investigada fue del 62,1% medido con el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo C4; La prevalencia del consumo de alcohol en la población investigada fue del 96,4% medido con el Test de los Criterios Diagnósticos del DSM-5

5.3.- El nivel de consumo de alcohol, medido con el test del DSM-5 en la población investigada, corresponde al consumo grave, con un porcentaje del 96,4%, seguido por el nivel moderado que suma el 2,9%; El nivel de consumo de tabaco según el test “C4” ubica al consumo de tabaco alto, con un porcentaje del 59,3%, seguido por el nivel medio con el 30%

6. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones expuestas es pertinente generar las siguientes recomendaciones, las mismas que obedecen a los supuestos del aporte científico que brinda esta tesis de Psicología Clínica.

6.1. Socializar los resultados en un marco procesual a la comunidad de Manta Beach, como una estrategia de promoción de la salud, lo que servirá a futuro para organizar talleres de intervención psicológica con el objetivo de coadyuvar en la lucha del consumo de alcohol y tabaco en las personas de este sector.

6.2. Replicar este estudio a grande escala, y presentarse mediante un proyecto a alguna institución gubernamental para amplificar su importancia en la obtención de datos estadísticos que revele la prevalencia de consumo de sustancias en comunidades o grupos de la sociedad ecuatoriana, para de esta manera hacer frente a este fenómeno social que afecta a la Salud.

6.3. Realizar junto a la comunidad un estudio cualitativo que recoja las inquietudes subjetivas de los habitantes de este sector, lo que permitiría aportar conocimiento empírico en el consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach. De esta manera y mediante grupos focales se podría seleccionar las mejores categorías para intervenir en la casuística individual de personas con una dependencia a estas sustancias. Se debería finalmente elaborar un plan psicoterapéutico de intervención comunitaria.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bravo Ortega, M. B. (2010). *Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los/las adolescentes de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca, 2009*.
- De Colombia, O. D. D. Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos & la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2011). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia-2011.
- De Drogas, O. A. Cuarta Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media Argentina 2009. Secretaría Nacional de programación para la prevención de la drogadicción y de la lucha contra el narcotráfico.[Consulta: 14 de Enero de 2012] Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/informes/provinciales/Ciudad_de_Buenos_Aires-ESCOLARES2009_v2.pdf. [Links].
- De Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. Médica Panamericana.
- García, M. M., Ruiz, E. P., Gonzalo, J. A., & Ramírez, F. C. (2015). Violencia escolar y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Educación Secundaria. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 3(2).
- OMS, U. (2015). Progresos en materia de Salud: informe de actualización de 2015 y evaluación de los OMD.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Iniciativa liberarse del tabaco. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.who.int/tobacco/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Notas descriptivas. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Pérez, C. L., Rodríguez, I. R., & Díaz, C. A. G. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas*, 7(2), 281-291.
- Villatoro Velásquez, J. A., Gutiérrez López, M. D. L., Quiroz del Valle, N., Moreno López, M., Gaytán López, L., Gaytán Flores, F. I., ... & Elena, M. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental*, 32(4), 287-297.
- WHO, U. (2015). UNAIDS (2009) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.

- Constitucional, T. (2008) Constitucional, T. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Quito-Ecuador: Registro Oficial*, 449, 20-10.
- DIARIO, Manabí, 2017) http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=175589&umt=el_diario_manabi_consumo_licor_sigue_a_pesar_controles
- Avenevoli, S., & Merikangas, K. (2003). *SCIELO*. Obtenido de Familiar influences on adolescent smoking.
- Becoña, E. (1991). *SCIELO*. Obtenido de del consumo de cigarrillos en la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Kujala, U., Kaprio, J., & Rose, R. (2007). *SCIELO*. Obtenido de Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood.
- Lázaro Martínez, C. (2011). *Universidad de Murcia*. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/35699/TCJLM.pdf>
- Ruiz, J., & Ruiz, F. (2001). *SCIELO*. Obtenido de Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles.: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200008
- SAMHSA. (2003-2004). *SCIELO*. Obtenido de National Survey on Drug Use and Health: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000600008&script=sci_arttext
- Yu, J., & Perrine, M. (1997). *SCIELO*. Obtenido de The transmission of parent/adult-child drinking patterns: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000600008&script=sci_arttext
- Beatriz Payá, G. C. (2005). *Consumo de sustancias. Factores de riesgo*. Obtenido de Consumo de sustancias. Factores de riesgo : <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf>
- Cabrera, D. G. (2016). Alcoholismo. *revistas bolivianas*, 35.
- Gállego, F. C. (2005). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. barcelona: semfyc.
- García, E. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Instituto nacional del cancer. (29 de abril de 2015). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco>
- ISSSTE. (2014). *instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado*. Obtenido de instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado

