



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“EL *CRAVING* POR ALCOHOL Y EL CONTROL DE IMPULSOS AL
CONSUMO EN MIEMBROS QUE FORMAN PARTE DE GRUPOS DE APOYO
DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA) AMBATO”

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de
Psicóloga Clínica**

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

VERÓNICA ALEXANDRA RAMOS RAMOS

Directora:

PS. WENDY TAMARA NARANJO HIDALGO, MS.

Ambato – Ecuador

Febrero 2018

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“EL *CRAVING* POR ALCOHOL Y EL CONTROL DE IMPULSOS AL
CONSUMO EN MIEMBROS QUE FORMAN PARTE DE GRUPOS DE APOYO
DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA) AMBATO”

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental



BIBLIOTECA

Autor:

VERÓNICA ALEXANDRA RAMOS RAMOS

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psc. Cl. Mg.
CALIFICADORA

f. 

Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Ps. Mg.
CALIFICADORA

f. 

María Isabel Ramos Novoa, Ps. Mg.
CALIFICADORA

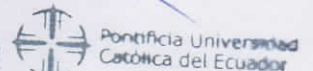
f. 

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra.
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 



SECRETARIA GENERAL
PROCURADURIA

Ambato – Ecuador

Febrero 2018

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad

Yo, Ramos Ramos Verónica Alexandra, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180420633-0 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.



Verónica Alexandra Ramos Ramos

CI. 180420633-0



BIBLIOTECA

Agradecimiento

Agradezco a Tamara Naranjo por ser una guía indispensable e incondicional a lo largo de la elaboración del presente proyecto. A mis maestros en general, cuyas enseñanzas permitieron el desarrollo personal y profesional plasmado en el término del proceso académico. A mi madre por su apoyo incondicional para la búsqueda de mi superación como mujer emprendedora e independiente, en búsqueda de sueños y logros.

Dedicatoria

Dedico el presente proyecto investigativo a mi madre y mi novio quienes con su cariño, sabiduría y apoyo, me han guiado a lo largo de mi carrera estudiantil.

“ Las personas que están lo suficientemente locas como para pensar que pueden cambiar el mundo son las que lo cambian ”

Anuncio *Think Different*, Apple 1997

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo demostrar la correlación existente entre el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo por alcohol. La investigación utilizó el método científico, descriptivo, correlacional, no experimental de corte transversal, que se evaluó mediante la escala de *craving* por alcohol EMCA y control de impulsos ECIRyC.: En 109 participantes miembros de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos, distribuidos de la siguiente manera: Grupo 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ambato con 40 miembros en rehabilitación (36,7%), Grupo Riobamba 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba con 39 miembros en rehabilitación (35,8%) y en el Grupo Chimborazo 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba con 30 participantes (27,5%). Se comprobó que la variable dependiente *craving* por alcohol influye directamente con la variable independiente control de los impulsos, por lo cual, se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se reconoce como válida la hipótesis alternativa: El *craving* por alcohol se correlaciona con el control de impulsos al consumo de alcohol en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato.

Palabras clave: control de impulsos, *craving*, dependencia alcohólica, EMCA, ECIRyC

Abstract

The aim of this study is to demonstrate the correlation between alcohol craving and impulse control when drinking alcohol. The study used the scientific, descriptive, correlational and non-experimental that is cross-sectional. The EMCA Alcohol Craving Scale and the ECIRyC Impulse Control Scale were used for the evaluation of 109 participants who are all members of Alcoholics Anonymous support groups that are distributed in the following way: Grupo 24 horas de Alcohólicos Anónimos in the city of Ambato with 40 members in rehabilitation (36.7%), Grupo Riobamba 24 horas de Alcohólicos Anónimos in the city of Riobamba with 39 members in rehabilitation (35.8%) and Grupo Chimborazo 24 horas de Alcohólicos Anónimos in the city of Riobamba with 30 participants (27.5%). It was proven that the dependent variable, alcohol craving, directly influences the independent variable, impulse control. Therefore, it is concluded that the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is considered valid – alcohol craving is correlated to impulse control when drinking alcohol for members who are a part of Alcoholics Anonymous support groups in the city of Ambato.

Key words: *impulse control, craving, alcohol dependence, EMCA, ECIRyC*

Índice de Contenidos

PRELIMINARES

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice de Contenidos	viii
PRELIMINARES	viii
Índice de Gráficos	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Problema	6
1.2.1. Descripción del problema	6
1.2.2. Preguntas básicas	8
1.3. Justificación	9
1.4. Objetivos	10
1.4.1. General	10
1.4.2. Específicos	10
1.5. Fundamentos Teóricos	11
1.6. Variables	11
1.7. Delimitación Funcional	11
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Etimología del término <i>craving</i>	12
2.1.1. Antecedentes históricos del <i>craving</i>	14
2.1.2. Definición de <i>Craving</i> por alcohol	15
2.1.3. <i>Craving</i> por alcohol – Sintomatología	16

2.1.4. Modelos Explicativos del <i>Craving</i>	17
2.1.4.1. <i>Craving</i> en el Modelo Cognitivo Conductual	17
2.1.4.2. <i>Craving</i> en el Modelo de la Neuropsicología.....	22
2.1.4.2.1. El sistema emocional y asociativo	23
2.1.4.2.2. El sistema atencional y toma de decisiones - recompensa.....	24
2.1.5. <i>Craving</i> - clasificación.....	27
2.1.6. <i>Craving</i> y dependencia por alcohol	29
2.1.7. <i>Craving</i> por alcohol en miembros en rehabilitación.....	30
2.2. Impulsividad	32
2.3. Tipos de Impulsividad	34
2.4. Trastornos de control de los impulsos	37
2.4.1. Clasificación de los trastornos del control de los impulsos.....	38
2.5. Impulsividad desde el Enfoque Cognitivo-Conductual.....	40
2.6. Impulsividad desde el Enfoque Neuropsicológico	45
2.7. Control de impulso al consumo – Sintomatología.....	47
2.8. Control de impulso al consumo en miembros en rehabilitación.....	50
CAPÍTULO III.....	52
MARCO METODOLÓGICO.....	52
3.1. Metodología de investigación.....	52
3.1.1. Método Aplicado	53
3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información	54
3.1.3. Población y muestra.....	57
3.1.4. Procedimiento Metodológico.....	58
CAPÍTULO IV.....	60
ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
4.1. Análisis Sociodemográfico	60
4.1.1. Análisis de Variables individuales.....	61
4.1.2. Análisis Variables Sociales.....	64
4.1.3. Análisis de Variables de Consumo de Alcohol	69
4.2. Análisis del Control de Impulsos en Miembros en rehabilitación Alcohólica.	77
4.2.1. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la ECIEscala de Control de los Impulsos Ramon y Cajal.	77

4.3. Análisis de Resultados de <i>Craving</i> por Alcohol en miembros en rehabilitación alcohólica.	80
4.3.1. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de <i>Craving</i> de Alcohol.....	81
4.4. Análisis de correlación entre la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal con la Escala Multifactorial de <i>Craving</i> de Alcohol	84
4.5. Análisis de consistencia interna de las escalas ECIRyC y EMCA	88
4.5.1. Análisis de consistencia interna de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”.	88
4.5.2. Análisis de Consistencia Interna de la Escala Multidimensional de <i>craving</i> de Alcohol.....	89
CAPÍTULO V	90
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	90
5.1. Conclusiones.....	90
5.2. Recomendaciones	93
Bibliografía	94
Anexos	99
Anexo 1: Hoja de Presentación	99
Anexo 2: Carta de consentimiento	100
Anexo 3: Ficha <i>Ad Hoc</i> Sociodemográfica.....	101
Anexo 4: Escala Multifactorial de <i>Craving</i> de Alcohol (EMCA).....	103
Anexo 5: Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal	104

Índice de Gráficos

Ilustraciones

Ilustración 2.1 Búsqueda de sensaciones - Modelo de Zuckerman	37
Ilustración 2.2 Pensamientos Irracionales – Albert Ellis.....	41

Tablas

Tabla 2.1 Clasificación de los Impulsos.....	35
Tabla 2.2 <i>Estructura factorial de la impulsividad</i>	36
Tabla 2.3 Clases de Impulsos	36
Tabla 2.4 Trastorno de control de los Impulsos	38
Tabla 2.5 Tipos de Pensamiento Automático.....	42
Tabla 2.6 <i>Estructuras anatómicas déficit de control inhibitorio</i>	47
Tabla 2.7 Objetivos generales del tratamiento de la dependencia alcohólica.....	51
Tabla 3.1 <i>Consistencia Interna – Fiabilidad de la Escala EMCA</i>	55
Tabla 3.2 Consistencia Interna – Fiabilidad Escala ECIRyC.....	56
Tabla 4.2: Distribución en función de variables Sociales	65
Tabla 4.3: Distribución en función de variables de actividad alcohólica.....	70
Tabla 4.4: Análisis descriptivo de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”	78
Tabla 4.5: Análisis descriptivo de la “Escala Multidimensional de <i>craving</i> de alcohol”	82
Tabla 4.6: Análisis correlacional entre las dimensiones del Control de Impulsos y el Deseo o <i>Craving</i> por alcohol	84
Tabla 4.7: Análisis de consistencia interna de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”	88
Tabla 4.8: Análisis de consistencia interna de la “Escala Multifactorial de <i>Craving</i> de Alcohol”	89

Gráficos

Gráfico 4.1: Distribución por sexo de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos	62
Gráfico 4.2: Distribución por estado civil de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos	63
Gráfico 4.3: Distribución por creencia religiosa de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.	64
Gráfico 4.4: Distribución por miembros de convivencia de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.	66
Gráfico 4.5: Distribución por Situación Laboral de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.	67
Gráfico 4.6: Distribución por Situación Laboral de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.	68
Gráfico 4.7: Distribución por Ubicación de estrato Socioeconómico de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.....	69
Gráfico 4.8: Distribución por Situación Socioeconómica permite la rehabilitación de los miembros en recuperación de alcohólicos anónimos. ..	71
Gráfico 4.9: Distribución por etapa de inicio de consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.....	72
Gráfico 4.10: Distribución por tiempo de consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.....	73
Gráfico 4.11: Distribución por tiempo sin consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.....	74
Gráfico 4.12: Distribución por consumo de otras sustancias en los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.....	75
Gráfico 4.13: Distribución por recaídas en los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.	76
Gráfico 4.14: Representación de resultados obtenidos en la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”.	79
Gráfico 4.15: Representación de resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de Craving de alcohol”.	82
Gráfico 4.16: Modelo Empírico Explicativo de la relación existente entre el Control de Impulsos y el Craving por alcohol. Comprobación de hipótesis..	86

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación describe la relación existente entre el *craving* por alcohol y el control de impulsos en miembros en rehabilitación, con la finalidad de desarrollar un modelo empírico explicativo que facilite la comprensión, en cuanto al deseo por consumir alcohol y la pérdida de control de los impulsos en miembros en rehabilitación alcohólica de los grupos (AA) Ambato. De esta manera, la investigación se ha organizado en cinco capítulos que faciliten su entendimiento.

En el primer capítulo se encuentran detallados antecedentes investigativos con respecto a la problemática de estudio, la descripción propiamente dicha del problema, la justificación que impulsa la investigación y los objetivos que guían el proceso del proyecto.

Dentro del segundo capítulo se encuentran los fundamentos teóricos que explican de manera detallada la conceptualización y origen de los términos *craving* por alcohol y control de impulsos, mismos que se encuentran respaldados por fuentes confiables válidas para investigaciones académicas.

El tercer capítulo contiene la metodología de trabajo en cuanto al enfoque, tipo de estudio, métodos aplicados e instrumentos de recolección de información que facilitaron el proceso de investigación.

El cuanto al cuarto capítulo, este abarca temas referentes a análisis e interpretación de resultados. En primera instancia mediante la aplicación de los test Escala multifactorial de *craving* de alcohol (EMCA) y la Escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal (ECIRyC) se obtuvo los niveles de deseo y de control de impulsos, para de esta manera ser analizados e interpretados, obteniendo la verificación de la correlación entre las dos variables.

Finalmente en el quinto capítulo se enlista las conclusiones obtenidas de la investigación y recomendaciones relevantes para futuras investigaciones relacionadas a la temática. Por último se adjunta la ficha sociodemográfica y los test aplicados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

En la actualidad existen trabajos enfocados en el estudio tanto del *craving* por alcohol como del control de impulsos, que muestran a la presente investigación como un tema actual y relevante. Las investigaciones que se describen a continuación toma en consideración a muestras poblacionales que bordean la adolescencia y adultez, de miembros pertenecientes a instituciones de rehabilitación alcohólica y de otras sustancias.

El estudio realizado por Serecigni, Luquero, Siñol, Burguete y Cárdu (2006). En 151 pacientes en la Unidad de Conducta Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, en la que se intentó detectar la utilidad de la escala de *Craving* de alcohol (EMCA) en la práctica clínica, en pacientes que se encontraban hospitalizados o en tratamiento ambulatorio para su dependencia alcohólica, determino ser un instrumento útil para la medición de deseo de sustancias durante el periodo de abstinencia alcohólica, de esta manera la EMCA aporta significativamente en cuanto a la eficacia y mejora de la planificación del tratamiento del alcoholismo.

Por otra parte, en un estudio similar desarrollado por Pérez y otros (2007) sobre la validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulso adicciones: el MULTICAGE CAD-4, en 530 pacientes de un centro de salud urbano de un centro de rehabilitación para dependientes de Madrid, se detectó trastornos que pueden incluirse globalmente en el concepto y categoría clínica de trastornos del control de los impulsos, que se caracterizan por una limitación en la capacidad para reprimir ciertos impulsos o tentaciones de llevar a cabo un acto perjudicial para la propia persona o bien para los demás, aun en contra de su propia voluntad.

Complementariamente, se realizó un estudio en individuos que habían participado en AA durante 10 años en promedio, Gutiérrez, Medina, Jiménez, Rodas y Rey *et. al* (2015) postulan su investigación realizada en 192 sujetos, sobre estilos de afrontamiento a la "obsesión mental por beber" (*craving*) en bebedores en proceso de recuperación. Los resultados muestran cinco estilos de afrontamiento: evadir situaciones inductoras al tiempo que se busca una solución (evasivo-activo); evadir retrayéndose (evasivo-pasivo); mostrar sentimientos de enojo y no hacer nada (emocional-pasivo); recordar y comparar la vida pasada como alcohólicos activos (revalorativo) y negar cualquier afrontamiento (negador).

A nivel local estudios realizados en la Universidad Nacional de Chimborazo, Agualongo y Arias (2015) demuestran en su trabajo con miembros del grupo de Alcohólicos Anónimos "Sultana de los Andes" que el *craving* por alcohol "aparece pronto tras la abstinencia y puede mantenerse durante un largo periodo de tiempo; mientras que el síndrome de abstinencia tiene una duración más limitada en el tiempo" (p.33). Por otra parte, Vásquez (2013) resume sobre los riesgos a corto y

largo plazo del consumo de alcohol por lo que su estudio otorga suma importancia en la discriminación correcta sobre la población catalogada como alcohólica y población abusadora de alcohol. Finalmente, Portillo y Andrade (2012) en su estudio realizado a 140 personas con dependencia de sustancias demostraron que los procesos mentales que poseen estos provocan que generen reacciones fisiológicas lo que incita el consumo de la sustancia a la que es dependiente o adicto.

Los estudios expuestos en este espacio son citados con el objetivo de mantener un respaldo de la propuesta de trabajo a realizar e identificar la importancia del tema de interés.

1.2.Problema

1.2.1. Descripción del problema

Se ha comprobado a través de observaciones preliminares en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato síntomas como pensamientos o requerimientos obsesivos, fuerte deseo subjetivo o ansia irresistible por consumir alcohol. Esta sintomatología aparentemente se relaciona con el *craving* por consumo de alcohol denominado por Castillo y Bilbao (2008) como “La querencia o apetencia por re-experimentar los efectos de la sustancia, la búsqueda de alivio ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, el incentivo motivacional para el auto-administración de sustancias, expectativas hacia los efectos gratificantes” (p.09-10). Se expresa en el deseo irresistible de consumir la sustancia alcohólica.

Del mismo modo se ha evidenciado en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato, síntomas como explosión de ira, comportamiento agresivo o violento, ideas intrusivas, concentración deficiente, pensamientos obsesivos o compulsivos e irritabilidad. Estas reacciones aparentemente se relacionan con el control de impulsos, mismo que es definido por Esquivel (2016) como “Una sensación de tensión que incrementa gradualmente, hasta cometer la acción irresistible, para experimentar placer y liberación de tensión acumulada, después, puede haber sentimientos de pena o de culpabilidad, este comportamiento se agrava con el consumo de alcohol” (p.01). Es decir, que el control de impulsos refiere a una reacción tanto cognitiva como conductual, implicada en los procesos de modificación de estilos de vida o de hábitos ante sucesos inesperados o sorprendidos.

El *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo de alcohol es inducido por la supresión de ingesta alcohólica, el establecimiento de nuevos estilos de vida y la incapacidad de controlar pensamientos y conductas. Autores como Acuña (2005) mencionan la teoría de Skinner (1938) en la cual mencionan que “los comportamientos que son reforzados positivamente tienden a repetirse, pues son gratificados con premios o estímulos positivos, este tipo de estímulos pueden modificar comportamientos e incrementarlos en una forma positiva” (p. 04). Es decir, un sujeto termina desarrollando una adicción cuando la acción adictiva le suministra goce, las personas adictas ingieren sustancias por el placer que estas les producen.

El *craving* por alcohol al parecer mantiene relación con la falta de control de los impulsos al consumo de alcohol en miembros integrantes de las comunidades de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ambato.

1.2.2. Preguntas básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Surge cuando los miembros de las comunidades de Alcohólicos Anónimos llegan a formar parte de dicha comunidad después de haber sido considerados alcohólicos activos, debido a los compromisos y obligaciones que estos adquieren dentro de la comunidad como: la abstinencia total de ingesta de todo tipo de bebida alcohólica, permanecer dentro de las instalaciones hasta cuando se consideren personas aptas para la vida abstémica de alcohol total, el abandono de amistades y familiares durante el periodo de recuperación, servicio comunitario dentro de la comunidad a la que pertenecen (AA), abandono de estudios o trabajo si lo tuviesen y estar subordinados ante la presencia del director (Denominado como Padrino) que en este caso es el miembro más antiguo, es decir el miembro con más años de abstinencia y servicio. Provocan que los miembros de la comunidad de alcohólicos anónimos tengan la presencia de síntomas como: explosión de ira, comportamiento agresivo o violento, ideas intrusivas, concentración deficiente, pensamientos obsesivos o compulsivos, irritabilidad, fuerte deseo subjetivo o ansia irresistible por consumir alcohol.

¿Por qué se origina?

No aplica

¿Cuándo se origina?

No aplica

¿Dónde se detecta?

En miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato.

1.3. Justificación

Puesto que no se han encontrado estudios relevantes que investiguen, el *craving* por alcohol y su correlación con el control de impulsos al consumo, la presente investigación centraliza la explicación de la relación existente entre ambas variables propuestas a partir de la teoría que las sustentan. La valoración y resultados del *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo, permitirán crear mecanismos de prevención de recaída ante el comportamiento de abstinencia, la prevención del agravamiento de la condición patológica del consumo y el autocontrol sobre el consumo de alcohol, los cuales serán de gran utilidad para los integrantes o miembros de la comunidad de alcohólicos anónimos.

De esta manera, tanto la valoración como comprobación de resultados, brindan a las comunidades de rehabilitación de alcohólicos anónimos, formas de valor para mantener la abstinencia del consumo de alcohol de una manera más manejable, evitando recaídas y comportamientos agresivos.

1.4.Objetivos

1.4.1. General

Determinar la relación existente del *craving* por alcohol y el control de Impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de Alcohólicos Anónimos.

1.4.2. Específicos

- Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos.
- Evaluar los niveles que posee el *Craving* por alcohol y el control de Impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato.
- Realizar un análisis de tipo estadístico correlacional que permita verificar la relación existente entre el *Craving* por alcohol y el control de Impulsos al consumo.
- Crear un modelo que explique el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos.