- : <http://www.prevenissste.gob.mx/abuso-sustancias/que-es-el-tabaco-consecuencias-de-fumar-cigarro#ancla>
- Martin, L. J. (31 de 01 de 2016). *medlineplus*. Obtenido de medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo . (2014). *Glosario de terminos de alcohol y drogas* . Obtenido de Glosario de terminos de alcohol y drogas : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- NL, B. (2016). Riesgos de fumar . Philadelphia.
- OMS . (2014). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (enero de 2015). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Projecte Home. (2014). *CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS*.
- Rodelgo, D. T. (12 de agosto de 2016). *ONMEDA.ES*. Obtenido de ONMEDA.ES: <http://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo-definicion-10019-2.html>
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid.
- Casa, M., & Vaca, F. (2001). Evolución del perfil del enfermo alcohólico durante los últimos veinte años. *Española de Drogodependencias*.
- Ciencianavida. (2010). Motivos de fumar. *¿Cómo dejar de fumar?*
- Drug-Free Kids. (2013). Las 8 razones principales por las cuales los adolescentes experimentan con alcohol y tabaco. *Partnership*.
- Gómez, L. (2012). Exploraciones de los motivos para el consumo en adolescentes. *Psicología Iboamericana*, 39.
- Khan, A. (2012). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco. *Partnership*.
- Luengo, K. (2012). ¿Cuales son los motivos por los que una persona tiene problemas de consumo? *Preven*.
- Pérez, A., Redondeo, M., Mesa, I., Jiménez, I., Martínez, M., & Pérez, R. (2009). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *ScienceDirect*.
- Romero, M. (2012). ¿Cuales son los motivos por los que una persona tiene problemas de consumo? *Preven*.

- Ruiz, F., Sánchez, E., & García, M. E. (2008). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes. *Salud Pública de México*, 504.
- Seáñez, J. E. (2014). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco. *Syntesis digital*, 70.
- Achiong, F. (Enero de 2006). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100001
- Campillo, R., & Vizcay, V. (17 de Mayo de 2003). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300004
- Chang, M. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Higiene y Epidemiología* , 425-426.
- Colombo, E., & Ghignone, S. (Septiembre de 2005). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000500014
- García, E. (Septiembre de 2004). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007
- Landon, H. (2010). *OMS*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/09-069583/es/>
- Lloret, D. (2001). Redalyc. *Salud y Drogas*, 120-121-122-124. Obtenido de Redalyc.
- Medina, E. (Agosto de 2001). *Medigraphic* . Obtenido de Medigraphic : <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf>
- Vargas, D. (Abril de 2001). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000100006
- Armijos, R. (25 de Septiembre de 2016). Una Prevencion y estrategia para la salud. *Universo*, pág. 5.
- CAPLAB, P. d. (8 de septiembre de 2010). *Manual para la Prevencion del consumo de drogas*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/MANUAL%20DE%20PREVENCION.pdf
- Laro, S. (2008). Prevencion del uso de Drogas y Promocion de la Salud en los Jovenes . *Estudios y Experiencias en la Educación* , 130.
- Nacional, M. d. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Obtenido de <http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
- Paez, D. A. (Marzo de 2015). *Introduccion a la Sociologia de la Salud*. Obtenido de <http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/si2970-par.pdf>
- Perez, J. C. (2008). *Atencion Primaria*. Barcelona-España: ELSEVIER.
- Perez, J. C. (2009). *Atencion Primaria*. Barcelona-España: ELSEVIER.
- Perez, M. Z. (2008). Actividades de prevencion de la salud. En M. Z. Perez, *Atencion Primaria* (pág. 951). Barceolan-Espana: ELSEVIER.
- Rodriguez, C. P. (Febrero de 2013). *Prevencion del consumo de Alcohol y Tabaco*. Obtenido de

- <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/guiaProfesoradoESO.pdf>
- sociales, D. d. (19 de marzo de 2001). *Iniciativas para prevención del consumo de alcohol y tabaco*. Obtenido de <https://www.ncjrs.gov/ondcppubs/policy/strategy/sobre.html>
- Unidas, N. (Diciembre de 2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de jóvenes*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/S_handbook.pdf
- Zurro, A. (2008). *Promoción de la salud y prevención*. Barcelona-España: ELSEVIER.
- A. C., & E. A. (1990). *Clínica de los envenenamientos. en Toxicología*. s/n: López & Etchegoyen.
- A. R., F. M., Restrepo, C. G., M. R., & J. L. (2010). Niveles de alcohol en sangre y riesgo de accidentalidad vial: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-2.
- Departamento de química analítica e ingeniería química. (9 de Noviembre de 2003). *Alcohol y alcoholímetros*. Madrid: Díaz-Santos. Obtenido de FISAC: <http://www.fisac.org.mx/investigaciones.cfm?catID=1&id=349>
- J. G., P. M., & M. C. (2014). FACTORES ASOCIADOS EN LA RELACIÓN ALCOHOL-CONDUCCIÓN EN. *Health and addictions*, 16-19.
- L. M. (18 de Marzo de 2013). *Medline Plus*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001944.htm>
- Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad . (2015). *Febe*. Obtenido de Febe web site: <http://www.disfrutadeunconsumoresponsable.com/comprender/unidad-bebida-estandar.aspx>
- Restrepo, C. G. (4 de Noviembre de 2011). ¿Cómo se decide el nivel de alcohol? *Diario El Tiempo*, págs. 1-2.
- Real Academia Española. (Octubre de 2014). *Definición Consecuencia*. Obtenido de Definición Consecuencia: <http://dle.rae.es/?id=AO8fvNk>
- Academia Española de Dermatología. (16 de Junio de 2009). *Repercusión en la piel*. Obtenido de Repercusión en la piel: https://aedv.es/wp-content/uploads/2015/04/vicios_en_la_piel.pdf
- American Society for Reproductive Medicine. (2014). *Consumo del tabaco e infertilidad*. Obtenido de Consumo del tabaco e infertilidad: http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resource/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/Consumo%20de%20tabaco%20e%20infertilidad.pdf
- Asturias, A. (09 de Marzo de 2005). *La psicosis alcohólica*. Obtenido de La psicosis alcohólica: http://www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_lapsicosisalcoholica.pdf
- Garate, B., Villagra, D., & Engler, P. (2011). *Efectos del alcohol en el sistema nervioso*. Obtenido de Efectos del alcohol en el sistema nervioso: http://www.lamolina.edu.pe/facultad/ciencias/cbiologia/boletin/Fisiologia_Animal_Monografia.pdf
- Gobierno Federal de Mexico. (2012). *Diagnostico y tratamiento de la intoxicacion*. Obtenido de Diagnostico y tratamiento de la intoxicacion:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_RR.pdf

Gobierno Federal Mexicano (CONADIC). (2013). *Adicciones*. Obtenido de Adicciones: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_folletoconsecuencias.pdf

Hospital General de Mexico. (Octubre-Diciembre de 2009). *Hepatitis alcoholica*. Obtenido de Hepatitis alcoholica: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094h.pdf>

INEN. (11 de Mayo de 1933). *Efectos del tabaco sobre el organismo*. Obtenido de Efectos del tabaco sobre el organismo: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/24092013_EFECTOS_DEL_TABACO_SOBRE_EL_ORGANISMO.pdf