1.5.Fundamentos Teóricos

Hipótesis de trabajo: El *craving* por alcohol se correlaciona con el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato.

1.6. Variables

Variable 1: *Craving* por alcohol

Variable 2: Control de Impulsos al consumo

1.7.Delimitación Funcional

Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Como resultado final la investigación aportará con un modelo empírico explicativo, el cual permitirá la identificación del *Craving* por alcohol y la relación con el control de impulsos. Lo que se pretende realizar con esta modalidad de trabajo es una forma de evaluación permanente dirigida a los futuros miembros de los grupos de rehabilitación (AA) Ambato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Bases teóricas: Antecedentes investigativos sobre el *craving* por alcohol

2.1. Etimología del término *craving*

El termino *Craving* nace a partir de varios constructos sobre las adicciones a diferentes sustancias alcohólicas o psicotrópicas, dicho de otra manera a la consecuencia del síndrome de abstinencia generado a partir de la falta de consumo de bebida alcohólica durante un tiempo prolongado, en el cual el sujeto dependiente empieza a generar síntomas que le causan malestar físico, psicológico y orgánico.

Visto desde el punto de recaídas al consumo de una sustancia adictiva el termino *craving* es definido por el autor Markou como ha sido citado en Muñoz, San Juan, Fernández, Vila y Montoya (2010) como “La motivación de auto-administrarse una sustancia psicoactiva que previamente ha sido consumida” (p.112). Es así que la terminología *craving* está específicamente ligada a la dependencia como consecuente del síndrome de abstinencia.

Con el objetivo de detallar la conceptualización del término *craving*, Rahola (2013) sugiere que en el año 1955 la Organización mundial de la salud (OMS), concreta al término *craving* como aquella necesidad de carácter fisiológico, la cual al parecer tiene su origen o aparición como síntoma del síndrome de abstinencia, este fenómeno se da tras un tiempo prolongado de consumo de una sustancia que hace que el individuo sea dependiente de esta, a su vez dicha sustancia bien puede ser alcohol, tabaco u otro tipo de sustancia adictiva que genera en el individuo síntomas desenfrenados de necesidad de consumir la sustancia para sentirse bien o sentir gratificación. Lo cual demuestra que el término *craving* es utilizado para describir o hacer referencia al deseo irresistible por el consumo de una sustancia adictiva.

Monte-Secades, Rabuñal y Guerrero (2014) en su investigación sobre Síndrome de Abstinencia Alcohólica en Pacientes Hospitalizados, han llegado a la conclusión que el *craving* aparece justamente al mismo tiempo que el síndrome de abstinencia, sin embargo el estudio realizado por Conklin, Clayton, Tiffany y Shiffman, en el año 2004 sobre, Conceptos y Medición de la Dependencia al Tabaco citado en Muñoz et al. (2010) ha revelado que el tiempo de duración del síndrome de abstinencia es mucho más delimitada, es decir, el *craving* por alcohol aparece inmediatamente después del síndrome de abstinencia. De esta manera se demuestra que el *craving* por alcohol bien puede aparecer inmediatamente después de iniciado el síndrome de abstinencia como también puede aparecer después de un largo tiempo de abstinencia.

2.1.1. Antecedentes históricos del *craving*

El término *craving* a lo largo del tiempo ha sido puesto en análisis para llegar a un concepto adecuado y concreto, pese a varios estudios, en 1954 la Organización Mundial de la Salud, formó un grupo de especialistas en el tema de alcoholismo y salud mental, Mardones 1955 citado en Warburton (1992), integrante del comité especialista, sostuvo que la necesidad por el consumo de alcohol consiste en la presencia de un deseo desmedido a nivel psicológico y fisiológico que el sujeto desea satisfacer a toda costa, con el fin de aliviar la sintomatología presente tanto física como psicológica a causa de la aparición del síndrome de abstinencia.

En este mismo orden de las ideas los autores Martínez, Páez, Valero y Salguero, (2011) fundamentan el síndrome de abstinencia como el “Grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una sustancia” (p.4). De esta manera, eruditos en la materia exponen varias definiciones sobre el *craving* por alcohol para un mejor entendimiento de dicho término, como por ejemplo: para Marlatt citado en De Arce Guerra (2012) refiere que el *craving* es un “Estado subjetivo mediado por las propiedades de incentivo de las consecuencias positivas esperadas; un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por un resultado positivo esperado” (p.76). La gratificación causada o sentida por el individuo al consumir una sustancia, reduce su ansiedad y malestar físico causado por el síndrome de abstinencia, haciendo del sujeto dependiente de dicha sustancia.

Por otra parte Tiffany citada en Iraurgi Castillo y Corcuera Bilbao (2008) habla del *craving*, como un “Estado emocional de los procesos cognitivos” (p.11). Realzando la necesidad de consumir sustancias a causa de procesos mentales que predisponen al sujeto a permanecer dentro de la actividad consumidora de sustancias. Es decir, existen ciertos patrones de pensamiento que inducen al sujeto a sentir la necesidad de consumo de sustancias, de esta manera se remarca que dichos patrones de pensamientos son instaurados durante el tiempo de actividad consumidora.

2.1.2. Definición de *Craving* por alcohol

En la actualidad el alcohol es visto por la sociedad como una bebida de consumo normal, puesto que en la cultura ecuatoriana siempre se ha encontrado dicha bebida como parte de cenas, graduaciones, matrimonios, festividades, entre otras actividades.

El entendimiento sobre la concepción del *craving* por alcohol es muy similar a la definición del *craving* por sustancias. Según Guardia, Luquero, Siñol, Burguete y Cardús (2006) el *craving* por alcohol hace referencia a un “Estado emocional subjetivo de deseo intenso de beber o auto-administrarse una determinada sustancia adictiva y como un fenómeno psico-biológico en el que inciden una gran diversidad de aspectos situacionales, motivacionales, cognitivos, emocionales, conductuales y de personalidad” (p.267). Por lo que facilita el consumo de dicha sustancia en periodos cortos de tiempo después de la abstinencia por alcohol.

De esta manera, las personas que presentan en el síndrome de abstinencia alcohólica pasan por el llamado estado de *craving* por alcohol, mostrando sintomatología a nivel físico como psicológico como se detalla en el siguiente apartado.

2.1.3. *Craving* por alcohol – Sintomatología

El *craving* por alcohol es detallado como el deseo o ansia desmedida de consumir sustancias alcohólicas, su sintomatología es apreciada por Rankin, Hodgson y Stockwell (1979) por “Componentes fisiológicos (temperatura, pulso, niveles de alcohol en sangre y temblor) y subjetivas (ansiedad, deseo de beber y dificultad para resistirse a beber)” (p.389). Lo que genera en el individuo a nivel psicológico, tensión, angustia, sensación de futuro incierto, visión en túnel, entre otros síntomas. Mientras que a nivel físico se experimentan síntomas como: sudoración, mareos, dolores de cabeza, aceleración cardíaca, alteraciones de la presión, entre otros síntomas.

Es así que la sintomatología del *craving* por alcohol, es vista como exigencia del organismo, como disposición tergiversada del deseo intrusivo por la sustancia alcohólica. Por lo tanto el estado de *craving* por alcohol puede llegar a agravarse, así lo describen Iraurgi Castillo y Corcuera Bilbao (2008), son “Síntomas de gran comorbilidad en el contexto clínico” (p.15). Evolucionando como trastornos crónicos de adicción, que ponen en riesgo la salud mental y física del individuo.

Es así que el *craving* por alcohol es identificado por la aparición de síntomas físicos como:

- Sudoración
- Taquicardia
- Agitación
- Sensación de ahogo

Y síntomas psicológicos como:

- Ideas intrusivas con respecto al consumo de alcohol
- Incremento de ansiedad por consumir alcohol
- Deseo irrefrenable de consumir la sustancia alcohólica, entre otras.

2.1.4. Modelos Explicativos del *Craving*

Se han encontrado estudios relevantes como *The Craving for Alcohol* (1955) que trata sobre los modelos explicativos del *craving*, no obstante estos han sido parciales, lo que significa que en su contenido especifican únicamente particularidades determinadas para explicar la estructura y funcionamiento del *craving*. A continuación, se describirá el modelo explicativo Cognitivo conductual y el Modelo explicativo Neuropsicológico, para una mayor comprensión del deseo de consumo a sustancias.

2.1.4.1. *Craving* en el Modelo Cognitivo Conductual

El modelo explicativo cognitivo conductual centra sus estudios en la conducta del sujeto como respuesta de procesos mentales o cognitivos, ya que supone que las personas tienen la facultad de procesar información del medio que los rodea y

hacerlos suyos o no, esta concepción hace que el proceso cognitivo sea diferente en cada persona ya que la experiencia y el contexto de su convivencia diaria hace que sus procesos mentales se ajusten a la realidad del sujeto provocando que sus conductas y respuestas sean automáticas.

Enfoque ajustado al aquí y al ahora del sujeto, el cual coloca su foco atencional a los elementos determinantes de la conducta. Según Labrador, Cruzado y Muños citado en Gonzáles (2009) “Enfatizan la explicación del comportamiento mediante el estudio de las estructuras internas mentales como la representación, memoria, fases de procesamiento de información, es decir, hacer hincapié en los procesos cognitivos que median entre el estímulo y respuesta” (p.112). De esta manera el modelo teórico del condicionamiento toma realce dentro del *craving*, puesto que basa sus postulados en evitar la abstinencia u obtener una sensación gratificante mediante el consumo o cese de consumo de la sustancia adictiva, llamado también refuerzo negativo o recompensa hedónica.

Así mismo la teoría cognitiva inspira sus postulados sobre el *craving* en base a respuesta de los procesos cognitivos mentales, es decir concibe al *craving* como respuesta a demandas mentales del sujeto que inspira la actividad consumidora de sustancia.

Es así que tanto síntomas como deseo irrefrenable de ingerir o consumir la sustancia, sudoración, aceleración cardiaca, angustia o ansiedad sin razón aparente como conductas agresivas, impulsivas o a su vez conductas confusas de sentido propio

características del *craving* son explicadas desde el enfoque cognitivo conductual. Torres (2015), menciona que la teoría cognitiva explica de manera detallada al *craving*.

La teoría cognitiva explica el *craving* basándose en los principios de los procesos cognitivos automáticos y no automáticos. Desde esta perspectiva, la realización de una determinada tarea, como de consumir una droga, se explica como un proceso automático. En caso contrario, los procesos no automáticos surgen cuando los procesos automáticos no consiguen la respuesta deseada. Esta teoría considera el *craving* como un proceso no automático que aparece cuando las condiciones ambientales impiden el consumo y también, cuando el drogodependiente por sí mismo intenta evitar el consumo. (parr.8).

Es así que Shiffman y West citados en Muñoz (2007) plantean la práctica de la técnica “*Cognitive Coping*”, la cual consiste en entrenar al paciente en detener su pensamiento en situaciones de *craving* y pensar en los efectos negativos que ha tenido en su vida al consumo de la sustancia” (p.28). Dentro del *craving*, se ha evidenciado conductas en pacientes en rehabilitación más marcadas en cuanto agresión, ira, entre otras haciendo que los sujetos que lo padecen no piensen en las consecuencias que tendrán sus actos, por tal razón se ve como sinónimo de *craving* a la compulsión que empuja a consumir o actuar de cierta manera ante la permanencia de la actividad adictiva.

Investigaciones como la de Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) sobre el *craving* como componente esencial en la abstinencia, demuestra la existencia de

varios modelos conductuales que describen el condicionamiento del *craving*, como por ejemplo:

Modelo basado en la búsqueda de efectos positivos asociados al consumo:

En este modelo los efectos reforzadores de las sustancias son la base del fenómeno del *craving*. Los estímulos asociados al consumo, y específicamente a los efectos reforzadores de las drogas, se convierten a través de procesos de condicionamiento, en desencadenantes de expectativas de los efectos reforzadores. Estas expectativas activarían el *craving*, como un estado emocional dirigido a la búsqueda de la sustancia.

Modelo basado en la evitación del síndrome de abstinencia:

Las señales o estímulos provocan un estado aversivo en el individuo, en forma de síntomas de abstinencia subclínicos o respuestas emocionales negativas asociadas a un estado de privación o síndrome de abstinencia, que son finalmente donde recae el deseo de consumir o *craving*. Las situaciones en las que tiene lugar el síndrome de abstinencia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados susceptibles de elicitar respuestas condicionadas, casi idénticas al síndrome de abstinencia. Así, surgiría el *craving* como alternativa para evitar esta sintomatología.

(Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas, 2004, p.100)

Lo que demuestra que el comportamiento del individuo con dependencia alcohólica se encuentra ligado al *craving* por alcohol, en cuanto a la búsqueda de gratificaciones asociados al consumo a través de sus propias experiencias y la evitación del malestar físico y psicológico sentido a causa del síndrome de abstinencia.

De la misma manera, se han encontrado modelos cognitivos que explican el *craving* por alcohol en Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) los cuales son:

- **Modelo de etiquetaje cognitivo:** el *craving* es una emoción generada después de la exposición a señales o estímulos relacionados con la droga que se traduce en dos tipos de respuestas, una respuesta cognitiva y una respuesta de activación fisiológica o "arousal". Esta última es la que es identificada por el individuo como *craving*. El alcance del *craving* depende del alcance de la activación a la que se llega, surgiendo el *craving* de la interpretación cognitiva de las reacciones condicionadas.
- **Modelo de las expectativas de resultado:** afirma que el *craving* se genera después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan o activan expectativas positivas sobre los efectos de ésta. "Cuando veo que mis amigos beben alcohol, pienso cómo deseo los efectos del alcohol, y quiero experimentar estos deseos". Se ha de distinguir entre el *craving* que correspondería al deseo de los efectos positivos de la "urgencia" o impulso, los deseos activan los impulsos, en un intento de llegar al compromiso individual de uso de la droga que precipitaría el uso final.
- **Modelo del doble afecto:** el *craving* está controlado por sistemas complejos de procesamiento de la emoción, que influyen en las respuestas fisiológicas, la emoción y la conducta de búsqueda de droga. El *craving* está producido por un sistema emocional negativo como serían el síndrome de abstinencia, los eventos negativos y los estados emocionales displacenteros y un sistema emocional positivo, como por ejemplo los estados emocionales satisfactorios y el consumo a dosis pequeñas de la sustancia.

(Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas, 2004, pp.105-106)

Es así que el proceso cognitivo del individuo dependiente a la sustancia influye directamente con el establecimiento mental del *craving* por alcohol, es decir, la instauración cognitiva sobre el *craving* se encuentra estrechamente unida a la experiencia emocional y vivencial del individuo.

2.1.4.2. *Craving* en el Modelo de la Neuropsicología

El modelo explicativo de la neuropsicología en el *craving*, dirige la atención a las estructuras cerebrales que se ven afectadas o que a su vez son causantes directas del fenómeno *craving* en personas dependientes a sustancias que generan síndrome de abstinencia, conduciendo al consumo continuo de la sustancia dependiente.

Debido al notable valor que se otorga al *craving*, algunos autores han realizado investigaciones al respecto, obteniendo resultados sobre la importancia de la neuropsicología en el proceso del fenómeno *craving*. Para Di Chiara (2000); Kalivas y Volkow (2005); Ginsberg (2006). Las estructuras cerebrales juegan un papel importante en el estudio del fenómeno *craving*.

Una cuestión clave en el estudio del *craving* es conocer las estructuras cerebrales implicadas en la aparición de este deseo tan intenso. El objetivo es lograr un conocimiento más profundo del fenómeno *craving* y de los procesos psicológicos a los que afecta, así como dirigir la investigación a la búsqueda de fármacos más específicos que actúen sobre neurotransmisores localizados en estructuras concretas. (Citado en Muñoz García, 2007, p.29)

Es así que el estudio del *craving* a nivel de la neuropsicología basa sus investigaciones en sistemas que permiten el entendimiento de las funciones de las estructuras cerebrales en el proceso de abstinencia asociado a la dependencia de sustancias. Los autores Muñoz, *et al.* (2010) Sugieren que son dos sistemas que se relacionan con el *craving*:

- Sistemas emocionales y asociativos (relacionados con el *craving* condicionado).
- Sistema de toma de decisiones (relacionados con los déficits en la elección de respuestas en episodios de *craving*) y la recompensa (responsable del desarrollo de la dependencia y del *craving*). (pp.112-113)

De esta manera, estudios como los mencionados anteriormente señalan que el proceso del fenómeno *craving*, abarca una serie de estructuras cerebrales corticales y subcorticales. Es ineludible mencionar que la activación del *craving* tiene fundamental parentesco con las zonas cortico-límbicas, ya que poseen la función de procesar los refuerzos naturales de la adicción. Es así que los dos sistemas actúan conjuntamente y de manera análoga.

2.1.4.2.1. El sistema emocional y asociativo

El sistema emocional y asociativo es mencionado por Chiamulera; Weiss citados en Muñoz (2007) como un “Procesamiento automático de abajo – arriba en el cual están implicados la Amígdala, el Hipocampo y el Circuito Estriado – Talámico – Cortical” (p.28-33).

Amígdala: estructura que posee la facultad de procesar todo aquel contenido o significado emocional que provoca el fenómeno del *craving*, generando respuestas a nivel físico y psíquico que explican la conducta del abstinencia. Es así que la amígdala queda encargada de manejar las conductas condicionadas por la Amígdala Basolateral que a su vez puede ser un predictor del consumo y manejar las conductas motivadas por los núcleos centro mediales que forman parte de la Amígdala.

Hipocampo: estructura que posee la facultad de procesar aquellos estímulos encargados de la producción del auto-informe del *craving* contextual, es decir el hipocampo se encarga de procesar o producir el contexto de fondo que provee a los estímulos las respuestas, ya que se encuentra ligada con la memoria en tanto experiencias del sujeto como de su memoria episódica.

Círculo – Estriado – Talámico: estructura que posee la facultad de procesar las acciones del sujeto, ya que posee conexión con los estímulos reforzadores que hacen que la motivación por el consumo se transforme en acción al consumo, puesto a que es una estructura conocida por su relación con el trastorno obsesivo – compulsivo facilita la observación de la conducta instrumental durante el fenómeno del *craving*.

De esta manera, las estructuras cerebrales juegan un papel importante en el desarrollo de las adicciones, puesto que la sustancia alcohólica contiene químicos que dañan gran parte de las estructuras cerebrales, provocando cambios en el comportamiento, memoria, pensamiento, entre otras que predisponen el consumo de la bebida alcohólica, a su vez interviene en la motivación del individuo significativamente, facilitando la adicción.

2.1.4.2.2. El sistema atencional y toma de decisiones - recompensa

El sistema atencional y toma de decisiones es mencionado por Childress; Weinstein; Grant; Maas; Daghish y Brody citados en García (2007) como un “Procesamiento automático de abajo – arriba en el cual están implicadas las áreas corticales: Corteza

Cingulada, Corteza Frontal Dorsolateral, Corteza Orbitofrontal y la Ínsula”. (pp.34-38). Áreas que intervienen en la asociación gratificante del consumo de alcohol.

Algunas de las áreas cerebrales que de igual manera intervienen en la instauración de las adicciones y a la predisposición del sujeto dependiente al consumo.

- **Corteza Cingulada:** estructura que posee la facultad de elaborar aquellas exigencias cognitivas como atencionales que tienen que ver con las demandas de consumo de las sustancias a las que se encuentra dependiente y la identificación de estímulos netamente correspondidos con el consumo, que a su vez dirige las conductas mediante la modulación emocional del sujeto hacia la adquisición de la sustancia y así al consumo de la misma.
- **Corteza Frontal Dorsolateral:** estructura que posee la facultad de mantener recuerdos ligados a la actividad adictiva, es decir mantiene en buen estado a la memoria operativa, a su vez mantiene relación con los estímulos asociados a la recompensa y castigo que motiva el consumo o cese de consumo.
- **Corteza Orbito Frontal:** estructura que posee la facultad de combinar elementos tanto motivacionales como también elementos emocionales gracias a las representaciones que se mantienen en la memoria de trabajo que conducen al consumo de sustancias.
- **Ínsula:** estructura que posee la facultad de dirigir las representaciones del estado homeostático del organismo en situaciones de abstinencia.