Instituto Nacional sobre el uso de Drogas. (2010). *Adiccion a la Nicotina*. Obtenido de Adiccion a la Nicotina: <http://www.fq.uh.cu/descargas/nicotina.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (2006). *Violencia interpersonal y alcohol*. Obtenido de Violencia interpersonal y alcohol: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/violenciaInterpersonal.pdf>

Rodriguez, D. (2011). *El alcohol altera la neuratransmision cerebral*. Obtenido de El alcohol altera la neuratransmision cerebral: http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/12/rodriguez_1_2.pdf

Ruiz, J., & Ramos, M. (2005). *Tabaco y enfermedades respiratorias*. Obtenido de Tabaco y enfermedades respiratorias: http://www.cnpt.es/doc_pdf/respira.pdf

S, C., & V, M. (2011). *La resaca: algo mas que un dolor de cabeza*. Obtenido de La resaca: algo mas que un dolor de cabeza: http://www.doctormateos.com/documentacion/articulos/La_resaca.pdf

Marziale, M. H. (Junio de 2010). *SciELO. El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de la universidad del Ecuador*. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700002

Andes. (29 de 04 de 2015). *Andes.Info. Dia mundial sin tabaco*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/proposito-dia-mundial-sin-tabaco-oms-advierde-aumento-muertes-consumo-cigarrillo-si-no>

AGN. (06 de Enero de 2014). *El Mercurio.com. El consumo de cigarrillo*. Obtenido de <http://www.elmercurio.com.ec/433684-el-consumo-de-cigarrillo-tiene-cifras-preocupantes/>

Interior, M. d. (08 de Mayo de 2015). *Ministeriointerior*. Obtenido de <http://www.ministeriointerior.gob.ec/cuenca-aprueba-ordenanza-que-regula-el-consumo-de-alcohol-para-combatir-la-violencia/>

- Cisneros, M. (2011). *Políticas Públicas y Promoción de la Salud*. Quito.
- OMS. (14 de Mayo de 2014). *Paho. Org*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1207:mayo-13-2014&catid=703&Itemid=356
- El Mercurio*. (05 de Abril de 2010). *Consumo de alcohol prevalece sobre el consumo de drogas ilegales*. Obtenido de <http://www.elmercurio.com.ec/238670-consumo-de-alcohol-prevalece-sobre-el-consumo-de-drogas-ilegales/>
- INEC. (22 de Julio de 2013). *El Comercio. Consumo de alcohol en el Ecuador*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/mas-900-000-ecuatorianos.html>
- OMS. (30 de Mayo de 2015). *who.Int.Countries.Tabaquismo*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- Telegrafo, E. (2 de Septiembre de 2015). *Paho.org*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1606:septiembre-02-2015&catid=703&Itemid=356
- Valdivieso, V., & Condo, J. (2016). *Prevalencia de tabaquismo asociado con los estudiantes de la Facultad de Medicina, Universidad del Azuay*. Cuenca.
- Ana L, R. B. (20 de enero de 2001). *tabaquismo*. Obtenido de *tabaquismo*: <http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
- Anderson P, G. A. (20 de ENERO de 2008). *Alcohol y atención primaria de la salud*. Obtenido de *alcohol y atención primaria de la salud*: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Camila M, W. H. (20 de enero de 2005). *dependencia alcohólica*. Obtenido de *Dependencia alcohólica*: <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-cap3.pdf>
- IARC. (20 de enero de 2002). *TABACO*. Obtenido de *TABACO*: <http://www.greenfacts.org/es/tabaco/tabaco-greenfacts-level2.pdf>
- MSP. (20 de ENERO de 2014). *salud de adolescentes*. Obtenido de *salud de adolescentes* : <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESC-T-Edito1.pdf>
- R, C. (20 de enero de 2002). *Tabaquismo pasivo*. Obtenido de *Tabaquismo pasivo*: file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/13044287_S300_es.pdf
- (NIAAA), N. I. (18 de Enero de 2017). *Alcohol Use Disorder* . Obtenido de *Niaa.nih.gov*: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5* . En A. P. Association, *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* (pág. 491). Washington, DC: New School Library.