El funcionamiento cerebral de las personas que presentan cuadros de abstinencia por la dependencia a una sustancia, funciona de manera diferente, por tal razón la importancia del conocimiento de la neuropsicología en el aspecto de *craving*, Poveda, Mora, Lara y Naranjo (2016) mencionan que “la adicción es aceptada como una enfermedad mental en los adictos en recuperación, en la que el deterioro cognitivo está presente como consecuencia de su consumo, se comprueba una relación directa entre los factores culturales de la drogodependencia y su impacto sobre el deterioro cognitivo”. (p.94). Lo cual sustenta, el origen de daño neuronal al consumir sustancias de carácter adictivo, ya sean estas drogas o alcohol, dependiendo la cantidad de consumo.

El Modelo Neuroadaptativo descrito por Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) refiere que “la gradual y permanente adaptación de la función cerebral a la presencia del alcohol y otras drogas es un factor central en el desarrollo de una dependencia. Para mantener la homeostasis del cerebro, muchas células adaptan sus actividades y sus respuestas a la presencia prolongada de los tóxicos” (P.96). lo cual explica que, el constante consumo de bebidas alcohólicas genera una adaptación a nivel cerebral, misma que al suspender la sustancia alcohólica provoca el llamado *craving* por alcohol, puesto a que las estructuras cerebrales se han adaptado a la presencia crónica del alcohol.

Por otra parte, las redes neuronales son descritas por Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) como:

Modelo neuroanatómico: intenta correlacionar las características del craving con determinados sistemas neuronales específicos. Inicialmente este modelo tendría que ser considerado especulativo, pues parte de premisas experimentales. El alcohol y las otras drogas activan el núcleo accumbens, que ha sido definido como "el centro de recompensa cerebral". Estas neuronas del núcleo accumbens tienen extensiones hacia la amígdala y hacia áreas del córtex frontal. La amígdala, que está muy interconectada con regiones que controlan las emociones, como por ejemplo el sistema límbico, juega un papel en la modulación del estrés y el estado de ánimo. Las áreas del córtex frontal integran la información sensorial entrante, como por ejemplo determinados olores, visiones y sonidos. Una de estas áreas es el córtex prefrontal dorsolateral, donde los recuerdos de aspectos compensatorios o de recompensa del uso de drogas o alcohol y la atención elevada o apetencia están localizadas.

(Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas, 2004, p.98)

Se concluye que cada individuo con adicción alcohólica posee diferentes niveles de *craving*, dependiendo de la cantidad de consumo, la asociación cerebral a las vivencias y la predisposición genética.

2.1.5. *Craving* - clasificación

Realizando una investigación más profunda sobre los diferentes tipos de *craving* nos ha sido posible clasificarla de acuerdo a sus autores en dos grupos, como por ejemplo: Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) mencionan que al *Craving* se lo puede clasificar de acuerdo a su origen de la siguiente manera:

- Como respuesta a los síntomas de abstinencia.
- Como respuesta a la falta de placer.

- Como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia.
- Como respuesta a deseos hedónicos.

Por otra parte Early citado en Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) formulan una clasificación según el arquetipo de pretensión o apetencia de sustancias.

Uso reforzado, aparecería durante la fase de consumo y desaparecería al abandonarlo.

Interoceptivo, aparecería en el mes posterior al cese del consumo y se desencadenaría por síntomas corporales o pensamientos.

Encubierto, hasta dos meses después del cese del consumo y caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza de que ya no se desea la droga.

Condicionado a señales externas e internas, permanecería hasta dos años después del cese del consumo y estaría desencadenado por estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos).

(Chesa et al., 2004, p.38)

Explicado a partir del momento en que se inicia el consumo de las sustancias adictivas hasta el momento que se decide suspender su consumo, marcando el tipo de deseo en cada fase del proceso de la adicción.

Actualmente no se ubica con exactitud una clasificación que determine detalladamente al *craving*, sin embargo, los estudios realizados sobre *craving* afirman mantener su foco en el proceso de adicción y dependencias, especialmente en pacientes o en personas que se han sometido a tratamiento para dejar de consumir

una sustancia específica. Así Iraurgi y Corcuera (2008) mencionan que el *craving* se da porque el sujeto “Puede ser influido por la disponibilidad real o percibida de la sustancia, puede ocurrir bajo circunstancias en que el sujeto no ha consumido desde hace mucho tiempo” (p.13). Por tal razón el proceso de aparición del estado de *craving* en personas dependientes puede darse cuando la persona está consciente y también cuando no lo está, lo que hace que en la actualidad se busque una explicación de carácter holístico que abarque todos los elementos y características de este raro proceso que se ubica justamente después del síndrome de abstinencia.

2.1.6. *Craving* y dependencia por alcohol

A lo largo del tiempo ha existido una confusión en cuanto al concepto de *craving* y dependencia al alcohol, ya que poseen muchas características sintomatológicas que se relacionan y a su vez son causantes del mismo factor que en este caso se trata del consumo de alcohol y la interrupción de la ingesta por un tiempo prolongado de consumo.

Es así que se procederá a definir correctamente el término dependencia al alcohol. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2014) la dependencia de sustancias es “Un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos” (p.58). Por lo cual los sujetos que llegan a padecer de dependencia al alcohol presentan la necesidad de consumir cantidades cada vez más elevadas de alcohol para conseguir sentirse bien, que con el tiempo van incrementando ya que su organismo se vuelve tolerante a dicha sustancia, a su vez provoca abstinencia que se caracteriza por provocar

síntomas no deseados en el periodo de inactividad de consumo de la sustancia, los deseos de ingerir dicha sustancia son cada vez más fuertes y persistentes, por lo general los individuos con dependencia pasan mucho tiempo en la búsqueda de ingerir alcohol provocando el abandono de actividades importantes en su vida y finalmente el sujeto es consciente del daño que está ocasionando dicha actividad en su diario vivir.

Mientras que el *craving* por alcohol propiamente dicho forma parte de la dependencia alcohólica como criterio diagnóstico.

Es así que la dependencia por alcohol y el *craving* por alcohol, a pesar de tener varias características y síntomas similares, su concepción y curso de desarrollo es diferente, dejando en claro que el *craving* por alcohol forma parte de las consecuencias de la dependencia alcohólica, lo cual facilita la confusión de términos y su mal uso en investigación.

2.1.7. *Craving* por alcohol en miembros en rehabilitación

Se entiende por miembros en rehabilitación a aquellas personas que acuden a un centro de ayuda para dejar de consumir alcohol, ya sean estas obligadas a asistir a dicho centro o que asistan por voluntad propia.

Estudios como el realizado por Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza (2011) revelan que la presencia de *craving* por alcohol en dicha población

puede modificar su calidad de vida. “El nivel de calidad de vida al iniciar tratamiento no depende del tiempo de abstinencia ni evolución del alcoholismo, las personas utilizan su estado afectivo momentáneo como referencia para establecer juicios sobre su felicidad y satisfacción en su vida” (p.229). Por tal motivo, parte de la recuperación de los miembros en rehabilitación, es la alteración en cuanto a su estado de salud, de la misma forma en su estado de ánimo, en sus actividades cotidianas distractoras de ocio y en su relación comunicacional dentro de su medio social, impidiendo el desenvolvimiento conductual y comportamental normal del sujeto alcohólico.

Los trastornos o enfermedades vinculados al alcohol han aumentado, se han visto accidentes, ruptura de hogares, enfermedades físicas y psicológicas causadas por el abuso del consumo de alcohol.

Es necesario recalcar que la mayoría de miembros que inicia tratamiento de ayuda para controlar o disminuir el consumo de alcohol en comunidades designadas para cumplir dichos objetivos, abandonan de inmediato por la fuerte presencia de dependencia a la sustancia alcohólica y *craving* por alcohol.

La percepción de futuro de vida conjuntamente con la sintomatología no deseada del síndrome de abstinencia presente en alcohólicos en rehabilitación varía conforme pasa el tiempo, provocando la recaída o angustia desenfrenada por el cese de actividad consumidora.

Fundamentos teóricos del control de impulsos al consumo

2.2. Impulsividad

En general, la forma de interactuar de las personas dentro de su ámbito social, es a base de conductas que se encuentran guiadas o registradas por el deseo o el impulso de obtener algo que anhelan y que demandan poseer, visto desde este punto, es necesario definir el término impulsividad para aproximar la concepción del término control de los impulsos.

Según Pérez (2015) impulsividad es “La dificultad para restringir el propio comportamiento, acto sin la reflexión adecuada, aceptando riesgos e intentando conseguir los objetivos rápidamente” (p.2). De esta manera, la conducta está influenciada en gran medida por impulsos, que generan actos ante diferentes situaciones, a su vez intervienen sentimientos que brindan la intensidad del acto o conducta.

Otra definición para impulso brinda el Diccionario de la Real Lengua Español (2017) “Acción y efecto de impulsar, fuerza que hace moverse a un cuerpo, deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar”. Dicha definición hace referencia al comportamiento como respuesta a la toma de decisión sin análisis o reflexión en diversas situaciones ya sean estas súbitas o no.

Algunos de los indicadores de impulsividad son: Según Arévalo (2010) cometer actos sin pensar antes sobre las consecuencias que puede existir, incapacidad de poder encontrar alternativas de resolución de problemas, poca captación de aprendizaje de errores, de la misma manera se expresa de forma incoherente en situaciones que requieren calma, imposibilidad de identificar conductas impulsivas positivas como negativas, entre otras (p.111).

La impulsividad es vista por Adan (2012) como “Uno de los principales rasgos de personalidad, tendencia a actuar con falta de previsión, sin evaluar las consecuencias que puedan derivarse y ha centrado el interés en la relación con numerosos trastornos mentales y diversas conductas desadaptativas” (p.18). De esta manera el impulso o impulsividad hacen referencia a conductas guiadas por sentimientos que no permiten reflexión alguna de las consecuencias de los actos y que en sí, bien pueden traer consecuencias positivas como negativas en la vida de los sujetos impulsivos.

Por otro lado, una investigación reciente sobre Impulsos psicológicos de todo tipo Martínez M (2012, p.2), describe las características que permiten la formación de los impulsos:

Necesidad: Buscamos algo que aparentemente “nos hace falta”, es decir, una carencia. Es algo que tenemos que tener a pecho forzado, o que queremos.

Deseo: Va ligada con la necesidad, el deseo es sentir que ya tenemos prácticamente lo que queremos y que, por consiguiente, saciamos un gusto.

Lo soñamos o lo pensamos, es una emoción desarrollada anteriormente derivada de otros rasgos de personalidad.

Impaciencia: Yo siento que es como la desesperación, solo que no la demostramos hasta que lo sentimos. Y es verdad, es rapidez, es anhelo, ansiedad. El motor que nos conduce hacia un acto insólito y desconocido.

Por tal motivo los impulsos son resultado del contexto en que una persona se desenvuelve, el impulso no mide consecuencias, es observado como la búsqueda de novedad o de experiencia nueva. Arévalo; Vega; Campos; Romero; Lanchipa; Castillo; Cabrejos (2010) indican que “se trata de impulsos irresistibles sistemáticos, en los cuales hay un deseo apremiante de desahogar un destempe interior y creciente (por ejemplo, tristeza o ansiedad) que remata en un impulso directo hacia una acción específica” (p.111). De esta manera los actos realizados por personas que experimental *craving* por alcohol suelen ser poco meditados y en gran mayoría impulsivos, puesto que su deseo se incrementa con el factor tiempo, es decir a más tiempo sin consumir alcohol más impulsividad generada.

2.3. Tipos de Impulsividad

El acercamiento a la clasificación de la impulsividad es compleja, existen autores como Dickman citado en Adan (2012) que menciona la existencia de dos clases de impulsividad “La impulsividad funcional relacionada con la tendencia a tomar decisiones rápidas cuando así lo requiere una situación en beneficio de la persona y la impulsividad disfuncional relacionada con decisiones rápidas e irreflexivas que comportan consecuencias negativas para la persona” (p.18). Es decir las

consecuencias que acarrea la conducta impulsiva de un sujeto definen si es funcional o disfuncional.

Por otra parte, López (2012) argumenta en su investigación sobre Los Trastornos de Control de Impulsos como Atenuantes de la Responsabilidad en el Cometimiento de Delitos Penales, una clasificación de impulsos, diferente a la nombrada anteriormente, las mismas que se detallan en la **Tabla 2.1**.

Tabla 2.1

Clasificación de los Impulsos

<i>IMPULSO AFILIATIVO</i>	El ser humano posee una fuerte tendencia a reunirse con sus semejantes, lo cual le proporciona placer y satisfacción siendo ésta una conducta gratificante. En situaciones de aislamiento es más reconfortante para el hombre el poder mantener un contacto con otros seres humanos.
<i>DESEO DE ADQUISICION</i>	El impulso de conseguir ganancias materiales es común a toda la humanidad. Si bien, en culturas y sociedades diferentes se presenta de manera distinta, siendo los objetos que se desean adquirir, también distintos.
<i>DESEO DE PRESTIGIO</i>	Este impulso está estrechamente relacionado con el anterior y en algunas sociedades, están prácticamente fundidos. En cualquier sociedad de tipo capitalista, el prestigio está en función de la cantidad y la calidad de los bienes adquiridos por el individuo.
<i>AFAN DE PODERIO</i>	El deseo de prestigio no sólo puede asociarse a la adquisición, sino que también puede asociarse al afán de poderío. Este afán, en ocasiones, puede ser superior a los demás. Así, se entiende que muchos dirigentes de organizaciones prefieran el poder al dinero.
<i>IMPULSO DE CURIOSIDAD</i>	Este es uno de los impulsos más importantes del ser humano, pudiéndose hacer, incluso, extensivo a otros animales. Este impulso está estrechamente ligado al afán de conocer que tiene toda persona.

Fuente: López (2012, pp.7-8)

Barrat y Patton citados en Celma (2015) proponen la existencia de la distribución de los impulsos, en factores que se dividen dimensiones, las mismas que se especifican en la **Tabla 2.2**.

Tabla 2.2

Estructura factorial de la impulsividad

Impulsividad Motora:

- Impulsividad Motora o tendencia para actuar según el estado emocional.
- Perseverancia o estilo de vida consistente, sujeto a hábitos.

Impulsividad Atencional:

- Inestabilidad Cognitiva o sensibilidad a la interferencia y distractibilidad.
- Atención o capacidad para mantener la concentración.

Impulsividad por Imprevisión:

- Autocontrol o capacidad para prever las consecuencias de la conducta.
 - Complejidad cognitiva o capacidad para disfrutar de tareas complejas.
-

Fuente: Celma (2015, p.94)

Finalmente, Clark L. Hull citado en López, Ortiz, López y Fernández (2008) menciona dos tipos de impulsos, detallados en la **Tabla 2.3**.

Tabla 2.3

Clases de Impulsos

Los impulsos básicos	Los impulsos adquiridos
Como el hambre, la sed, el alejamiento del dolor, el sexo.	El proceso de aprendizaje mediante el que estímulos asociados con los impulsos básicos adquieren la capacidad de operar como impulso o desencadenante de una conducta.

Fuente: López et al (2008, p.11)

Es así, que se puede decir, que la clasificación de los impulsos es variable y conforme avanza la investigación se delimitará cuáles son los factores impulsivos con los que se trabajará en tanto a la relación de *craving* por alcohol.

2.4.Trastornos de control de los impulsos

El origen de la conducta impulsiva, puede ser desarrollado desde el entorno o la parte ambiental que rodea al sujeto e induce a la conducta y su mantenimiento, así como también la predisposición que el individuo trae consigo al nacer, es decir de carácter hereditario, otro factor que persuade a la conducta impulsiva se supone sea de carácter neurobiológico o también de carácter hormonal, varios factores son los causantes de la génesis de la conducta impulsiva o de la impulsividad.

Uno de los elementos principales para el desarrollo de la impulsividad y un motivante vital, es la búsqueda de sensaciones descrito por Hernández (2015) como “Rasgo de la personalidad caracterizado por la tendencia a obtener nuevas sensaciones que aporten un elevado grado de excitación, así como mantener conductas de riesgo constantes”. Algunas de las actividades que satisfacen la búsqueda de sanciones, las mismas que se puntualizan en la **Ilustración 2.1**. Ya que no existe una sola búsqueda de sensaciones, sino que existen diferentes direcciones que configuran la búsqueda de sensaciones.

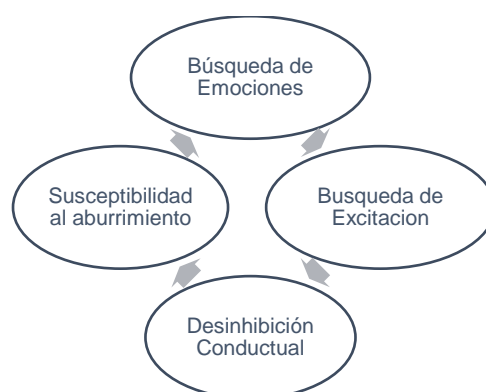


Ilustración 2.1 Búsqueda de sensaciones - Modelo de Zuckerman

Fuente: Hernández (2015).

El entendimiento de los trastornos de control de los impulsos, inicia con la definición del termino trastorno, el cual según el (DSM V, 2014)DSM V (2014) es definido como “Malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, que aqueja a una persona” (p.3). Se deduce que los trastornos tienen su propia característica, es decir identificación propia por la prevalencia ya sea epidemiológica o clínica.

Los trastornos del control de los impulsos son básicamente aquellos que consisten sintomatológicamente en causar ansia o tensión por el deseo de llevar a cabo una actividad que es gratificante para el individuo sin importar que esta cause daño al propio sujeto o a terceros, Pérez (2015) “El sujeto puede o no resistir conscientemente el impulso y puede o no planear la acción” (p.6). Y únicamente cuando se ha realizado dicha actividad o durante su ejecución el sujeto siente satisfacción, placer o liberación, provocando sentimientos negativos, auto-reproches, culpabilidad después de realizada la acción.

2.4.1. Clasificación de los trastornos del control de los impulsos

Se trata de categorías diagnósticas: especificadas por Batlle (2009) de la siguiente manera en la **Tabla 2.4**.

Tabla 2.4

Trastorno de control de los Impulsos

Trastorno explosivo:	Consiste en episodios de pérdida del control de los impulsos agresivos, dando lugar a actos violentos, graves o a destrucción de la propiedad. La agresividad manifestada no es en
----------------------	--

	absoluto proporcional al motivo desencadenante.
Cleptomanía:	Fracaso repetido en aguantar los impulsos de robar objetos que ni son necesarios para el uso personal ni se toman por su valor. Esos objetos pueden ser luego abandonados, regalados, escondidos o, simplemente, olvidados. Normalmente el individuo tiene suficiente dinero como para poder adquirir lo que roba pero siente como una necesidad y tensión al hacerlo experimentando una intensa gratificación o alivio después de cometido el acto.
Juego patológico:	Fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar apareciendo una conducta de juego que compromete y lesiona los intereses personales, familiares o vocacionales. Los problemas que van surgiendo como consecuencia del juego tienden a aumentar la propia conducta de seguir jugando. Lo más característico es que aparezcan importantes deudas personales con incapacidad para poder satisfacerlas implicándose otras responsabilidades financieras y llevando progresivamente al deterioro en las relaciones familiares, el trabajo, etc.
Piromanía:	Es la tendencia patológica a la provocación de incendios. La sintomatología esencial es producir incendios de forma deliberada y consciente en más de una ocasión conllevando una importante tensión y activación afectivas antes del incendio con una gran liberación e intenso placer o alivio al encender el fuego, al presenciarlo o al participar en sus consecuencias. Además, el sujeto suele sentir interés, curiosidad y atracción por todo lo relacionado.
Tricotilomanía:	Consiste en el fallo repetido para resistir los impulsos de arrancarse el propio cabello. El individuo experimenta un aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de realizar la conducta consiguiendo una sensación de alivio o gratificación al arrancarse el pelo.
Trastorno del control de los impulsos no especificado:	Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos de control de los impulsos descritos antes o en otras secciones del manual DSM V.

Fuente: Batlle (2009, p.12)

2.5. Impulsividad desde el Enfoque Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva se refiere a la interpretación de la realidad a través del proceso mental que realiza un individuo. Es decir, la forma de reaccionar ante un estímulo no proviene de las emociones o de la conducta en sí, sino que son el resultado de procesos mentales creados a partir de la realidad subjetiva que posee el sujeto, que a su vez generan reacciones emocionales y conductuales.