- Association, A. P. (21 de octubre de 2013). Obtenido de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/dsm-v-ingles-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>
- Becoña, E. (18 de enero de 2017). *Medicina Psicomática y Psiquiatra de enlace* . Obtenido de Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos : <file:///C:/Users/Jose%20Narvaez/Downloads/Dialnet-TrastornosRelacionadosConSustanciasYTrastornosAdic-4803011.pdf>
- Bergland, C. (04 de Junio de 2015). Obtenido de ¿Cuáles son los once síntomas de "desorden del uso del alcohol"?: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-athletes-way/201506/what-are-the-eleven-symptoms-alcohol-use-disorder>
- Medina, J. (18 de Enero de 2017). *Síntomas de Trastornos por Uso de Sustancias*. Obtenido de Psych Central : <https://psychcentral.com/disorders/revise-alcohol-substance-use-disorder/>
- Stroom, D. (s.f.). *Alcohol Use Disorders*. Obtenido de Clevelandclinicmeded.com: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychology/alcohol-abuse-and-dependence/>
- Fredy Seguel Palma, Gema Santander Manríquez, Omar Alexandre Barriga. (7 de Marzo de 2013). *Scielo* . Obtenido de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100003
- Thomas F. Babor, J. C.-B. (18 de ENERO de 2017). *Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol*. Obtenido de World Health Organization : http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Astudillo, I. (28 de Febrero de 2013). Universidad de Cuenca . Recuperado el 21 de Enero de 2017, de Universidad de Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2302/1/tps800.pdf>
- Blanco, T., & Jiménez, S. (Diciembre de 2015). *Revista Costarricense de Psicología*. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de *Revista Costarricense de Psicología*: <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/60/87>
- El Comercio . (12 de Mayo de 2014). *El Comercio* . Recuperado el 19 de Enero de 2017 , de *elcomercio* : <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuador-ocupa-noveno-puesto-regional.html>
- El Mercurio . (14 de Julio de 2012). *El Mercurio* . Recuperado el 21 de Enero de 2017 , de *El Mercurio* : <http://www.elmercurio.com.ec/340568-consumo-de-alcohol/>
- Guevara, G., Hernández, H., & Flores, T. (Julio de 2001). *ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES* . Recuperado el 16 de Enero de 2017, de *ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES* : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf

- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (2010). Adicciones . Recuperado el 18 de Enero de 2017, de Adicciones : <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/179>
- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (Febrero de 2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Recuperado el 16 de Enero de 2017, de Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. : <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/179/177>
- Moreno, J. (24 de Julio de 2015). BBC . Recuperado el 18 de Enero de 2017, de BBC : http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150723_consumo_alcohol_latinoame rica_muertes_paises_jm
- Organización Mundial de la Salud . (27 de Julio de 2015). Latinos Post . Recuperado el 18 de Enero de 2017, de Latinos Post : <http://spanish.latinopost.com/articles/36360/20150727/consumo-alcohol-america-datos-oms.htm>
- Organización Mundial de la Salud . (Enero de 2015). Organización Mundial de la Salud . Recuperado el 19 de Enero de 2017, de Organización Mundial de la Salud : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Bolet, M. (s/f de Julio de 2000). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Revista Cubana Medicina General Integral*.
- Bolet, M., & Socarrás, M. (22 de Enero de 2003). El Alcoholismo, Consecuencias y Prevención. *Revista Cubana Investigativa Biomedicina*, 25-31.
- Monras, M. (s/f de Julio de 2006). *Detección, tratamiento y pronóstico de los pacientes alcohólicos a través de la Interconsulta de un Hospital General*. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5574/mma1de1.pdf?sequence=1>
- Monte, R. (s/f de Mayo de 2008). *Evolución clínica y factores pronósticos en el síndrome de abstinencia alcohólica*. Recuperado el 19 de Enero de 2017, de <http://docplayer.es/1180778-Evolucion-clinica-y-factores-pronostico-en-el-sindrome-de-abstinencia-alcoholica.html>
- Acevedo, S. E. (Febrero de 2015). *MSP*. Obtenido de MSP: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/CCICT_libro%20febrero%202015_original_web.pdf
- Arias, M. d. (Agosto de 2006). *Portal URL*. Obtenido de Portal URL: http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/48/Archivos/Art7_Alcoholismo.PDF
- Astoviza, M. B. (22 de Enero de 2002). *scielo*. Obtenido de scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004
- Castillo, R. U. (23 de Febrero de 2005). *Flacsoandes*. Obtenido de Flacsoandes: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/1056/EI+alcohol>

lismo.Reinel+Ustariz.pdf;jsessionid=E5DDD4D07BBC436D70B4D4ACB882BDF7?sequence=1

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2011). *MSAL*. Obtenido de MSAL: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>