De este modo, las representaciones, pensamientos o discursos constructivos (dentro del enfoque cognitivo, es de uso común llamarlos racionales), generan reacciones emocionales y consecuentes conductas sanas y adaptativas en gran independencia del hecho activador a partir del cual se han elaborado; paralelamente una representación errónea de la realidad, condensada en discursos autodestructivos (ideas irracionales o distorsiones cognitivas), generan estados emocionales y conductuales desadaptativos e incluso trastornados.

Mayorga (2016, p.2)

Resulta oportuno acercarse a la teoría de Ellis citado en Mayorga (2016), quien acuñó su trabajo bajo el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). La cual utiliza el modelo A, B y C. Es decir, A representa los acontecimientos activadores, B representa el sistema de creencias y C representa la consecuencia emocional y conductual.

Es así que la forma de actuar o sentir no es correcta atribuirle a un acontecimiento, sino que la forma de pensar o atribuir un significado a un acontecimiento es lo que mueve al individuo en tanto a conducta y sentimiento, nombradas como creencias irracionales a las posiciones cognitivas que son de carácter destructivo y

contraproducente a nivel adaptativo, en caso de existir conductas adecuadas, estas beneficiarían la adaptación y consecuente bienestar del individuo. Los tipos de pensamientos irracionales clasificados por Ellis citado en Mayorga (2016). Se detallan a continuación en la **Ilustración 2.2**.

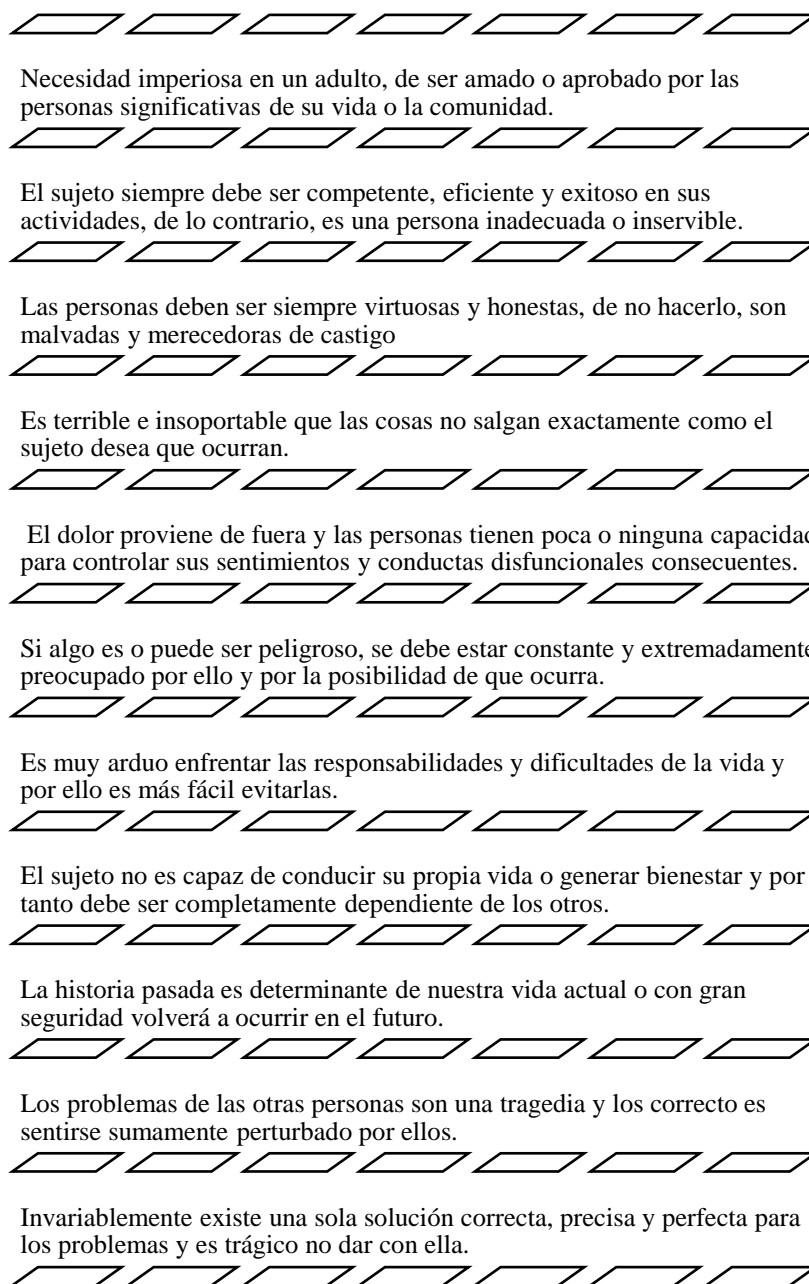


Ilustración 2.2 Pensamientos Irracionales – Albert Ellis

Fuente: Mayorga (2016)

De esta manera la TREC tiene el objetivo de modificar las creencias irracionales por creencias racionales que ayuden al sujeto a desenvolverse de una mejor manera en su medio de interacción.

Desde otra perspectiva Aaron Beck y la Terapia Cognitivo Conductual, Beck (2009) citado en Mayorga (2016) pone especial énfasis en la estructura del pensamiento, proveniente de las creencias centrales (puntos de vista al respecto de sí mismo, los otros y el mundo), creencias intermedias (funcionan como mecanismos de mantenimiento y se manifiestan en actitudes, reglas y asunciones) y pensamientos automáticos (factor que impide que las distorsiones cognitivas sean sometidas al análisis racional). Utiliza el acrónimo S-AT-R, es decir: S que representa al estímulo situacional, AT que representa a los pensamientos automáticos y R que representa la respuesta o reacción. (pp.12-15). Los tipos de pensamientos automáticos se describen en la **Tabla 2.5** a continuación.

Tabla 2.5

Tipos de Pensamiento Automático

Pensamiento dicotómico	Magnificación minimización	o Etiquetar o rotular
Afirmaciones imperativas	Pensamiento catastrófico	Abstracción selectiva
Sobre-generalización	Personalizaciones Visión de túnel	Razonamiento emotivo

Fuente: Mayorga (2016, p.12)

El procedimiento para modificar cogniciones que Ellis emplea, es de naturaleza filosófica y su objetivo es la autovaloración del sujeto y utiliza una postura de corte

humanista, mientras que la propuesta de Beck simplemente no es anti-humanista, es de carácter científico y se fundamenta en el método experimental, su objetivo es la autoevaluación objetiva.

Es decir, disminuye el valor de los procesos mentales, lo que involucra a las emociones y sentimientos, encerrándose únicamente en el estudio y análisis de las conductas perceptibles. Es así que el Paradigma Conductista, hace referencia a los comportamientos normales y anormales, como resultado del aprendizaje y la fijación por su repetición, producida por el ambiente en el que se desenvuelve el individuo.

El entendimiento de las conductas es ilustrado de mejor manera desde la teoría de Watson citado en Mayorga (2016) el condicionamiento respondiente.

Respuesta incondicionada llega a condicionarse, a través de un proceso que parte de un primer momento en el que la existencia de un estímulo incondicionado genera una respuesta incondicionada, si posteriormente ese estímulo incondicionado se presenta acompañado por otro estímulo neutro (el cual inicialmente no produce ningún tipo de reacción en el sujeto), la respuesta incondicionada continuará manifestándose; sin embargo cuando la asociación entre el estímulo incondicionado y el estímulo neutro se produce de manera simultánea y repetida, el sujeto terminará desarrollando un proceso de condicionamiento, de tal forma que la simple presencia del estímulo neutro (que ahora se llamará condicionado), generará el despliegue de la misma respuesta en el sujeto (la cual también pasará a llamarse respuesta condicionada).

Fuente: (Mayorga, 2016, p.18)

Las respuestas conductuales a estímulos del medio son condicionadas por el proceso de repetición por el cual se crea un modelo de comportamiento, que es esperable y continuo, facilitando el establecimiento de conductas nuevas. Finalmente, a manera de conclusión, el enfoque conductual se ocupa del mantenimiento, establecimiento o eliminación de la conducta humana. Es decir, las conductas o patrones de conductas son generados a partir de una respuesta a un estímulo repetitivo, por ejemplo, en el caso de *craving* por alcohol, el estímulo es el ambiente de amigos y la gratificación y aceptación obtenida mediante el consumo, la conducta que en este caso es la ingesta de alcohol es repetitiva convirtiéndose en un patrón de conducta ante un estímulo familiar y esta sería una respuesta constante, brindando como resultado un modelo de comportamiento.

La voluntad para Higuera citado en Celma (2015) se entiende como “síntesis de motivos (fuerzas reflexivas conscientes) y móviles o tendencias (fuerzas instintivas inconscientes)” (p.18). Es decir que la pérdida de control de los impulsos, reflejada en actos y palabras está enlazado a incitaciones conscientes o instintivas del individuo. La impulsividad implica un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias.

Por otra parte Sánchez y Gladolí (2002) mencionan “la existencia de una conducta adictiva la cual desde un enfoque cognitivo-conductual presenta dos características fundamentales: 1) Es una conducta aprendida 2) Es una conducta que comporta recaídas” (p.50). El proceso de adicción intenta justificar la actividad de consumo de

bebidas alcohólicas, transformándola en una conducta adictiva que lo lleva a realizar diversos intentos de autocontrol en la abstinencia del consumo de la sustancia.

Por último, Riquelme (2010) indica en su trabajo sobre los trastornos del control de los impulsos que el comportamiento adictivo posee las siguientes pautas:

- Por la búsqueda de novedad y/o riesgos se involucran en comportamientos que tienen consecuencias negativas
- Tensión aumentada, que disminuye cuando se realizan los actos riesgoso o adictivos
- Rápida disminución de la urgencia luego de completar el acto riesgoso o adictivo, de corta duración
- Reinstauración de la urgencia luego de horas, días o semanas
- Claves externas únicas al comportamiento
- Condicionamiento secundario a claves externas e internas (disforia, aburrimiento)
- Sensación hedónica temprana en la adicción

(Marks, 1990 citado en Riquelme, 2010, p.61)

Precisando que los individuos con dependencia alcohólica poseen mayor compulsión y deseo o *craving* antes de su comportamiento impulsivo.

2.6. Impulsividad desde el Enfoque Neuropsicológico

El estudio del campo neuropsicológico para la comprensión de la impulsividad es de vital importancia, ya que permite percibir el porqué de la conducta impulsiva y el funcionamiento de las estructuras cerebrales que manipulan la impulsividad.

Es así que el estudio realizado por Zamora (2015) sobre la Neuroanatomía de la Impulsividad menciona que “La etiología de estas alteraciones del comportamiento como: la agresividad, el comportamiento disruptivo y los problemas de hiperactividad e impulsividad, están normalmente asociadas a factores ambientales, psicosociales, familiares y escolares, pero también es conocida la influencia de anomalías en el sistema nervioso central” (p.51).

Sobre la base de la consideración anterior, el lóbulo frontal está ubicado en la parte anterior y central de la corteza cerebral, así también considerado el lóbulo más evolucionado, cuya función es la regulación de los procesos cognitivos y conductuales superiores. La corteza pre-frontal posee 3 subdivisiones o 3 regiones las cuales son:

La corteza prefrontal dorsolateral: En pacientes con lesiones en esta zona o anomalía en su desarrollo produce lo que conocemos como síndrome disejecutivo, caracterizado por incapacitar a la persona para utilizar estrategias, organizar, planificar información, así como privarle de iniciativa, de flexibilidad cognitiva y de memoria de trabajo.

La corteza prefrontal ventro-medial: El daño o disfunción de esta zona produce un síndrome neuropsiquiátrico cuyas principales características son apatía, conducta emotiva, pérdida de interés y alteración en las habilidades sociales; así como una disfunción atencional.

La corteza frontoorbitaria: Las personas con daño en esta zona desarrollan un síndrome neuropsiquiátrico que se caracteriza por una pérdida de habilidades sociales, descontrol en la regulación de su conducta, así como una

labilidad emocional, estado maniático, actos antisociales, desinhibición e impulsividad.

(Zamora, 2015, pp.52-53)

Las tres regiones del lóbulo frontal descritas anteriormente, son encargadas en medida proporcional del comportamiento impulsivo, ya sea por lesión, alteración, o malformación. Es así que la impulsividad a nivel neuropsicológico esta descrito como, el estado de activación neurobiológica y sus estructuras descritas a continuación en la **Tabla 2.6**.

Tabla 2.6

Estructuras anatómicas déficit de control inhibitorio

Una disminución de la actividad metabólica de los ganglios basales.

Una disminución de las conexiones córtico-estriadas.

Una disminución de las conexiones de áreas prefrontales, específicamente del área orbitofrontal del hemisferio derecho.

Fuente: Zamora (2015, p.53)

2.7. Control de impulso al consumo – Sintomatología

La persona alcohólica no mantiene el control de sus actos o a su vez se lo señala como impulsivo en tanto al consumo, los pensamientos que guían esta conducta señalan Valao (2015) como “creencia de poder controlar la ingesta de alcohol o a su vez, no tener ningún problema con la bebida”. Durante el periodo de abstinencia inicial, se pueden encontrar conductas que ponen en riesgo a las personas que se encuentran alrededor del sujeto alcohólico e incluso a su propia integridad física y psicológica. Demostración de falta de decisión al dejar de consumir, el sujeto entra en una etapa de ansiedad elevada, en la que su único objetivo es conseguir la bebida

alcohólica y saciar su necesidad, en esta etapa pueden existir actos como, por ejemplo:

- Autolesiones
- Agresividad física para con sus familiares o amigos
- Intento auto-lítico
- Intentos de escape continuos del centro de rehabilitación

Por ultimo Pérez *et al.* (2015) indica que “El consumo de alcohol se ha visto relacionado con las conductas violentas” (p.371). Conductas que van desde lesiones graves o severas que a su vez mantienen relación con el manejo de habilidad emocional.

De acuerdo con los relacionantes que se han venido realizando, las bebidas alcohólicas y su ingesta en desmedida mantienen una estrecha relación. García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano (2004) expertos en alcoholismo y personas que han tenido este tipo de adicción, mencionan en su mayoría, que el consumo de alcohol o la enfermedad del alcoholismo se encubre bajo ciertos ideales o criterios como:

- Para relacionarse de mejor manera con sus amigos
- Se trata de una de las drogas más baratas

- Falsa creencia de solución de problemas
- Ser incluido en un medio social deseado

(García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano, 2004, pp.21-23)

El consumo de alcohol empieza desde muy tempranas edades y más aún, en la actualidad el consumo de alcohol es visto de manera normal, según Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio (2001) la presencia de alcohol en todo evento o reunión es visto como reglamentaria, es así que el pensamiento actual de la sociedad consumidora es aquel que no concibe las reuniones o fiestas sociales sin la presencia de alcohol.

Algunos de los síntomas del alcoholismo o la dependencia de alcohol son:

- Sensación de soledad
- Deseo compulsivo de buscar la sustancia o *craving*
- Pérdida de control del consumo en tanto a la cantidad del consumo
- Pensamientos intrusivos
- Abandono del cuidado personal y actividades habituales personales

(Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio, 2001, p.18)

El mecanismo de recompensa que se ubica en el cerebro tiene un elemento que genera el aviso de saciedad y que al ser este satisfecho se detiene de inmediato, pero

al referirnos al consumo de alcohol este mecanismo de recompensa no genera saciedad, puesto a que se encuentra influenciado por el alcohol.

La sintomatología que presenta el bebedor compulsivo o adicto al momento de dejar de consumir alcohol es:

- Temblores durante las primeras horas de abstinencia
- Sudoración
- Incremento de la presión arterial
- Aceleración cardiaca
- Alucinaciones visuales
- Sensación de pérdida de control
- Delirium tremen

(Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio, 2001, p.18)

2.8. Control de impulso al consumo en miembros en rehabilitación

Las comunidades terapéuticas o de rehabilitación son vistas por las personas con problemas de alcoholismo como un castigo de encierro y para los familiares o personas allegadas son vistas como un lugar de reformatorio donde se encuentran personas de dudosa procedencia en la cual se castiga, en otras palabras, el temor de que el rehabilitado corre riesgo de salir en peor estado. Según Eliot (2016) las comunidades terapéuticas “brindan condiciones óptimas desde la ciencia, meta y

clínica”. La participación de la familia es esencial en el proceso de rehabilitación, para que el sujeto dependiente de alcohol enfrente su realidad.

El proceso terapéutico dirige su punto de vista especialmente en la reeducación desde la parte de la diversión, laborar, espiritual, social y emocional, según Ávila, Marín, Encinas y Guzmán (2012) mencionan que “La elección del tipo de tratamiento debe realizarse teniendo en cuenta las características de la enfermedad, necesidades del paciente y sus preferencias”. Los objetivos generales del tratamiento para la dependencia alcohólica se encuentran detallados a continuación en la **Tabla 2.7**, los cuales dirigen el tratamiento en función de la gravedad.

Tabla 2.7

Objetivos generales del tratamiento de la dependencia alcohólica

a)	Aliviar los síntomas de abstinencia y prevenir la aparición de manifestaciones graves producidas por esta.
b)	Conseguir la abstinencia y su mantenimiento indefinido
c)	Reducir, al menos en algunos casos concretos, el consumo o el daño ocasionado por el alcohol
d)	Retener al paciente
e)	Evitar las recaídas
f)	Mejorar el funcionamiento psicológico, familiar y social
g)	Tratar una eventual patología psiquiátrica asociada, ya sea conocida previamente o que aparezca durante el proceso de abstinencia.

Fuente: Ávila *et al* (2012, p.1414)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología de investigación

La metodología que se utilizó en la presente investigación es de carácter descriptivo correlacional. Descriptivo, puesto que se puntualizan y describen las características esenciales de las variables dependiente e independiente, la muestra de la población estudiada y sus peculiaridades. Según Glass y Hopkins citados en Abreu (2012) menciona “La investigación descriptiva consiste en la recopilación de datos que describen los acontecimientos y luego organiza, tabula, representa y describe la recopilación de datos” (p.192). De esta manera la investigación indagó información útil y relevante que indican como tal, como se presenta el *craving* y el control de impulsos al consumo de alcohol en miembros en rehabilitación.

Asimismo, se trata de una investigación de tipo correlacional, puesto que se enfocó en señalar la relación existente entre las dos variables, *Craving* por alcohol y control de impulsos al consumo. Según Hernández (2014) indica que la investigación de tipo correlacional es aquella que “asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.” (p.81). Es decir que su propósito es estar al tanto de la correlación o nivel de asociación que concurra entre las variables presentes en la investigación, de un contenido exclusivo o prioritario.

A su vez, es de vital importancia aclarar que la presente investigación maneja un diseño de tipo no experimental de corte transversal, puesto que tanto la variable *Craving* por Alcohol y la variable control de impulsos al consumo, no concurren con manipulación de ningún tipo, ya que su estudio fue únicamente de evaluación y medición en un solo período de tiempo.

3.1.1. Método Aplicado

La presente investigación se manejó con el método científico el cual es descrito por Ruíz (2007) como “el procedimiento o instrumento de la ciencia que permite comprobar hipótesis” (p.2). Es así que la presente investigación sustenta y valora la hipótesis manejada, la cual se encuentra aplicada a la psicología y a las ciencias sociales.

3.1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Dentro del proceso investigativo del presente estudio, se ha tomado como técnicas de recolección de información, la ficha sociodemográfica que recopila información personal general de cada participante y herramientas de medición específicas para evaluar cada variable, las cuales, a través de métodos estadísticos garantizan el correcto avance de la investigación.

A continuación, se detallaran los instrumentos utilizados para la medición de las variables a investigar: Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol Guardia Serecigni, Luquero Vived, Siñol Llosa, Burguete y Cardús Moya (2006). La Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal (ECIRyC) Ramos Brieva, Gutierrez-Zotes y Sáis Ruiz (2002) y una ficha de sociodemográfica. Dichas herramientas de medición poseen características estadísticas que hacen de estas herramientas confiables y válidas para la evaluación y medición de las variables detalladas en la presente investigación.