Samet, J. (2002). *Conadic*. Obtenido de Conadic: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pib/riesgos_tabaq.pdf

Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. (2010). *Conadic*. Obtenido de Conadic.

Serecigni, J. G. (Marzo de 2007). *cedro*. Obtenido de cedro: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/gp/gp1.pdf>

Alvarado, D. (2016). Recuperado el 20 de 01 de 2017, de Adicciones: <http://www.adicciones.org/enfermedad/index.html>

Alvarado, D. (2016). Recuperado el 20 de 01 de 2017, de 1991: <http://www.adicciones.org/articulos/articulo002.html>

Psicólogos Madrid EU in Mecanismos . (2012). Recuperado el 20 de 01 de 2017, de Psicologos en Madrid EU: <http://psicologosenmadrid.eu/negacion/>

Psicomed. (20 de 01 de 2017). *Psicomed S.L*. Obtenido de Psicomed.DSM-IV-TR: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv4.html#f1x.2x>

APA 2005SCIELO. (Enero-Abril de 2001). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000100006

Ministerio de la Salud. (2010). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de Presidencia de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>

Salubres. (2010). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://salubres.webnode.es/products/el-tabaquismo-no-es-una-adiccion-es-una-enfermedad/>

Infobae. (20 de Enero de 2014). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.infobae.com/2014/01/20/1538144-chile-y-uruguay-son-los-paises-la-region-mas-fumadores/>

Merca, O. (13 de Mayo de 2014). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.merca20.com/los-10-paises-que-mas-alcohol-consumen-en-el-mundo/>

Magnet, C. (9 de Noviembre de 2015). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <https://magnet.xataka.com/preguntas-no-tan-frecuentes/estos-son-los-paises-que-mas-alcohol-consumen-del-mundo-que-bebe-cada-uno-de-ellos>

Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2015). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

- Organización Mundial de la Salud*. (2015). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- Tabaco*. (26 de Octubre de 2016). Recuperado el 21 de Enero de 2017, de http://www.contabaco.com/blog/6_paises-fumadores-del-mundo.html
- Castaño, J. J. (18 de 01 de 2017). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/>
- Domínguez, R. C. (18 de 01 de 2017). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.mx/>
- López, R. (2003). *El estrés y la habituación alcohólica*. Rev Cubana Med Gen Integr.
- Menéndez, G. (2010). *El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de morbilidad alcohólica adulta*. Rev Hosp Psiquiatr.
- Menéndez, R. G. (2005). *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Pérez, J. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: editorial Médica Panamericana.
- Pineda, R. (2007). *Educación para la Salud*. México D.F: Progreso.
- Rubio, H. H. (2009). *SOCIEDAD Y ALCOHOLISMO*. Buenos Aires.
- Bejarano, I. (2004). *scielo*. Recuperado el 01 de 2017, de [scielo: http://www.scielo.org.ar/Tabaquismo_y_estado_emocional](http://www.scielo.org.ar/Tabaquismo_y_estado_emocional).
- Ochoa, E. (2011). *scielo*. Recuperado el 01 de 2017, de [scielo: http://scielo.isciii.es/Consumo_de_alcohol_y_salud_laboral.Revisión_y_líneas_de_actuación](http://scielo.isciii.es/Consumo_de_alcohol_y_salud_laboral.Revisión_y_líneas_de_actuación)
- OPS. (2010). *El alcohol un producto de consumo no ordinario* (Vol. Segunda Edición). Panamá: Biblioteca sede OPS.
- Sánchez, V. (2000). *Diagnóstico psicológico del Alcoholismo*. Barcelona: Universidad de Barcelona, S.A.
- Alvia, C. (26 de Octubre de 2014). *Diagnóstico*. Obtenido de Diagnóstico : <http://diagnostico-x.blogspot.com/2014/10/objetivos-de-la-epidemiologia.html>
- Anchundia, L. (2014). Alcohol y adolescentes. *Larevista El Universo*, 2.
- Argentina, A. T. (18 de Noviembre de 2016). *Health & Medicine*. Obtenido de Health & Medicine: <http://www.slideshare.net/AsociacionToxicologicaArgentina/episodio-de-consumo-excesivo-de-alcohol-binge-drinking>
- Cázares Cruz, I. (22 de Enero de 2000). *Biblioteca digital*. Obtenido de Biblioteca digital: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2949/Capitulo4.pdf>