Para la recogida de datos personales e información específica con respecto al consumo de alcohol de cada participante, se ha realizado la aplicación de una ficha sociodemográfica, dispuesta por 21 preguntas.

Dicha información proporcionada por los participantes es de carácter reservado, únicamente para uso del investigador y con fines científicos.

Así también, se utilizó la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol Guardia Serecigni et al, (2003) Pertenece al Estudio de Validación de la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol desarrollada por Guardia Serecigni, José; Segura García, Lidia; Gonzalvo Cirac, Begoña; Trujols Albert, Joan; Tejero Pociello, Antonio; Suárez González, Ana; Martí Gil, Agustí. Dicha escala cuenta con 12 ítems, conformado por dos factores, los cuales son: deseo de beber y desinhibición conductual que ofrecen la puntuación global de *craving*. La distribución de los ítems para cada factor es de la siguiente manera: Deseo de beber, 10 ítems (pregunta: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) y desinhibición conductual 2 ítems (pregunta: 4 y 12).

La estructura y construcción de las respuestas de cada ítem están distribuidas de la siguiente manera: 1 - Muy en desacuerdo, 2 - Bastante en desacuerdo, 3 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 – Bastante de acuerdo y 5 – Muy de acuerdo.

La consistencia interna de los factores de la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol EMCA, se considera óptima, en los que se describen de la siguiente manera:

Ver tabla 3.1.

TABLA 3.1

Consistencia Interna – Fiabilidad de la Escala EMCA

FACTOR	Consistencia Interna (α de Cronbach)
EMCA GLOBAL	0,94
EMCA DESEO	0,95
EMCA DESINHIBICIÓN CONDUCTUAL	0,73

Fuente: Guardia Serecigni et al. (2004, p.214)

Finalmente, se aplicó la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal (ECIRyC) (Ramos, *et al.* 2002). La cual tiene por objetivo medir estadísticamente la impulsividad. La escala está compuesta por 20 ítems que evalúan los siguientes factores: Impulsividad con los ítems (2, 5, 7, 10, 12, 14, 18), Inmediatez con los ítems (4, 9, 16, 17, 19, 21, 23), Imposición con los ítems (11, 18, 19, 23, 24), Riesgo con los ítems (13, 20, 25) y factor 5 que se mantiene sin denominación, ya que solo contiene el ítem (8).

Las respuestas de la ECIRyC (Ramos, *et al.* 2002), se encuentran establecidas con las siguientes calificaciones: 0 - que equivale a (nunca), 1 - que equivale a (Rara vez), 2 - que equivale a (a menudo) y 3 - que equivale a (Siempre).

La Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal, posee una consistencia interna aceptable (α : 0,73) que hace de esta un instrumento seguro. Es así que la consistencia interna de cada factor se considera acepta ya que poseen los siguientes valores de Alfa de Cronbach:

Tabla 3.2

Consistencia Interna – Fiabilidad Escala ECIRyC

Factor	Consistencia Interna (α de Cronbach)
Impulsividad	0,7806
Inmediatez	0,6632
Imposición	0,6447
Riesgo	0,5891
No Nominado	-

Fuente: Ramos *et al* (2002, p.165)

Es decir que la aplicación de la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal, es completamente valida y oportuna para la evaluación de Impulsividad, por su consistencia interna y su validez de constructo y dimensional.

3.1.3. Población y muestra

La población objetivo para la presente investigación comprende a los miembros mayores de edad (Hombres y mujeres) de los Centros de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos (AA) Ambato, que se encuentran en recuperación. Por lo que el número total de casos de interés bordea los 150 casos.

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación fue necesario realizar un proceso de evaluación psicológica, sin embargo, existieron complicaciones en cuanto a la posibilidad de realizar una evaluación en todos los casos de interés, por lo cual se requirió la conformación de una muestra representativa. Los parámetros para considerar el tamaño de la muestra comprendieron una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%. Del que se deduce una muestra integrada por 109 casos.

La selección de integrantes de la muestra fue realizada mediante el empleo de un muestreo no probabilístico por voluntariado en función de su accesibilidad. Este tipo de muestreo según Bisquerra (2004), es “un procedimiento de selección informal de la muestra, en función del investigador” (p.148). Es decir que, a través de este muestreo se seleccionarán a los integrantes arbitrariamente basándose en criterios de inclusión como:

- Sujetos mayores de 18 años de edad
- Sujetos dependientes a sustancias líquidas (alcohólicos)
- Sujetos que han permanecido mínimo 3 meses abstemios de bebidas alcohólicas

- Sujetos que accedieron a ayudar libremente en la investigación y firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión como:

- Sujetos por debajo de los 18 años de edad
- Sujetos con menos de 3 meses sin consumir alcohol
- Sujetos con problemas psicológicos o psiquiátricos

3.1.4. Procedimiento Metodológico

La táctica metodológica empleada en la presente investigación inicio con la búsqueda y recogida de información relevante y válida para la fundamentación teórica que explica detalladamente las variables a tratar, con la finalidad de dar sustento y mayor comprensión de la temática de estudio, brindando la importancia de la investigación a realizar. El siguiente punto a elaborar fue la elección de la población a estudiar, la cual poseía aquellas características que identifican las variables las cuales son: el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo, por lo cual se decidió trabajar con la población de alcohólicos anónimos en rehabilitación de la ciudad de Ambato.

Una vez obtenida la fundamentación teórica que sustenta la importancia y estudio de la investigación y la población con particularidades enlazadas a las variables de estudio, se procedió a elegir los instrumentos de evaluación y medición que cumplan con los criterios a ilustrar, esquemas de validación y estandarización válidos para

cumplir con los objetivos planteados en un inicio. De esta manera los instrumentos a utilizar fueron dos escalas que miden únicamente lo que se desea, la Escala de *Craving* de Alcohol para la variable de *craving* por alcohol, la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal para la variable de control de impulsos al consumo y la ficha sociodemográfica que otorga información personal sobre cada individuo de estudio y su relación con el consumo de alcohol.

Es así que se procedió a la aplicación de reactivos de evaluación propiamente dicho en los centros de alcohólicos anónimos ubicados en la ciudad de Ambato y extensiones del mismo ubicados en la ciudad de Riobamba, por cuestión de número de miembros a intervenir en la investigación como participantes: Grupo 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ambato en 40 miembros en rehabilitación, Grupo Riobamba 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba en 39 miembros en rehabilitación y en el Grupo Chimborazo 24 horas de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba en 30 miembros en rehabilitación, durante la aplicación de reactivos de evaluación se evidencio el tiempo de aplicación (40 minutos) por grupo de estudio.

Finalmente, para la tabulación de información estadística se hizo uso del programa SPSS, el cual otorga análisis estadísticos y a la vez correlación de variables, brindando resultados interpretativos y resultados estadísticos verídicos. De esta manera, con los resultados obtenidos se empleó el modelo explicativo de investigación para fundar las conclusiones investigativas y recomendaciones generadas, tomando en cuenta los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis Sociodemográfico

El análisis con el que se pretende iniciar los resultados pertenece a la información recabada de los datos sociodemográficos de los participantes de la muestra de investigación, el cual se encuentra dividido de la siguiente forma: variables individuales, variables de carácter social, variables que hacen referencia a la actividad de consumo de alcohol.

La investigación realizada se enfocó en evaluaciones psicológicas específicas de recabado de información de utilidad con fines didácticos y de comprensión de la problemática, en un total de miembros: n=109 casos de interés investigativo, los cuales pertenecen en su totalidad al Grupo internacional 24 horas de alcohólicos anónimos (AA).

4.1.1. Análisis de Variables individuales

Para el análisis de las variables individuales se realizó una categorización en cada una de las variables de interés investigativo del contenido de la ficha sociodemográfica de acuerdo a los objetivos a alcanzar. De esta manera las distribuciones de variables analizadas se ubican de la siguiente manera: Variables sexo, estado civil, afinidad religiosa y edad. Es así que las variables cualitativas se encuentran representadas por la frecuencia (f) y por su representación perceptual (%), por otro lado, las variables cuantitativas se encuentran representadas por la media (M) y finalmente se determina la desviación estándar (Ds). (Ver Tabla 4.1).

Tabla 4.1:
Distribución en función de variables individuales

Variables	Personas en Rehabilitación; n=109	
	Frec.	%
Sexo		
Masculino	95	87,2%
Femenino	14	12,8%
Estado civil		
Soltero/a	55	50,5%
Unión Libre	12	11,0%
Casado/a	20	18,3%
Divorciado/a	11	10,1%
Separado/a	10	9,2%
Viudo/a	1	0,9
Afinidad religiosa		
Cristiano/a Evangélico/a	11	10,1%
Testigo de Jehová	1	0,9%
Católico/a	82	67,9%
Mormón	2	1,8%
Creyente Sin Identidad religiosa	4	3,7%
Ateo/a	2	1,8%
Otra identificación	7	6,4%
	M	Ds
Edad	35,61	11,481

Nota: 109 observaciones

Fuente: elaboración propia

Dentro del análisis de la variable sexo se ha determinado que el 87,2% de participantes pertenecen al sexo masculino, mientras que el 12,8% de participantes pertenecen al sexo femenino. (Ver gráfico 4.1).

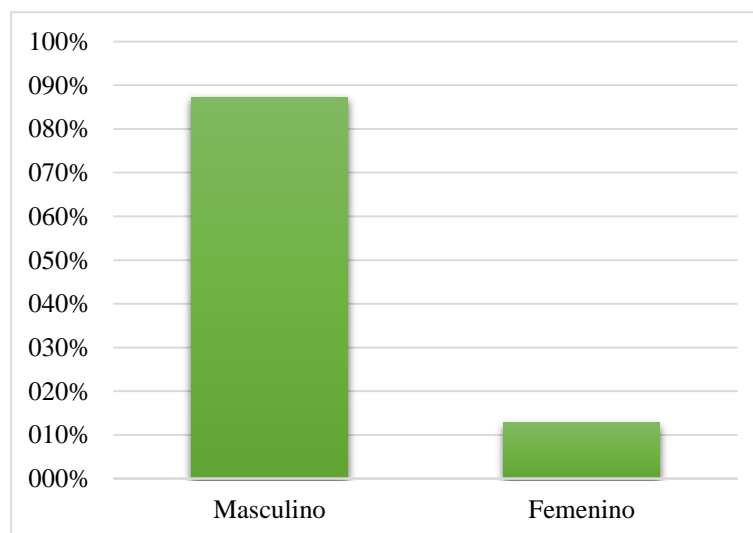


Gráfico 4.1: *Distribución por sexo de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos*

Es así que se manifestando la existencia una cantidad mucho mayor en cuanto al sexo masculino que al sexo femenino dentro de los grupos de rehabilitación de alcohólicos anónimos.

Por otro lado, al analizar el estado civil de los integrantes de la muestra de estudio se ha encontrado que el 50,5% de los integrantes se encuentran solteros, el 11,0% se encuentran en unión libre, el 18,3% se encuentran casados, el 9,2% se encuentran separados, el 10,1% se encuentran Divorciados y finalmente el 9% de los participantes se encuentran viudos. (Ver gráfico 4.2).

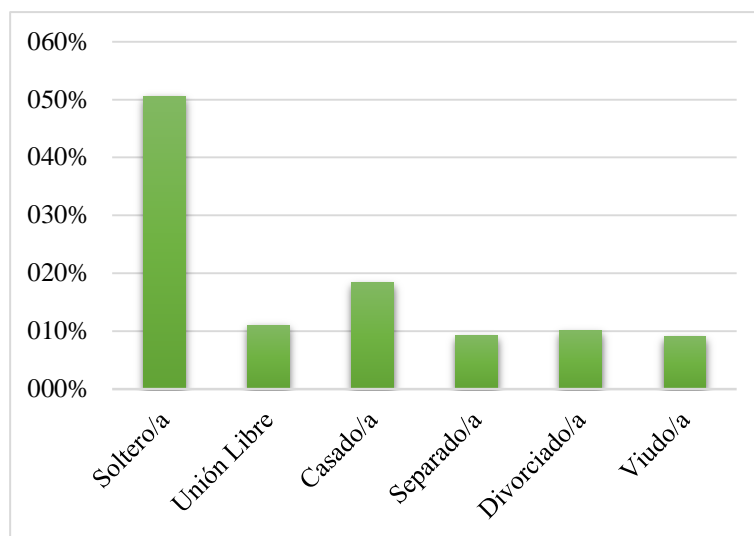


Gráfico 4.2: *Distribución por estado civil de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos*

De esta manera, el análisis indica que la mayor parte de miembros pertenecen a un estado civil soltero/a, esto se puede explicar por la condición de rehabilitación alcohólica en la que se encuentra la gran mayoría de miembros o a su vez por la condición de internamiento por rehabilitación.

Por último, en la variable de afinidad religiosa se encontró el 75,2% pertenecen a la comunidad católica, el 10,1% pertenecen a la comunidad de cristianos evangélicos, el 9% pertenecen a la comunidad Testigos de Jehová, el 1,8% pertenecen a la comunidad Mormona, el 3,7% dicen ser creyentes sin identidad religiosa, el 1,8% pertenecen a la comunidad Ateos y el 6,4% pertenecen a otras comunidades religiosas. (Ver gráfico 4.3).

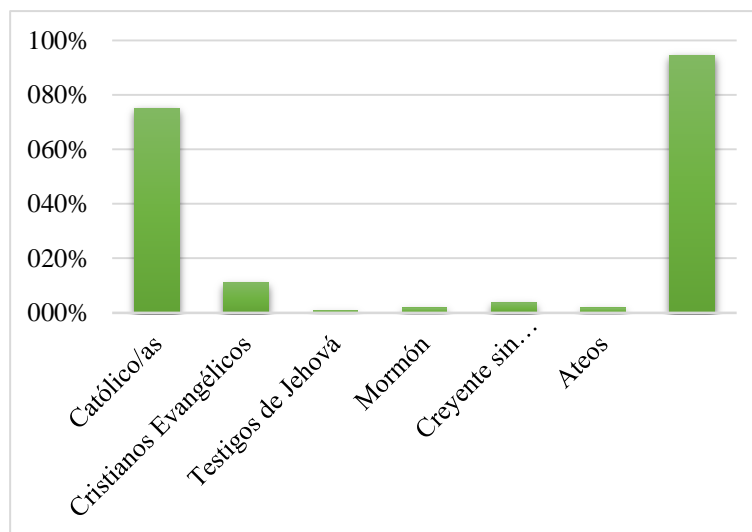


Gráfico 4.3: *Distribución por creencia religiosa de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

El análisis de los resultados demuestra que la gran mayoría de integrantes de los grupos de rehabilitación de alcohólicos anónimos son creyentes Católicos, seguidos de una proporción de miembros considerables de las comunidades de Cristianos Evangélicos, seguidos de miembros pertenecientes a otra Identificación Religiosa, seguido de creyentes Sin Identificación Religiosa, seguidos en proporción disminuida por miembros pertenecientes a las comunidades Mormonas y Ateos y por ultimo una minoría de estos miembros pertenecen a las comunidades de Testigos de Jehová.

4.1.2. Análisis Variables Sociales

De la misma manera se procede a analizar los datos informativos con respecto al ámbito social de los miembros de las comunidades de rehabilitación alcohólica, en cuanto a: Miembros de convivencia actual, Situación laboral, Situación socioeconómica familiar y Estrato socioeconómico. Las variables cualitativas se

encuentran representadas por la frecuencia (f) y por su representación perceptual (%), por otro lado, las variables cuantitativas se encuentran representadas por la media (M) y finalmente la desviación estándar (Ds). (Ver tabla 4.2).

Tabla 4.8:
Distribución en función de variables Sociales

Variables	Miembros en Rehabilitación; n=109	
	Frec.	%
Convivencia actual		
Solo/a	37	33,9%
Padres	27	24,8%
Parejas/Familia	31	28,4%
Otros	14	12,8%
Situación laboral		
Trabaja	74	67,9%
No Trabaja	35	32,1%
Situación socioeconómica familiar		
Mala	4	3,7%
Regular	69	63,3%
Buena	30	27,5%
Muy Buena	6	5,5%
Situación socioeconómico		
Alto	3	2,8
Medio Alto	7	6,4
Medio	66	60,6
Medio Bajo	27	24,8
Bajo	6	5,5
	M	Ds
Edad	35,61	11,481

Nota: 109 observaciones

Fuente: elaboración propia

Dentro de la variable de Convivencia actual se ha encontrado que el 33,9% viven solos, el 24,8% de los evaluados conviven con sus padres, el 28,4% viven con sus parejas y familias y el 12,8% conviven con otras personas religiosas. (Ver gráfico 4.4).

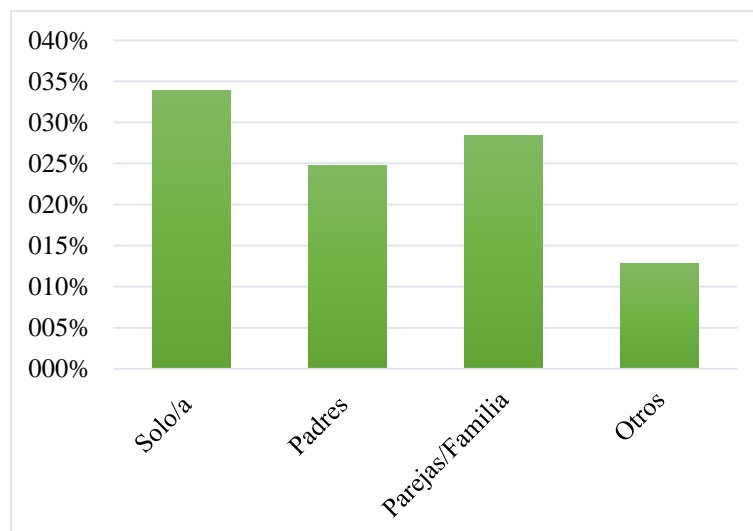


Gráfico 4.4: *Distribución por miembros de convivencia de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

Los resultados sobre los miembros con los que conviven actualmente remarcan que la gran mayoría de miembro en rehabilitación de alcohólicos anónimos viven solos, seguido de una proporción casi similar que dicen vivir con sus parejas o familias, un porcentaje un tanto reducido que afirma vivir aun con sus padres o familiares nucleares y finalmente una minoría de miembros que aseguran vivir con otras personas.

En cuanto al aspecto laboral se ha determinado que el 67,9% de los miembros de las comunidades de rehabilitación alcohólica poseen una situación laboral estable, mientras que el 32,1% de los miembros de las comunidades de rehabilitación alcohólica afirman no mantener una situación laboral estable por este momento. (Ver gráfico 4.5).

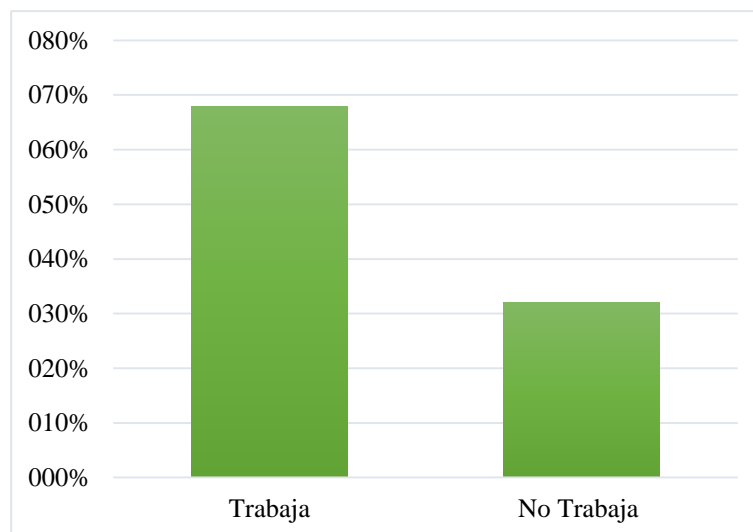


Gráfico 4.5: *Distribución por Situación Laboral de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

De esta manera se ha determinado que la gran mayoría de miembros pertenecientes a comunidades alcohólicas poseen trabajo fijo o una situación laboral estable, mientras que por otro lado una minoría del grupo afirma no poseer una estabilidad laboral por estos momentos.

En cuanto a la situación socioeconómica familiar se ha determinado que el 63,3% de miembros pertenecientes a comunidades alcohólicas mantienen una situación socioeconómica familiar Regular, el 27,5% mantienen una situación socioeconómica familiar Buena, el 5,5% mantienen una situación socioeconómica familiar Muy buena y el 3,7% mantienen una situación socioeconómica familiar Mala. (Ver gráfico 4.6).

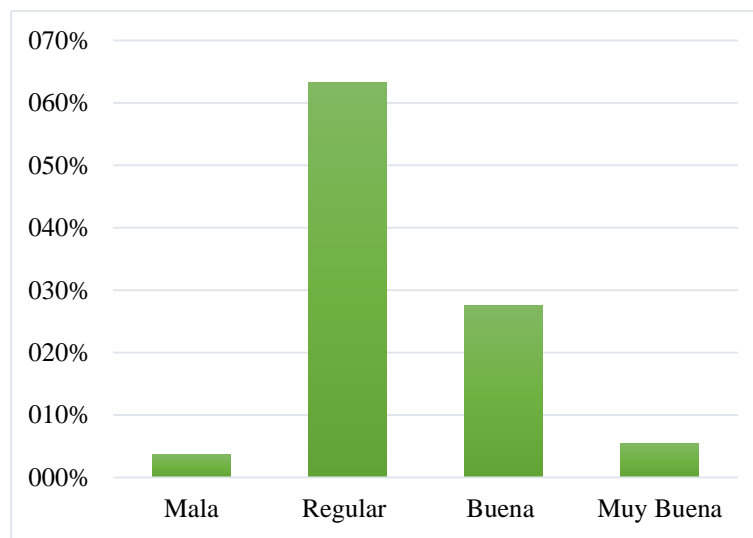


Gráfico 4.6: *Distribución por Situación Laboral de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

Los análisis demuestran que una gran mayoría de miembros de las comunidades de rehabilitación alcohólica mantienen una situación socioeconómica Regular, seguido de una proporción de muestra que indican poseer una situación socioeconómica familiar Buena, coexiste una reducida cantidad de miembros en rehabilitación alcohólica que indican tener una posición socioeconómica familiar Muy Buena y por último se evidencia una minoría de miembros en rehabilitación alcohólica que revelan poseer una situación socioeconómica familiar Mala.

En cuanto al estrato socioeconómico en el que se ubican los miembros pertenecientes a comunidades alcohólicas se ha determinado que el 60,8% se ubica en un estrato socioeconómico Medio, el 24,8% se ubica en un estrato socioeconómico Medio Bajo, el 6,4% se ubica en un estrato socioeconómico Medio Alto, el 5,5% se ubica en un estrato socioeconómico Bajo y finalmente el 2,8% de miembros de comunidades de rehabilitación alcohólicas se ubican en un estrato socioeconómico Alto. (Ver gráfico 4.7).

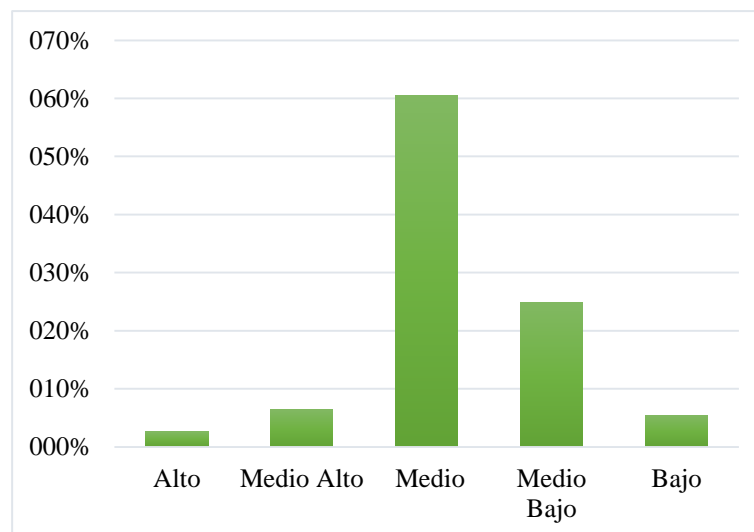


Gráfico 4.7: *Distribución por Ubicación de estrato Socioeconómico de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

Los resultados revelan que existe un mayor porcentaje de miembros en rehabilitación alcohólica dentro del estrato socioeconómico Medio, seguido de un porcentaje reducido de miembros que se ubican en un estrato socioeconómico Medio Bajo, a su vez se evidencia un grupo de miembros que señalan pertenecer a un estrato socioeconómico Medio Alto, un porcentaje más reducido de miembros que se ubican dentro de un estrato socioeconómico Bajo y finalmente un grupo muy reducido de miembros en rehabilitación alcohólica que se ubican dentro del estrato socioeconómico Alto.

4.1.3. Análisis de Variables de Consumo de Alcohol

De la misma manera se procede a analizar los datos informativos con respecto al ámbito de actividad de consumo de alcohol de los miembros de las comunidades de rehabilitación alcohólica, en cuanto a: La Situación socioeconómica permite continuar con la rehabilitación, Inicio de consumo de alcohol, Tiempo de consumo

de alcohol, Tiempo sin consumir alcohol, Consumo de otras sustancias y Recaídas. Las variables cualitativas se encuentran representadas por la frecuencia (f) y por su representación perceptual (%), por otro lado, las variables cuantitativas se encuentran representadas por la media (M) y finalmente se determina la desviación estándar (Ds). (Ver tabla 4.3).

Tabla 4.9:
Distribución en función de variables de actividad alcohólica

Variables	Personas en Rehabilitación; n=109	
	Frec.	%
La Situación socioeconómica permite continuar con la rehabilitación		
Si	103	94,5%
No	6	5,5%
Inicio de consumo de alcohol		
Niñez	94	8,3%
Adolescencia	7	85,3%
Adultez	4	6,4%
Tiempo de consumo de alcohol		
1 a 11 meses	1	0,9%
1 a 5 años	16	14,7%
6 a 10 años	32	29,4%
11 a 15 años	22	20,2%
16 a 20 años	19	17,4%
21 a 25 años	9	8,3%
26 a 30 años	3	2,8%
31 a 35 años	5	4,6%
36 a 40 años	2	1,8%
Tiempo sin consumir alcohol		
Menos de 1 mes	5	4,6%
1 a 11 meses	22	20,2%
1 a 5 años	31	28,4%
6 a 10 años	25	22,9%
11 a 15 años	22	20,2%
16 a 20	4	3,7%
Consumo de otras sustancias		
Si	52	47,7%
No	57	52,3%
Recaídas		
Si	22	20,2%
No	87	79,8%
	M	Ds
Edad	35,61	11,481

Nota: 109 observaciones

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la variable Situación Socioeconómica permite continuar con la rehabilitación se ha encontrado que el 94,5% de miembros en rehabilitación alcohólica si pueden continuar con su rehabilitación y el 5,5% restante de miembros en rehabilitación alcohólica refieren no poder continuar con su rehabilitación por la situación socioeconómica en la que se encuentran. (Ver gráfico 4.8).

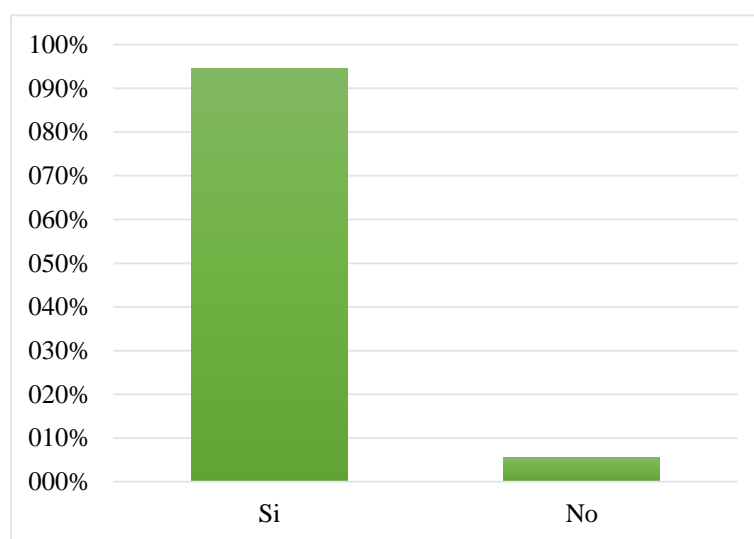


Gráfico 4.8: *Distribución por Situación Socioeconómica permite la rehabilitación de los miembros en recuperación de alcohólicos anónimos.*

De esta manera se demuestra que la gran mayoría de integrantes de las comunidades en rehabilitación alcohólica si pueden continuar con el proceso de recuperación, mientras que, por otro lado se puede apreciar una minoría de miembros que la situación socioeconómica no les permiten continuar con su proceso de recuperación alcohólica.

La variable etapa de inicio de consumo de alcohol demuestra que el 85,3% de miembros en rehabilitación alcohólica iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas

durante la adolescencia, el 8,3% de miembros en rehabilitación alcohólica iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas durante la niñez y el 6,4% de miembros en rehabilitación alcohólica iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas durante la adultez. (Ver gráfico 4.9).

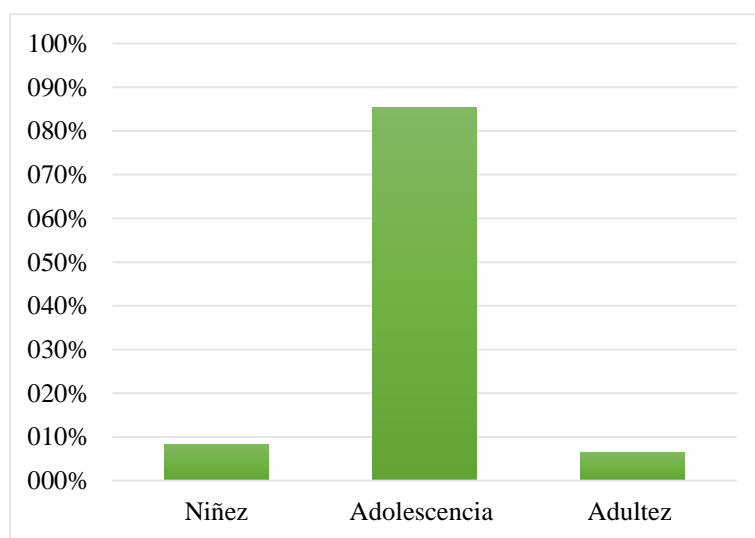


Gráfico 4.9: *Distribución por etapa de inicio de consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

En cuanto a la etapa de inicio de consumo de alcohol se ha demostrado que la gran mayoría de los miembros de grupos de rehabilitación alcohólica iniciaron el consumo de sustancias durante la etapa de la adolescencia, de la misma manera se evidenció un porcentaje un poco más disminuido que indica haber comenzado la ingesta de alcohol durante la etapa de la niñez y por último una minoría de miembros en rehabilitación que indican haber empezado a consumir alcohol durante la etapa de la adultez.

En cuanto a la variable tiempo de consumo se ha determinado que el 29,4% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron durante un tiempo de 6 a 10 años, el 20,2% consumieron alcohol durante un tiempo de 11 a 15 años, el 17,4% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 16 a 20 años, el 14,4% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 1 a 5 años, el 8,3% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 21 a 25 años, el 4,6% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 31 a 35 años, el 2,8% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 26 a 30 años, el 1,8% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 36 a 40 años y el 0,9% de miembros en rehabilitación alcohólica consumieron alcohol durante un tiempo de 1 a 11 meses. (Ver gráfico 4.10).

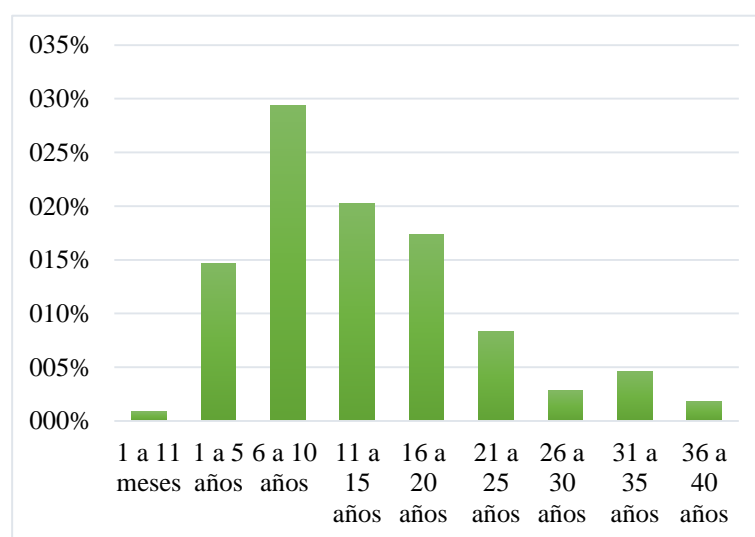


Gráfico 4.10: Distribución por tiempo de consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.

De esta manera se demostró que existe una gran mayoría de miembros en rehabilitación alcohólica que han consumido la sustancia durante un periodo de seis a diez años y una minoría de miembros que afirman haber consumido alcohol por periodo de 1 a 11 meses.

La variable tiempo sin consumir alcohol se ha demostrado que el 28,4% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante un tiempo de 1 a 5 años, un 22,9% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante un tiempo de 6 a 10 años, un 20,2% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante un tiempo de 11 a 15 años, un 20,2% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante un tiempo de 1 a 11 meses, un 4,6% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante menos de un mes y un 3,7% de miembros en rehabilitación alcohólica han permanecido sin consumir alcohol durante un tiempo de 16 a 20 años. (Ver gráfico 4.11).

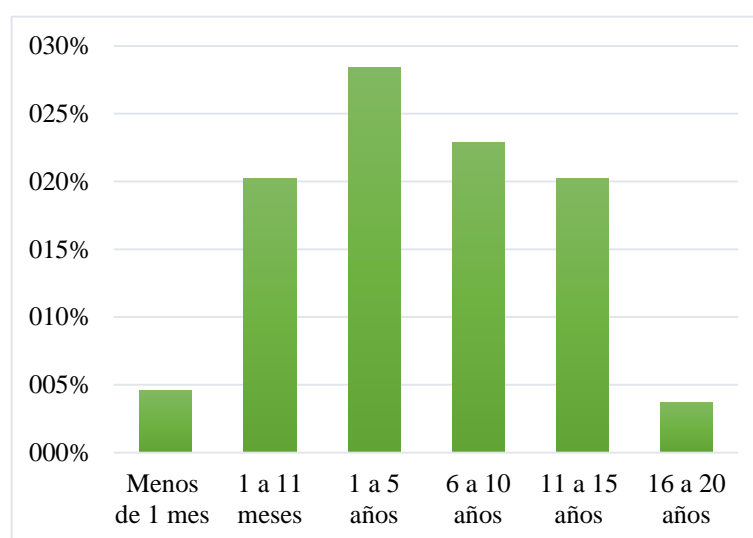


Gráfico 4.11: Distribución por tiempo sin consumo de alcohol de los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.

Se evidencia un porcentaje alto de miembros en rehabilitación alcohólica que ha permanecido de uno a cinco años sin consumir alcohol, seguido de un gran grupo que ha dejado de consumir alcohol durante un periodo de seis a diez años, otro grupo que ha dejado de consumir alcohol durante un tiempo de once a quince años / de uno a once meses, otro pequeño grupo que afirma no haber ingerido alcohol durante un tiempo de menos de un mes y un pequeño grupo que refiere haber dejado de consumir alcohol de dieciséis a veinte años.

En cuanto a la variable consumo de otras sustancias se ha evidenciado que el 47,7% de miembros en rehabilitación alcohólica han consumido otro tipo de sustancias estupefacientes, mientras que el 52,3% de miembros en rehabilitación alcohólica no han consumido ningún otro tipo de sustancias estupefacientes además del alcohol. (Ver gráfico 4.12).

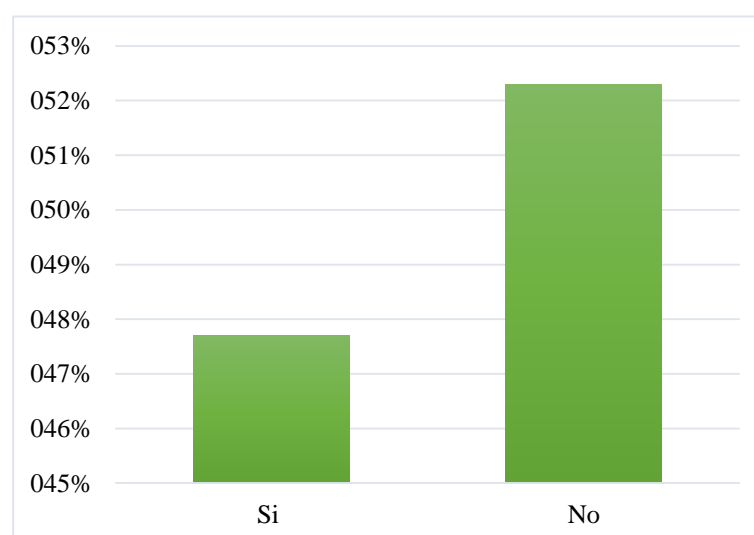


Gráfico 4.12: Distribución por consumo de otras sustancias en los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.

Se ha determinado que la mayoría de miembro en rehabilitación alcohólica han consumido otro tipo de sustancias psicotrópicas, mientras que una minoría de miembros aseguran no haber consumido otras sustancias psicotrópicas.

En cuanto a la variable recaídas se ha determinado que el 79,8% de miembros en rehabilitación alcohólica no han sufrido de recaídas en el proceso de rehabilitación alcohólica y el 20,2% de miembros en rehabilitación alcohólica mantienen no haber tenido recaídas durante el proceso de rehabilitación alcohólica. (Ver gráfico 4.13).

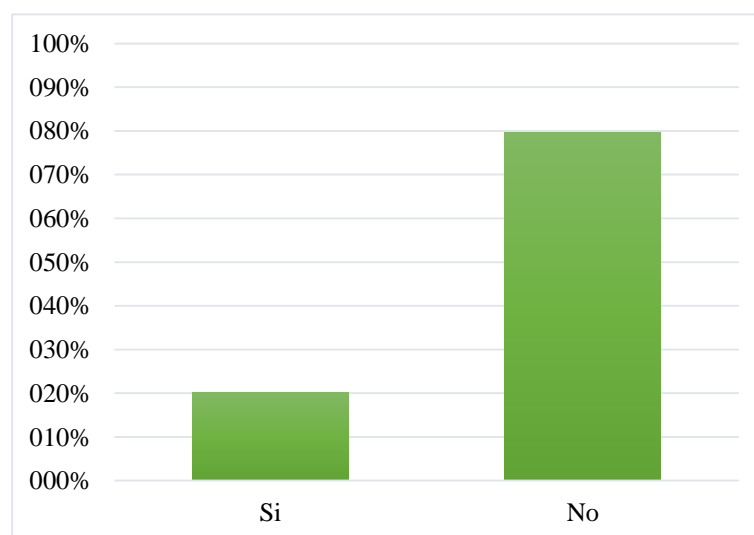


Gráfico 4.13: *Distribución por recaídas en los miembros en rehabilitación de alcohólicos anónimos.*

De esta manera se ha demostrado que existe una gran mayoría de miembros en rehabilitación alcohólica que no han sufrido de recaídas durante el proceso de rehabilitación, mientras que por otro lado se ha evidenciado una pequeña minoría de los miembros en rehabilitación alcohólica que aseguran haber tenido recaídas durante el proceso de recuperación.

4.2. Análisis del Control de Impulsos en Miembros en rehabilitación Alcohólica.

Dentro de esta sección se detallaran contenidos específicos de la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal, que facilitara la comprensión de manejo del instrumento de medición, obtención y análisis de resultados de resultados de la muestra poblacional de estudio.

4.2.1. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la ECIEscala de Control de los Impulsos Ramon y Cajal.