- Juan del Rey Calero, Á. G. (2005). *Diccionario de epidemiología, salud pública y comunitaria*. (C. Nevado, Ed.) Madrid: CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES S.A.
- Mezcua, J. A. (2000). *Análisis epidemiológico y sociológico del alcoholismo en el medio universitario de Cádiz*. (S. d. Sevilla, Ed.) Sevilla .
- Russell, M. (12de Enero de 2010). *RESEARCH SOCIETY ON ALCOHOLISM*. Obtenido de RESEARCH SOCIETY ON ALCOHOLISM: <http://www.rsoa.org/lectures/esp/01/01es.pdf>
- Copyright © American Academy of Family Physicians. (2014, febrero 5). *Familydoctor Org*. Retrieved enero 20, 2017, from Síndrome de abstinencia del alcohol : <https://es.familydoctor.org/sindrome-de-abstinencia-del-alcohol/>
- Drugs.com Know more. Be sure. . (2016 , Junio 4). *Drugs.com Know more. Be sure. .* (T. D. editorial, Editor) Retrieved Enero 20, 2017, from Alcoholismo y síndrome de abstinencia: https://www.drugs.com/cg_esp/alcoholismo-y-s%C3%ADndrome-de-abstinencia.html
- Jose Felix Martinez Lopez, A. M. (n.d.). *Medynet*. Retrieved Enero 20, 2017, from Síndrome de abstinencia: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>
- Rafael Monte Secades, R. R. (n.d.). *Galicia Clinica* . Retrieved Enero 20, 2017, from Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2da edición: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/12/241.pdf>
- Heidi Celina Oviedo, P. L. (n.d.). *Med Javeriana Edu* . Retrieved Enero 20, 2017, from Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol : <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/1%20Fisiopatolog%EDa.pdf>
- Secretaría Técnica de Drogas. (2015). *Ecuador Ama la Vida*. REGISTRO OFICIAL (Órgano del Gobierno del Ecuador). (22 de Julio de 2011). asambleanacional.gob.ec.
- Cunha Franco, L., & Sadi Monteiro, P. (2016). PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS. *Revista Baiana De Enfermagem*, 30(2), 1-11. doi:10.18471/rbe.v30i2.15860
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., & Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535. doi:10.4321/S0211-57352013000300005
- Hee Sun, P., & Dong Wook, L. (2009). A test of theory of planned behavior in Korea: Participation in alcohol-related social gatherings. *International Journal Of Psychology*, 44(6), 418-433. doi:10.1080/00207590802644741

- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Díez, J. P., & Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social.

8. ANEXOS

- Aprobación para realizar la Investigación.
- Consentimiento informado.
- Cuestionario para la recolección de la información.

Anexo 1. Certificado de aprobación para realizar la investigación.



ASOCIACIÓN DE COPROPIETARIOS DE LA URBANIZACIÓN MANTA BEACH
MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
ACUERDO MINISTERIAL # 0007 DE FECHA ENERO DEL 2008

Manta, 18 de enero de 2017
MB-VCH-005-2017

CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN

A petición verbal de la parte interesada; tengo a bien:

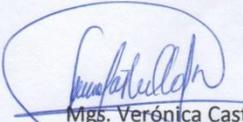
CERTIFICAR

Que la señorita. Ps. Clin. Miriam Raquel Álvarez López, portadora de la cedula de identidad N° 130654843-4 se encuentra autorizada por la directiva barrial para que realice una investigación denominada "Prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en habitantes de la parroquia Manta. Manabí, 2017" La misma que contribuirá con datos estadísticos fiables para la prevención de esta enfermedad.