El control de impulsos hace referencia a la capacidad que tienen los individuos para controlar el deseo de llevar a cabo actividades, ya sean estas premeditadas o no que causen daño a otras personas o al propio sujeto. En la actualidad se pueden encontrar algunos instrumentos para la medición del control de los impulsos en diferentes modalidades, por tal razón, el presente estudio utiliza la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal” de 20 ítems (2002) (ECIRyC) agrupa cuatro factores: a) Impulsividad de 6 ítems, b) Inmediatez de 6 ítems, c) Imposición de 5 ítems, d) Riesgo de 3 ítems. Los valores de los ítems en cada factor fueron obtenidos en base a una escala Likert de 0 a 3.

Se ha determinado que los puntajes mayores en cada factor comprueban la existencia de impulsividad específica. Es decir, el resultado del instrumento (ECIRyC) es

obtenido de la suma de los puntajes de los ítems, con lo que se termina si el sujeto posee predisposición a la falta de control de los impulsos.

De esta manera se establecen los siguientes puntos de corte en cada factor para determinar la existencia de falta de control de impulsos:

- Impulsividad: Puntuaciones superiores a 10,5 muestran representación significativa.
- Inmediatez: Puntuaciones superiores a 10,5 muestran representación significativa.
- Imposición: Puntuaciones superiores a 7,5 muestran representación significativa.
- Riesgo: Puntuaciones superiores a 4 muestran representación significativa.

En la siguiente tabla se exponen los valores expresados de la siguiente manera: mínimo (*mín*), el puntaje máximo (*máx*), la media aritmética (*M*) y la Desviación Estándar (*Ds*) (ver tabla 4.4).

Tabla 4.10:

Análisis descriptivo de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”

Factores	Mín-Máx	Media	Desv. típ.
Impulsividad	5,00 – 21,00	12,3945	3,47483
Inmediatez	3,00 – 46,00	12,8257	4,53555
Imposición	3,00 – 42,00	9,9725	5,17912
Riesgo	1,00 – 9,00	5,5780	1,85739
Global ECIRyC	3,00 – 21,00	10,1927	3,03236

Nota: 109 observaciones

De esta manera se ha determinado que las puntuaciones en cuanto al factor Impulsividad el puntaje mínimo es de $mín= 5,00$ puntos; el puntaje máximo $máx= 21,00$ puntos y la media de $M= 12,3945$ puntos; $Ds= 3,47483$. En el factor Inmediatez con seis ítems el puntaje mínimo fue de $mín= 3,00$ puntos, el puntaje máximo fue de $máx= 46,00$ puntos y la media de $M= 12,8257$ puntos con una desviación de $Ds= 4,53555$. En el factor Imposición con cinco ítems el puntaje mínimo fue de $mín= 3,00$ puntos, el puntaje máximo fue de $máx= 42,00$ puntos y la media de $M= 9,9725$ puntos con una desviación de $Ds= 5,17912$. En el factor Riesgo con tres ítems el puntaje mínimo fue de $mín= 1,00$ puntos, el puntaje máximo fue de $máx= 9,00$ puntos y la media de $M= 5,5780$ puntos con una desviación de $Ds= 1,85739$. (Ver gráfico 4.14).

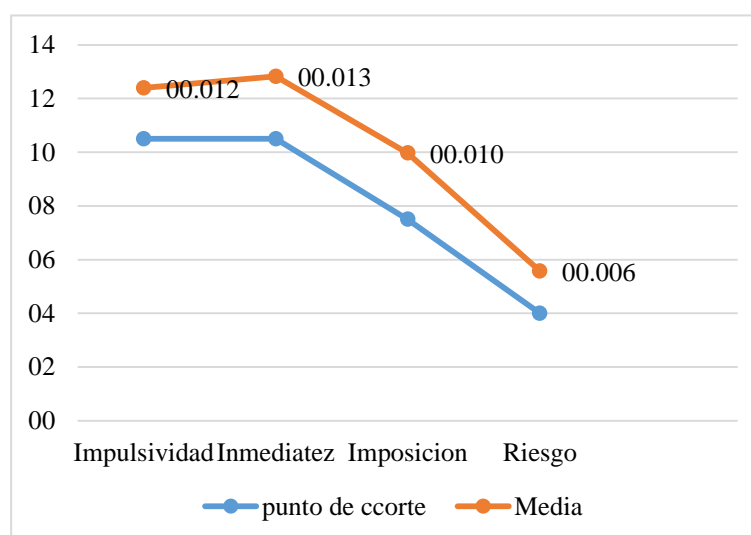


Gráfico 4.14: Representación de resultados obtenidos en la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de la Escala de Control de los Impulsos de “Ramón y Cajal”, indican que los cuatro factores evaluados:

impulsividad, inmediatez, imposición y riesgo, se localizan por encima del punto de corte, demostrando importante significancia de falta de control de impulsos, de esta manera Salvo y Castro (2013) detallan en su investigación sobre: Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes, que “tanto la suicidalidad ($r: 0,12; p < 0,01$), como la soledad ($r: 0,14; p < 0,001$), impulsividad ($r: 0,10; p < 0,05$) y consumo de alcohol ($r: 0,25; p < 0,001$) se relacionaran significativamente y en forma lineal directa con la edad de los adolescentes.” (p.431). Los niveles de impulsividad o pérdida de control de los actos provoca la ejecución de conductas no deseadas que pueden no ser del todo beneficiosas para el sujeto, en este caso dirigiéndonos al consumo de alcohol, los niveles elevados de impulsividad pueden llevar a la recaída de los miembros de grupos en rehabilitación.

4.3. Análisis de Resultados de *Craving* por Alcohol en miembros en rehabilitación alcohólica.

Dentro de esta sección se detallaran contenidos específicos de la Escala Multifactorial de *Craving* de Alcohol, que facilitara la comprensión de manejo del instrumento de medición, obtención y análisis de resultados de resultados de la muestra poblacional de estudio.

4.3.1. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol.

La escala multidimensional de *craving* por alcohol, es una escala creada para medir dos factores de gran importancia dentro del *craving* por alcohol. Dicha escala o instrumento contiene 12 ítems, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: a) *craving* por alcohol con 10 ítems, b) desinhibición conductual con 2 ítems y c) EMCA Global con 12 ítems.

La calificación de los ítems de la escala de *craving* de alcohol fue por medio de una escala Likert de 1 a 5 puntos. De esta manera a mayor puntuación mayor probabilidad de marcar un factor siendo este representativo.

Es así que se establecen los siguientes puntos de corte de cada factor para determinar la existencia elevada de *craving* de alcohol:

- *Craving* o Deseo: Puntuaciones superiores a 25,5 muestran presencia significativa.
- Desinhibición conductual: Puntuaciones superiores a 5,5 indican presencia significativa.

Las puntuaciones a continuación se expresan a través del puntaje mínimo (*mín.*), el puntaje máximo (*máx.*), la media aritmética (*M*) y la Desviación Estándar (*Ds*) de cada una de las sub-dimensiones (ver tabla 4.5).

Tabla 4.11:

Análisis descriptivo de la “Escala Multidimensional de craving de alcohol”

Factores	Ítems	Mín-Máx	Media	Desv. típ.
Deseo o <i>Craving</i>	10	12,00 – 110,00	40,7706	12,12942
Desinhibición	2	2,00 – 10,00	6,0275	2,40547
Global <i>Craving</i>	12	14,00 – 116,00	46,7982	12,30084

Nota: 109 observaciones

Dentro del factor Deseo o *craving* con 10 ítems, el puntaje mínimo fue de *mín= 12,00 puntos*, el puntaje máximo *máx= 110,00 puntos* y la media de *M= 40,7706 puntos*; con una desviación *Ds= 12,12942*. En el factor Desinhibición con dos ítems, el puntaje mínimo fue de *mín= 2,00 puntos*, el puntaje máximo *máx= 10,00 puntos* y la media de *M= 6,0275 puntos*; con una desviación *Ds= 2,40547*.

En el resultado global de *Craving* por alcohol con doce ítems, el puntaje mínimo fue de *mín= 14,00 puntos*, el puntaje máximo fue de *máx= 116,00 puntos* y la media de *M= 46,7982 puntos* con una desviación de *Ds=12,30084*. (Ver gráfico 4.15).

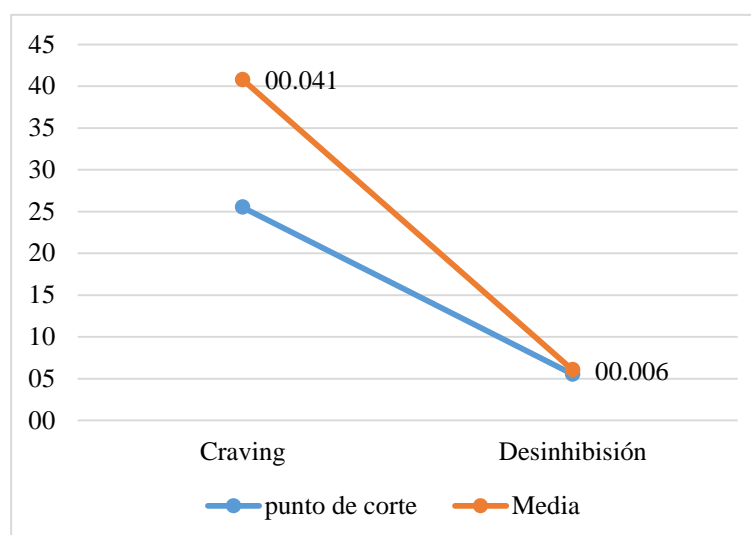


Gráfico 4.15: Representación de resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de Craving de alcohol”.

El gráfico rebela que las puntuaciones obtenidas de cada dimensión de la Escala Multidimensional de *craving* de alcohol se encuentran por encima del punto de corte, lo cual indica una presencia significativa de las mismas. Demostrando que el deseo o *craving* por alcohol es superior en personas alcohólicas dentro de grupos de rehabilitación, Gutiérrez, Medina, Jiménez, Casanova y Natera (2015) mencionan que su investigación sobre los estilos de afrontamiento a la "obsesión mental por beber" (*craving*) en bebedores en proceso de recuperación, localizaron "cinco estilos de afrontamiento: 1. evadir situaciones inductoras al tiempo que se busca una solución; 2. Evadir retrayéndose; 3. Mostrar sentimientos de enojo y no hacer nada; 4. Recordar y comparar la vida pasada y 5. Negar cualquier afrontamiento."(p.177). lo que demuestra que el deseo por beber o *craving* permanece presente en sujetos en rehabilitación alcohólica, lo que provoca que tengan pensamientos intrusivos sobre las bebidas y aumente el síndrome de abstinencia provocando irritabilidad y falta de control de sus actos.

4.4. Análisis de correlación entre la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal con la Escala Multifactorial de Craving de Alcohol

En la siguiente sección se detallará importantes hallazgos acerca del análisis de correlación de los factores contenidos en las escalas: Escala de Control de los Impulsos de Ramón y Cajal conjuntamente con la Escala Multifactorial de Craving de Alcohol. Los valores a analizar serán obtenidos a través del modelo de correlación de RHO de Sperman (r) (Ver tabla 4.6).

Tabla 4.12:

Análisis correlacional entre las dimensiones del Control de Impulsos y el Deseo o Craving por alcohol.

<i>Escala Multifactorial de Craving Alcohol</i>	<i>Escala de Control de impulsos de Ramón y Cajal</i>							
	<i>Impulsividad</i>		<i>Inmediatez</i>		<i>Imposición</i>		<i>Riesgo</i>	
	<i>Rho de Sperman</i>	<i>R²</i>	<i>Rho de Sperman</i>	<i>R²</i>	<i>Rho de Sperman</i>	<i>R²</i>	<i>Rho de Sperman</i>	<i>R²</i>
Deseo	.884**	.7815	.848**	.7191	.838**	.7022	.642**	.4122
Desinhibición Conductual	-,081*	.0066	-,040	.0016	-,111	.0123	.046	.0021

Nota: Significancia estadística: * $p < 0,05$ = significativo; ** $p < 0,01$ = muy significativo; *** $p < 0,0010$ = altamente significativo, en la correlación de las dimensiones del craving por alcohol y el Control de impulsos.

Las dimensiones contenidas dentro de la Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal son: Impulsividad, Inmediatez, Imposición y Riesgo las cuales se encuentran correlacionadas con las dimensiones de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol: Deseo y Desinhibición Conductual.

De esta manera se procederá a detallar el análisis correlacional de las dos escalas evaluadas. En las dimensiones Deseo e Impulsividad se ha encontrado una correlación muy significativa alta positiva $r = 0,884$; $p < 0,01$; es decir que el Deseo

se correlaciona con la Impulsividad de manera que mientras existe aumento de deseo influye directamente en el aumento de la impulsividad.

En las dimensiones Deseo e Inmediatez se ha encontrado una correlación muy significativa alta positiva $r= 0,848$; $p < 0,01$; es decir que el Deseo se correlaciona con la Inmediatez de manera que mientras existe aumento de deseo influye directamente en el aumento de la inmediatez.

En las dimensiones Deseo e Imposición se ha encontrado una correlación muy significativa alta positiva $r= 0,838$; $p < 0,01$; es decir que el Deseo se correlaciona con la Imposición de manera que mientras existe aumento de deseo influye directamente en el aumento de la imposición.

En las dimensiones Deseo y Riesgo se ha encontrado una correlación muy significativa mediana positiva $r= 0,642$; $p < 0,01$; es decir que el Deseo se correlaciona con el riesgo de manera que mientras existe aumento de deseo influye directamente en el aumento de riesgo.

Por otro lado, en las dimensiones Desinhibición conductual e Impulsividad se ha encontrado una correlación significativa baja negativa $r= 0,081$; $p < 0,05$; es decir que la Desinhibición conductual se correlaciona con la Impulsividad de manera que mientras existe aumento de Desinhibición conductual influye directamente en el aumento de la impulsividad.

En las dimensiones Desinhibición conductual e Inmediatez se ha encontrado una correlación significativa baja negativa $r= 0,040$; es decir que la Desinhibición conductual no se correlaciona con la Inmediatez de manera que mientras existe

aumento de Desinhibición conductual no influye directamente en el aumento de la inmediatez.

En las dimensiones Desinhibición conductual e Imposición se ha encontrado una correlación significativa baja negativa $r= 0,111$; es decir que la Desinhibición Conductual se correlaciona con la Imposición de manera que mientras existe aumento de Desinhibición conductual no influye directamente en el aumento de la imposición.

En las dimensiones Desinhibición conductual y Riesgo se ha encontrado una correlación significativa baja positiva $r= 0,046$; es decir que la Desinhibición conductual no se correlaciona con el Riesgo de manera que mientras existe aumento de Desinhibición conductual no influye directamente en el aumento de Riesgo.

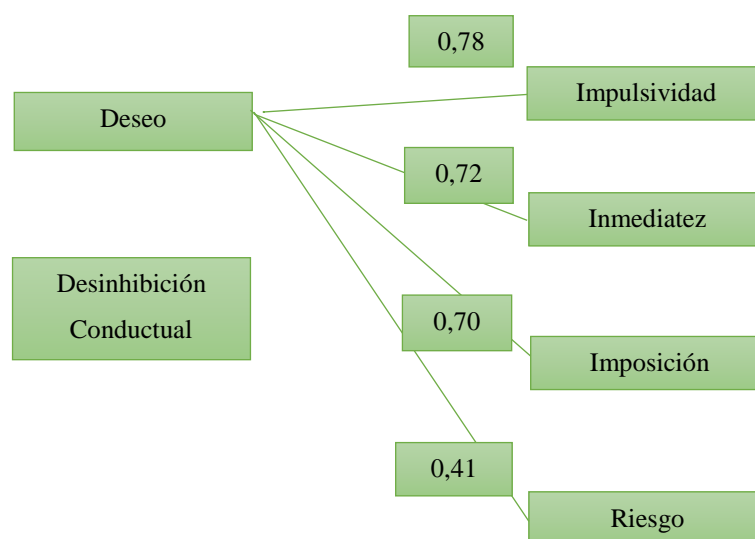


Gráfico 4.16: Modelo Empírico Explicativo de la relación existente entre el Control de Impulsos y el Craving por alcohol. Comprobación de hipótesis.

Conforme al Gráfico 4.16 se evidencia que, existe un $R^2=0,78$ entre deseo e impulsividad, es decir, a mayor deseo mayor impulsividad; un $R^2=0,72$ entre Deseo e

imposición, es decir a mayor deseo mayor imposición; con un $R^2=0,70$ entre deseo e inmediatez, es decir a mayor deseo mayor inmediatez; y finalmente con un $R^2=0,41$ entre deseo y riesgo, es decir a mayor deseo mayor riesgo.

De tal manera que la variable dependiente que es *craving* por alcohol influye directamente con la variable independiente que es el control de los impulsos, por lo cual, se rechaza la hipótesis nula y se reconoce como válida la hipótesis alternativa: El *craving* por alcohol se correlaciona con el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato. (Ver gráfico 4.16)

4.5. Análisis de consistencia interna de las escalas ECIRyC y

EMCA

A continuación, se presenta información sobre el nivel de fiabilidad existente de los dos instrumentos de medición utilizados.: la EMCA y ECIRyC que arrojan a través de un análisis estadístico objetivo.

4.5.1. Análisis de consistencia interna de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”.

Es de suma importancia enfatizar el grado de consistencia interna que posee la escala para obtener la confiabilidad del mismo, a su vez se realizó el proceso para obtener el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach (α), con la finalidad de comprobar si los resultados arrojados son consistentes y coherentes (ver tabla 4.7).

Tabla 4.13:

Análisis de consistencia interna de la Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal”

Factores	Ítems	Alpha
Impulsividad	1, 3, 4, 7, 9, 11, 14	.598
Inmediatez	2, 6, 12, 13, 15, 17, 18	.350
Imposición	8, 14, 15, 18, 19	.224
Riesgo	10,16, 20	.522
General	20 Ítems	.656

Nota: 109 Observaciones

De esta manera se puede observar que el factor Impulsividad posee un coeficiente de fiabilidad (α) con siete ítems α : .598. El factor Inmediatez posee un coeficiente de fiabilidad (α) con siete ítems de α : .350. El factor Imposición posee un coeficiente de

fiabilidad (α) con cinco ítems de α : .224. El factor Riesgo posee un coeficiente de fiabilidad (α) con tres ítems de α : .522. Y la escala global posee un coeficiente de fiabilidad (α) con veinte ítems de α : .656. Lo cual correspondería a un nivel de confiabilidad moderada, lo que a la investigación realizada.

4.5.2. Análisis de Consistencia Interna de la Escala

Multidimensional de *craving* de Alcohol

Es de suma importancia enfatizar el grado de consistencia interna que posee la escala para obtener la confiabilidad de la mismo, a su vez se realizó el proceso para obtener el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach (α), con la finalidad de comprobar si los resultados arrojados son consistentes y coherentes (ver tabla 4.8).

Tabla 4.14:

Análisis de consistencia interna de la “Escala Multifactorial de Craving de Alcohol”.

Factores	Ítems	Alpha
Deseo o <i>Craving</i>	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	.872
Desinhibición	4, 12	.257
General	12 ítems	.818

Nota: 109 Observaciones

De esta manera se puede observar que el factor Deseo o *Craving* posee un coeficiente de fiabilidad (α) con diez ítems α : .872. El factor Desinhibición Conductual posee un coeficiente de fiabilidad (α) con dos ítems de α : .257. Y la escala global posee un coeficiente de fiabilidad (α) con doce ítems de α : .818. Lo cual correspondería a un nivel de confiabilidad alta.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En base a la información recabada y datos estadísticos obtenidos en la presente investigación se pueden detallar a continuación las siguientes conclusiones y recomendaciones:

5.1. Conclusiones

- El presente proyecto de investigación determinó la relación existente del *craving* por alcohol y el control de Impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de Alcohólicos Anónimos. Y a su vez se fundamentó teóricamente aspectos relacionados con el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos, como: etimología de los términos *craving*, control de impulsos, abstinencia, dependencia y sintomatología general.
- Se evaluó los niveles que posee el *Craving* por alcohol en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato a través de la Escala multifactorial de *craving* de alcohol, la cual demostró la existencia de un nivel elevado; con doce ítems, la media de $M=46,7982$ puntos y con una desviación de $Ds=12,30084$ expresó que el deseo o *craving* por alcohol es superior en personas alcohólicas dentro de grupos de rehabilitación.

- Se evaluó los niveles que posee el control de Impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato a través de la Escala de control de impulsos de Ramón y Cajal, la cual demostró la existencia de niveles elevados en cuanto a la pérdida de control de los impulsos en los factores de: **impulsividad**, con una media de $M= 12,3945$ puntos y con una desviación de $Ds= 3,47483$ sugiere la falta de control de la conducta o del lenguaje en sujetos dependientes al consumo de alcohol; **inmediatez**: con una media de $M= 12,8257$ puntos y con una desviación de $Ds= 4,53555$ señala la existencia de conductas poco pacientes en los miembros en rehabilitación alcohólica; **imposición**: con una media de $M= 9,9725$ puntos y con una desviación de $Ds= 5,17912$ manifiestan la presencia de exigencia en el comportamiento en cuanto a desear que las cosas se hagan como la persona dice sin tomar en cuenta las opiniones de los demás; y **riesgo**: con una media de $M= 5,5780$ puntos y con una desviación de $Ds= 1,85739$ determina que los miembros en rehabilitación alcohólica ponen constantemente en riesgo su integridad física como psicológica.
- Se realizó un análisis de tipo estadístico correlacional que permitió verificar la relación existente entre el *Craving* por alcohol y el control de Impulsos al consumo, el cual, a través del modelo de correlación de RHO de Spearman confirmo la afinidad de los factores: **deseo e impulsividad**: con un $r= 0,884$; $p < 0,01$ corresponde a una correlación muy significativa alta positiva; **deseo e inmediatez**: con un $r= 0,848$; $p < 0,01$ corresponde a una correlación muy significativa alta positiva; **deseo e imposición**: con un $r= 0,838$; $p < 0,01$ determina una correlación muy significativa alta positiva; **deseo y riesgo** con

un $0,642$; $p < 0,01$ determina una correlación muy significativa mediana positiva.

- Se creó un modelo explicativo que describe el *craving* por alcohol y el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos. **Modelo empírico explicativo:** con un $R^2=0,78$ se establece que a mayor deseo por consumir sustancias alcohólica es mayor la impulsividad por conseguir la bebida; de la misma manera con un $R^2=0,72$ se demuestra a mayor deseo por consumo mayor sensación de inmediatez de obtener la bebida alcohólica; igualmente con un $R^2=0,70$ se demuestra que a mayor deseo por consumir alcohol mayor imposición en el sentido que la persona desea que los individuos que giran a su alrededor hagan lo que él dice u ordena y finalmente con un $R^2=0,41$ se evidencia que a mayor deseo por consumir alcohol mayor riesgo en el sentido que el sujeto alcohólico no ve si las actividades para conseguir la bebida pueden hacerle daño e incluso poner en peligro su vida. Confirmando el rechazo de la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa: El *craving* por alcohol se correlaciona con el control de impulsos al consumo en miembros que forman parte de grupos de apoyo de alcohólicos anónimos de la ciudad de Ambato.

5.2.Recomendaciones

- Se recomienda extender la investigación a nivel nacional en centros de rehabilitación alcohólica, para obtener a partir de una muestra amplia datos que permitan la valoración de *craving* por alcohol conjuntamente con el control de los impulsos al consumo con la finalidad de brindar un modelo de evaluación a los centros de rehabilitación alcohólica.
- Se invita llevar a cabo un programa de concientización dirigida a grupos de rehabilitación alcohólica sobre la evaluación psicométrica del *craving* por alcohol, la cual debería ser realizada al momento del internamiento de la persona alcohólica con el objetivo de brindar un programa de rehabilitación exclusivo para sus necesidades.
- Se sugiere implementar un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para trabajar sobre ideas intrusivas e impulsividad con respecto al consumo de alcohol para evitar recaídas y la modificación del pensamiento en el síndrome de abstinencia, ya que la mayoría de grupos de rehabilitación manejan una modalidad de recuperación vivencia no es suficiente para manejar el *craving* por alcohol y en consecuencia el control de impulsos.
- Se propone realizar investigaciones en las cuales se indaguen los factores por los que inicia el consumo de alcohol con la finalidad de complementar la investigación y detallar causas y factores de riesgo o factores epidemiológicos al consumo de alcohol.

Bibliografía

- Abreu, J. L. (2012). Hipótesis, Método & Diseño de Investigación. *Spentamexico*, 192.
- Adan, A. (2012). Impulsividad Funcional y Disfuncional en jóvenes con Consumo Intensivo de Alcohol (Binge Drinking). *Adicciones*, 18.
- Agualongo, J., & Arias, P. (2015). Tipos de Personalidad y Craving en los Miembros del Grupo de Alcohólicos Anónimos "Sultana de los Andes" de Riobamba. *Universidad Nacional de Chimborazo*, 33.
- Arévalo, Vega, Campos, Romero, Lanchipa, Castillo, & Cabrejos. (2010). Bezoar y trastorno de control de impulsos: Serie de Casos. *Scielo*, 111.
- Ávila Escribano, J., Marín Marcos, M., Encinas Pastor, I., & Guzmán Laso, F. (2012). Tratamiento de la Dependencia del Alcohol. *Scielo*, 1414.
- Batlle, S. (2009). Trastornos de Control de los Impulsos. *Paidopsiquiatría*, 10-13.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.
- Castillo, L., & Bilbao, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 9-10.
- Celma, J. (2015). *Bases Teóricas y Clínicas del Comportamiento Impulsivo*. Barcelona: San Juan de Dios– Campus Docent.
- Chesa Vela, D., Elías Abadías, M., Fernández Vidal, E., Izquierdo Munuera, E., & Sitjas Carvacho, M. (2004). *El Craving, Componente Esencial en la Abstinencia*. Barcelona: Girona.
- De Arce Guerra, F. (2012). Respuestas psicofisiológicas y Autoinforme de Adictos a la Heroína ante Situaciones Relacionadas y no Relacionadas con Droga. *Biblioteca*, 76.
- DSM IV-TR, A. A. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

- DSM V, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington D.C: Panamericana.
- Eliot, J. (11 de Julio de 2016). Rehabilitación de adictos al Alcohol, Drogas y Sexo. (A. Digital, Entrevistador)
- Española, D. d. (8 de Mayo de 2017). *Diccionario de la Real Lengua Española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=L9MJRDS>
- Esquibvel, A. (2016). Control de los Impulsos. *Psicoglobal*, 1.
- García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., & Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales . *Scielo*, 21-23.
- Gonzáles. (2009). Estrategias Cognitivo Conductuales para el Manejo del Craving. *Toxicomanías*, 12.
- Guardia Serecigni, J., Luquero Vived, E., Siñol Llosa, N., Burguete, T., & Cardús Moya, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de. *Adicciones*, 3.
- Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albert, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., & Martí Gil, A. (2003). Estudio de Validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Elsevier*, 23-28.
- Gutiérrez, R., Medina, M., Jiménez, A., Casanova, L., & Natera, G. (2015). Estilos de afrontamiento a la "obsesión mental por beber" (craving) en bebedores en proceso de recuperación. *Scielo*, 177.
- Hernández, M. (28 de Septiembre de 2015). *Lec008 Trastornos de los Impulsos*. Obtenido de YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=hSZtJY5aRw0>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* . Mexico: McGraw-Hill.
- Iraurgi Castillo, I., & Corcuera Bilbao, N. (2008). Craving: Concepto, Medición y Terapéutica. *Dialnet*, 15.
- López Gabriela, A. G. (8 de Marzo de 2012). *Los Trastornos de Control de los Impulsos como Atenuantes de la Responsabilidad en el Cometimiento de*

Delitos Penales . Obtenido de repositorio.puce.edu.ec:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5364/T-PUCE-5590.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López, J., Ortiz, T., López, M., & Fernández, A. (1 de Noviembre de 2008). *Instintos, Impulsos y Necesidades. Impulsividad*. Obtenido de SlideShare:
<https://www.slideshare.net/guest606c4/instintos-impulsos-necesidades-presentation>

Marlatt, G. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*, 82.

Martínez González, J., Graña Gómez, J., & Trujillo Mendoza, H. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Centro Provincial de Drogodependencias de Granada*, 229.

Martinez, J., Páez, A., Valero, M., & Salguero, M. (2011). Síndrome de Abstinencia. *Medynet*, 4.

Martinez, M. (19 de Noviembre de 2012). *Impulsos Psicológicos, de Todo Tipo* . Obtenido de staticmau.wordpress.com:
<https://staticmau.wordpress.com/2012/11/19/impulsos-psicologicos-de-todo-tipo/>

Mayorga, M. (2016). *Terapia Cognitiva*. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.

Monte-Secades, R., Rabuñal, R., & Guerrero, H. (2014). Síndrome de Abstinencia Alcohólica en Pacientes Hospitalizados . *Elsevier*, 110.

Muñoz García, M. (2007). Mecanismos Motivacionales del Craving: Ansia por el Tabaco. *Digibu*, 28.

Muñoz, M., San Juan, R., Fernández, C., Vila, J., & Montoya, P. (2010). Aspectos Neuropsicológicos del Craving por la nicotina. *Adicciones*, 112.

Natera, G., Borges, G., Medina, E., Solís, L., & Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Scielo* , 18.

- Pedrero, E., Rodríguez, M., Gallardo, F., Fernández, M., Pérez, M., & Chicharro, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Elsevier*, 269-278.
- Pérez, B. (2015). Trastornos del Control de los Impulsos. *Hospital Universitario de San Juan*, 1-26.
- Pérez, M. d., Gázquez, J., Molero, M. d., Cardila, F., África, M., Barragán, A. G., . . . Mercader, I. (2015). Impulsividad y Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes. *European Journal*, 372.
- Portillo, J., & Andrade, J. (2012). Asociación entre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y Actividad Delictiva en Adolescentes. *Poiésis*, 3.
- Poveda, S., Mora, A., Lara, R., & Naranjo, T. (2016). Predictores Clínicos de Demencia en Drogodependientes. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 94.
- Rahola, J. (2013). Diferencias entre craving, priming e impulsividad en los trastornos por consumo de alcohol. Utilidad clínica del nalmefeno. *Psicoadolescencia*, 12-18.
- Ramos Brieva, J., Gutierrez-Zotes, A., & Sáiz Ruiz, J. (2002). Escala de Control de Impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC). Desarrollo Validación y Baremación. *Cibersam*, 160-174.
- Ramos, V. (25 de Enero de 2016). Influencia del Trastorno de Estrés Post Traumático en la Adaptación Social del Adolescente. *Psicopatología de Adolescentes*. Ambato, Tungurahua, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato .
- Rankin, H., Hodgson, R., & Stockwell, T. (1979). The Concept of Craving and Its Measurement. *Behav Res & Therapy*, 389.
- Riquelme, R. (2010). Neurobiología de los Trastornos del Control de los Impulsos. *Universidad de Chile*, 61.
- Ruíz, R. (2007). El Método Científico y sus Etapas. *Index*, 2.

- Salvo, L., & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Scielo*, 431.
- Sánchez, E., & Gladolí, T. (2002). Terapia Breve en Adicción a Drogas. *Redalyc*, 50.
- Serecigni, J., Luquero, E., Siñol, N., Burguete, T., & Cárdu, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Redalyc*, 38.
- Tiffany, S. (1990). A cognitive model of Drug Urges and Drug-Use Behavior. Role of Automatic and Nonautomatic Processes. *Psychological Review*, 97.
- Torres, J. (22 de Julio de 2015). *El Craving, el Deseo de Consumir*. Obtenido de Lasdrogas.info: <http://www.lasdrogas.info/noticias/31016/el-craving-el-deseo-de-consumir.html>
- Valao, X. (19 de Mayo de 2015). *Cronicas Documental Alcoholismo*. Obtenido de YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=3tL_ZW5GOj0
- Vásquez, I. (2013). Determinación de acetato de etilo en bebidas alcohólicas destiladas con añejamiento ron por el método de cromatografía de gases. *Universidad Central del Ecuador*, 25.
- Warburton, D. (1992). *Addiction Controversies*. Paris: Harwood Academic Publishers.
- WHO, E. C. (1955). The 'Craving' for Alcohol. *Expert Committee on Mental Health and Alcohol*, 37.
- Zamora, B. (2015). Neuroanatomía de la Impulsividad. En J. Celma, *Bases Teóricas y Clínicas del Comportamiento Impulsivo* (pág. 51). Barcelona: San Juan de Dios- Campus Docent.

Anexos

Anexo 1: Hoja de Presentación



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: SESGOS COGNITIVOS Y SU RELACION CON EL BIENESTAR PSICOLOGICO DE LOS JOVENES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE AMBATO

BATERIAS DE EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PSICOLÓGICA

INFORMACIÓN PERSONAL

Lugar y Fecha:

Establecimiento:

Edad:

INSTRUCCIONES

- Estos cuestionarios investigan algunos datos sociodemográficos, educativos y personales, así como de bienestar y cognición
- Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad.
- No hay respuestas buenas o malas, por tanto, no se preocupe por calificaciones.
- **NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, si tiene alguna duda, con toda confianza pregunte y con mucho gusto le orientaremos.
- La información que proporcione será confidencial.

Agradecemos su participación.

NO de vuelta a la hoja hasta que se le indique

Anexo 3: Ficha *Ad Hoc* Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un “X” en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:** (1) Masculino ___ (2) Femenino ___
3. **Ciudad de Procedencia:** _____
4. **Ciudad Domicilio Actual:** _____
5. **Sector del domicilio:** (1) Urbano ___ (2) Rural ___
6. **Identificación Étnica:**
 (1) Mestizo(a) ___ (2) Indígena ___ (3) Afro ___ (4) Blanco(a) ___
7. **Estado Civil:** (1) Soltero/a ___ (2) Unión Libre ___ (3) Casado/a ___ (4) Separado/a ___ (5) Divorciado/a ___ (6) Viudo/a ___
8. **Identificación Religiosa:** (1) Católico(a) ___ (2) Cristiano(a)/Evangélico(a) ___ (3) Testigo de Jehová ___ (4) Mormón ___ (4) Creyente identificación religiosa ___ (6) Ateo ___ (7) Otra identificación ___ ¿Cuál? _____
9. **Con quién vive actualmente**
 Solo (1) ___ Con mis padres (2) ___ Otro (3) ___ ¿Cuál? _____
10. **Cuántas horas duerme:**
 Menos de 7 horas (1) ___ Entre 7 y 8 horas (2) ___ Más de 8 horas (3) ___
11. **¿Usted posee en la actualidad algún trastorno psicológico diagnosticado?**
 Si (1) ¿cuál? _____ No (2) ___

ECONOMÍA Y TRABAJO**12. Situación laboral:**

No trabajo (1)_		
Si trabajo (2)_	¿Cuántos días trabaja por semana?	
	¿Cuántas horas trabaja por día?	

123 Ocupación:

.....

14. Situación socio-económica familiar:

Mala (1) ___ Regular (2) ___ Buena (3) ___ Muy buena (4) ___

15. En qué estrato socioeconómico se ubica ud y su familia:

Alto (1) ___ Medio Alto (2) ___ Medio (3) ___ Medio Bajo (4) ___ Bajo (5) ___

16. ¿La situación económica actual le permite continuar con su rehabilitación?

Si (1) _____ No (2) _____

INFORMACIÓN PERSONAL**17. ¿A qué edad empezó a consumir alcohol?**

.....

18. ¿Cuánto tiempo consumió alcohol:

.....

19. ¿Cuánto tiempo permanece sin beber alcohol?

.....

20. ¿Consumía alcohol únicamente o llegó a consumir otras sustancias?

.....

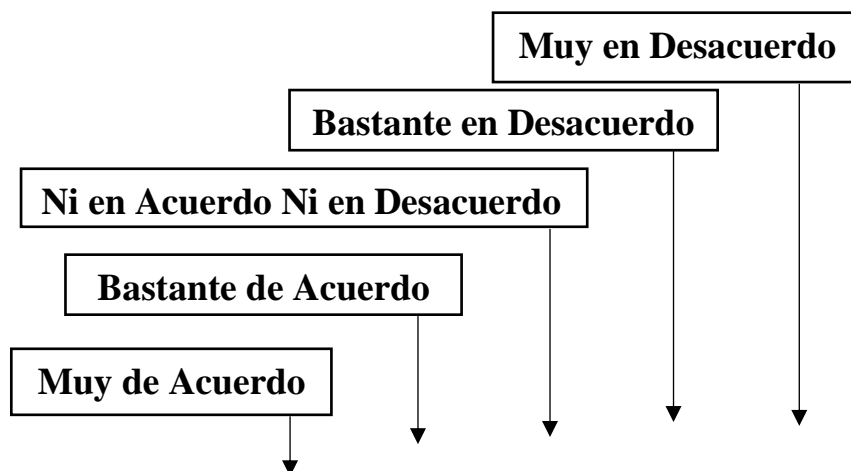
21. ¿Ha tenido recaídas?

.....

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 4: Escala Multifactorial de *Craving* de Alcohol (EMCA)

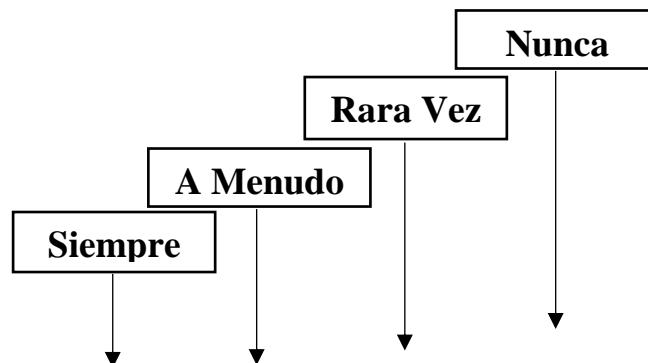
A continuación le presentamos una serie de preguntas, lea cada pregunta de manera cuidadosa y coloque una señal (X) bajo el número de la columna con el que esté de acuerdo. Cada valor tiene un significado que se detalla a continuación:



#	Ítems: Durante la última semana:	5	4	3	2	1
1.	He tenido ansia de beber					
2.	Habría hecho casi cualquier cosa por beber					
3.	He deseado beber					
4.	He podido controlar completamente mi deseo de beber					
5.	Tomar una copa habría sido ideal					
6.	He estado pensando la manera de ir a por una bebida					
7.	Beber hubiera sido maravilloso					
8.	He tenido muy a menudo la mente ocupada con imágenes relacionadas con la bebida					
9.	Las ganas de beber han sido muy intensas					
10.	Me hubiera sentido mejor si hubiera podido beber					
11.	He experimentado una vez o más un intenso deseo de beber					
12.	Aunque hubiese tenido la oportunidad no hubiera bebido					

Anexo 5: Escala de Control de Impulsos de Ramón y Cajal

A continuación, hay cuatro respuestas con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después seleccione la respuesta con una X a aquella con la cual se identifica.



#	Ítems: La conducta planteada me ocurre:	3	2	1	0
1.	“Salto” a la menor provocación o cuando me llevan la contraria.				
2.	Me siento mejor cuando hago algo sin necesidad de meditarlo.				
3.	Soy una persona con mucha paciencia.				
4.	Tiendo a perder el control de mí mismo.				
5.	Las cosas que hacen los demás suelen dejarme satisfecho.				
6.	No puedo resistir el impulso de hacer algo inmediatamente después de que se me haya ocurrido; me pongo nervioso				
7.	Mis reacciones son imprevisibles.				
8.	Me gusta quedar por encima de los demás.				
9.	Hago y digo cosas sin pensar en sus consecuencias.				
10.	He hecho cosas que me resultaban imposibles de resistir.				
11.	Creo que soy bastante impulsivo.				
12.	Si me excito sexualmente, necesito encontrar pronto la satisfacción.				
13.	Me alivia mucho conseguir con rapidez algo que necesite hacer irresistiblemente.				
14.	Mi carácter es “fuerte”, “temperamental”.				
15.	Mis méritos deben reconocerse inmediatamente, no con el paso del tiempo.				
16.	Me he colocado en situaciones de riesgo.				
17.	Puedo esperar largo tiempo para recibir cualquier cosa que me haya merecido.				

18.	Cuando hago o digo algo, espero que los resultados se vean pronto.				
19.	En líneas generales soy una persona bastante exigente.				
20.	Me coloco en algunas situaciones que suelen acelerarme el corazón al límite.				