Para los moradores de la zona asignada para el estudio es una contribución que agradecemos, además le servirá para cumplir como un requisito previo a la obtención del grado académico de Magister en Psicología Clínica.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, quedando la interesada facultada en hacer uso del presente documento para justificar la factibilidad de su investigación.

Atentamente,


Mgs. Verónica Castillo Him
PRESIDENTE ASO. COP URB. MANTA BEACH



E-mail: aso.cop.mantabeach@hotmail.com

DIRECCIÓN Manta: Oficina en la Urbanización, 300 mts. antes de la U.E. Manabí (Via a San Mateo) Telfs.: 052 677960 / 052 677555

Anexo 2. Consentimiento Informado para participantes de la investigación



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

La presente investigación tiene como director MCs. Iraklys Salazar Guerra y es realizada por Miriam Raquel Álvarez López, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil. El Objetivo Determinar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la urbanización Manta Beach. Manabí.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada por ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre mi participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos.

.....

Firma del participante del estudio

Anexo 3: Cuestionario



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nº

Instrucciones:

El objetivo de la encuesta es obtener los datos sobre el consumo de alcohol y tabaco en los habitantes de la parroquia Manta Beach perteneciente a Manabí, por lo que le solicitamos nos colabore contestando las siguientes preguntas. Llene los espacios en blanco según sea la pregunta. Señale con una **X** la opción que mejor le parezca.

Ud. da su consentimiento para esta investigación	Sí	No

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad	Sexo	Masculino	Femenino

¿Cuál es su educación alcanzada?

Sin escolarización formal	
Primaria	
Secundaria	
Estudios universitarios	
Estudios de postgrado	
¿Cuál es su grupo étnico?	
Mestiza	
Afroamericano	
Indígena	
Blanco	

¿Cuál es su estado civil?

Soletero	
Casado	
Divorciado	
Viudo	
Viviendo con Pareja	

¿Cuál es su actividad laboral?

Trabajando	
Desempleado	

III. CONSUMO DE TABACO

Cuestionario CA-4 Tabaco	Sí	No
¿Actualmente fuma cigarrillos?		
¿Ha fumado cigarrillos por más de seis meses alguna vez en su vida?		
¿Desearía dejar de fumar?		
¿Ha intentado dejar de fumar?		
¿Fumar le ha acarreado problemas de salud?		
¿Alguien de su familia le ha pedido que deje de fumar?		
¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar?		
¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido?		
¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo?		

¿Hace cuánto que empezó a fumar?

Un año		
Más de un año		
Entre 3 y 5 años		
Más de 5 años		
Más de 10 años		

¿Cuántos cigarrillos fuma en un día de consumo?

10 o menos	
11 a 20 cigarrillos	
21 a 30 cigarrillos	
31 o más	

¿Cuánto tarda, después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	
Entre 6 y 10 minutos	
Entre 31 minutos y 1 hora	
Más de una hora	

¿Que experimenta cuando no fuma?

Irritabilidad o ira	
Impaciencia	
Dificultad para concentrarse	
Dolor de cabeza	
Tensión o ansiedad	
Somnolencia	

¿Cómo fuma los cigarrillos?

Traga el humo	
Tiene el humo en la boca	

¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

Al primero de la mañana	
Al que acompaña un trago	
Al de antes de un parcial	
Al de después del almuerzo	
Al último de la noche	

II. CONSUMO DE ALCOHOL

Criterios – DSM-5		
<i>Escriba una X en la casilla que mejor describa su situación</i>	Sí	No
Consumo alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto		
Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol		
Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos		
Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol		
Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar		
Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol		
El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio		
Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico		
Continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol		
Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol		
Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos (<i>debe presentar ambos</i>): a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.		

Nombre de Investigadora: Miriam Raquel Álvarez López

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN