

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
Y DE LA SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

**“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
INTEGRANTES DE GRUPOS MUSICALES DE LA CIUDAD DE QUITO,
EN EL AÑO 2018”**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo
General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de
Investigación.**

Autor

Sara Viviana Córdova Alarcón

Tutor

Ps. Cl. Doris Jaqueline PérezVega MSc.

Quito-Ecuador

2019

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo Ps.Cl. Doris Pérez 1709917189, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de ciencias humanas y de la salud – carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INTEGRANTES DE GRUPOS MUSICALES DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**, desarrollado por Sara Viviana Córdova Alarcón, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Licenciada en Psicología General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito,.....de.....del 2019.

Ps. Cl. Doris Pérez MSc.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicología General, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito,..... de del 2019

Sara Viviana Córdova Alarcón

171463085-0

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.**

Yo, Sara Viviana Córdova Alarcón, declaro ser autor del proyecto de tesis, titulado “ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INTEGRANTES DE GRUPOS MUSICALES DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”. Como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del repositorio digital institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenio. La Universidad Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo acepto que los derechos de autor, morales y patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Indoamérica, y que no tramitare la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los días del mes de..... del 2019, firmo conforme:

Autor: Sara Viviana Córdova Alarcón

Firma

Numero de Cedula: 1714630850

Dirección: Manta Oe5-19 y José María Guerrero, Sector Quito Norte.

Correo electrónico: savipsico9@gmail.com

Teléfono: 0995710657

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INTEGRANTES DE GRUPOS MUSICALES DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**, previo a la obtención del Título de licenciado en Psicología General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

MSc. Marina Calvo Rodriguez
PRESIDENTA

.....

PS. Paulina Pérez MSc.
VOCAL I

.....

LIC. AQUILES GALINDO MSc.
VOCAL II

Quito,

DEDICATORIA

A mis tesoros Ari y Anthuan.

“No vivas para ser, por temor
la presa de otros sueños
se vive una vez para ser
eternamente libre”

Elkin R. - Kraken

AGRADECIMIENTO

A la vida, por permitirme ser madre de mis dos tesoros Ari y Anthuan, gracias a ustedes cada día tuve la motivación para soportar todas las injusticias y alegrías vividas en esta mi segunda carrera universitaria. A mis padres por su apoyo incondicional, su cariño y sabios consejos. A mis profesores que fueron el ancla para poder superar cada semestre con éxito, gracias por sus miradas francas, sus palabras claras y lo más importante, por su ejemplo. A mis amistades del rock quienes me dieron su colaboración para finalizar este trabajo, gracias por la confianza en mí y por levantarme en los días más duros en mi vida.

SARA VIVIANA

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iii
AUTORIZACIÓN PARA EL REPOSITORIO DIGITAL	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
Contextualización	1
Macro	1
Meso	3
Micro	4
Antecedentes	5
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
Ansiedad	8
Factores Biológicos	9
Consumo de alcohol	18
Justificación	27

Originalidad.....	27
Objetivos	28
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos.....	28
CAPÍTULO III	29
METODOLOGÍA.....	29
Diseño del trabajo	29
Área de Estudio	29
Enfoque	29
Población.....	29
Muestra.....	29
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	30
Instrumentos de investigación	31
CAPÍTULO IV.....	37
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
Comprobación de hipótesis	41
CAPÍTULO V	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
Conclusiones.....	43
Recomendaciones	44
Discusión.....	44
CAPÍTULO VI.....	47
PROPUESTA	47
Justificación.....	47
Objetivos	48
Objetivo General.....	48
Objetivos Específicos.....	48

Argumentación Teórica.....	49
Diseño técnico de la propuesta.....	50
Se le indicará la siguiente consigna:	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Muestra de mujeres y hombres	30
Tabla N° 2: Cronograma de actividades	36
Tabla N° 3: Estadísticos descriptivos	37
Tabla N° 4: Correlación de Spearman entre las variables ansiedad y consumo de alcohol.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Población de Mujeres y Hombres	31
Gráfico N° 2: Experiencia musical	38
Gráfico N° 3: Niveles de ansiedad.....	39
Gráfico N° 4: Niveles de ansiedad en mujeres y hombres.....	39
Gráfico N° 5: Riesgo de consumo de alcohol	40
Gráfico N° 6: Riesgo de consumo de alcohol en Mujeres y Hombres	40

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERAS DE PSICOLOGÍA
RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: “ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INTEGRANTES DE GRUPOS MUSICALES DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”

AUTOR: Sara Viviana Córdova Alarcón

TUTOR: Psc. Doris Jaqueline Pérez Vega MSc.

RESUMEN

En la presente investigación se analiza la correlación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en una muestra de 180 integrantes de grupos musicales, utilizando el método descriptivo correlacional, para lo cual se aplicó la escala de ansiedad de Zung (EAA) para medir la variable de ansiedad y para medir el riesgo de consumo de alcohol se aplicó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol el AUDIT, obteniendo una correlación de Spearman significativa. Se concluye que la ansiedad tiene relación con el consumo de alcohol, por lo que se debe implementar un programa de intervención que ayude a controlar y disminuir el nivel de ansiedad asociado al consumo de alcohol.

PALABRAS CLAVES: ansiedad, consumo, alcohol, músicos.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERAS DE PSICOLOGÍA

RESUMEN EJECUTIVO

THEME: "ANXIETY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ALCOHOL
CONSUMPTION AMONG MEMBERS OF MUSIC BANDS IN QUITO CITY,
DURING 2018 YEARS"

AUTHOR: Sara Viviana Córdova Alarcón

TUTOR: Ps. Cl. Doris Jaqueline Pérez Vega M.Sc

ABSTRACT

The current research analyzes the correlation between anxiety and alcohol consumption among a sample of 180 members of music bands, using the correlational descriptive method. Therefore, the anxiety scale questionnaire of Zung EAA was applied to measure the anxiety variable and to measure the risk of alcohol, the Questionnaire for the Identification of Disorders due to Alcohol Consumption was applied to AUDIT, obtaining a correlation of significant Spearman, obtaining a significant Spearman correlation, it is concluded that the anxiety is related to the consumption of alcohol. So, an intervention program should be implemented to help control and reduce the level of anxiety associated with alcohol consumption.

KEYWORDS: anxiety, alcohol, consumption, musicians.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad afecta al menos 300 millones de personas en el mundo, un problema más común que el estimado, de acuerdo al informe global sobre ese desorden mental elaborado por científicos de la Universidad de Cambridge, en Inglaterra. (Boix, 2016, p.10).

El consumo de alcohol y otras drogas es una de las grandes preocupaciones a escala internacional, por las graves consecuencias que produce a nivel sanitario y socioeconómico. La Organización Mundial de la Salud estima que el 5% de la población adulta mundial consumió algún tipo de droga ilícita en 2010. (OMS, 2011, p.9).

De acuerdo con algunas investigaciones, se calcula que 3 de cada 5 personas han tenido episodios de consumo excesivo de alcohol en el último mes. Lenk et al., (2012), en sus investigaciones señalan que los jóvenes universitarios consumen más alcohol que los adultos jóvenes, y a pesar de esto, no reconocen el problema, por lo que es difícil que busquen ayuda. (p.17).

El trabajo se expone de la siguiente manera. CAPÍTULO I contiene el problema, contextualización, macro, meso y micro, antecedentes. CAPÍTULO II marco teórico, objetivos, Justificación. CAPÍTULO III Metodología, enfoque, población, muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión. CAPÍTULO IV resultados y discusión. CAPÍTULO V conclusiones y recomendaciones. CAPÍTULO VI propuesta de intervención psicológica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En la actualidad los trastornos mentales cada vez son más frecuentes por lo que constituyen una problemática de salud pública, encontrándose dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2012, p.16)

Por esta razón es fundamental analizar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol, los efectos y síntomas que estos trastornos causan en nuestra sociedad. Según la OMS (2012) la presencia de ansiedad en adultos de ambos sexos es constante y la problemática va en aumento con respecto al consumo de alcohol que en la actualidad es uno de los principales problemas que afectan a la sociedad sin distinción de edad, sexo, color o posición social.

Contextualización

Macro

El experto británico Boix (2016) destacó que aunque la proporción de personas que sufre de ansiedad se mantuvo relativamente constante entre 1990 y 2010, aclararon que ese problema de salud mental “rara vez es estudiado”, a diferencia de otros trastornos comunes, como la depresión. Mientras tanto, la OMS, citada por Boix (2016), expresó que las enfermedades mentales comunes aumentan a nivel global. (p11).

La OMS (citada por Boix, 2016, p. 10) señaló que entre 1990 y 2013, el número de personas que sufría de depresión y/o ansiedad aumentó casi el 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca del 10% de la población mundial es afectada por estas dolencias, en tanto, los problemas mentales representan el 30% de las enfermedades globales no-letales.

Mientras que, el consumo de bebidas alcohólicas asociado al desarrollo de trastornos mentales está considerado por la OMS como un grave problema de Salud Pública, causa serios problemas en los individuos, altera las relaciones de equilibrio que mantiene el ser humano con su organismo y medio ambiente. (Ariza y Casullo, 2002; Nebot y Beamonte, 2002)

En retrospectiva histórica, a finales de los 90s los trabajadores de atención primaria de la salud pueden describir el consumo de alcohol de sus pacientes en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar. En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol absoluto (Turner, 1990).

Desde este punto de vista, el consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo). (OMS, 1992, p. 367)

Por lo tanto, basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al, 2004).

Según Hidalgo mundialmente, existe el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y tabaco lo que en salud pública esto es un grave problema, ya que existen diferentes alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que genera. El mayor riesgo está en algunos grupos etarios, como el de los adolescentes, los cuales sufren las consecuencias del abuso de estas sustancias (Hidalgo y Júdez, 2007)

El 80% de los hombres y el 60% de las mujeres de los países desarrollados son consumidores de alcohol durante algún período de sus vidas, según Schukit (2009). Este autor señala que muchos bebedores dejaron de hacerlo por causas médicas y el 30-50% de las personas con antecedentes de consumo de alcohol en el año anterior experimentan al menos un problema relacionado con el alcohol

durante su vida, como la pérdida del trabajo o el colegio, en la conducción de vehículos después de beber o problemas interpersonales. (p.49)

Meso

En América Latina y el Caribe, la brecha de atención de los trastornos mentales es grande. Los estudios que aportaron datos sobre el déficit de tratamiento dieron cifras correspondientes a la utilización de servicios en distintos períodos, entre ellos el último mes, los últimos seis meses, el último año y toda la vida. (Kohn et.al, 2005)

Un dato importante es el que expone el Banco Mundial con respecto a estos últimos cambios, la proyección que entre 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe va en aumento en 28%, de 508 a 622 millones de personas (World Bank, 2002.).

Esas proyecciones indican que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad más avanzada. La población de 50 años de edad o más aumentará en más de 60%; la que se encuentra entre los 50 y 64 años de edad verá un aumento de 68%, y la de 65 años o más ascenderá en 49%. La población entre los 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que se presentan en la edad adulta, aumentará en 22%.(Kohn et.al, 2005)

En México, la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes de la Ciudad de México (Benjet et al, 2009), ubica a la fobia social en el segundo lugar entre los diagnósticos de mayor frecuencia en la adolescencia, después de las fobias específicas, con prevalencia de 10% para el sexo masculino y 12.5% para el femenino, sin embargo, el diagnóstico de fobia social, se asocia con discapacidad menor y por otra parte, como señalan estos autores, los adolescentes con trastornos de ansiedad, son los que menos buscan atención por ese motivo, en los servicios de salud.

Referente al consumo de alcohol, la proporción de personas que cumple los criterios de abuso/dependencia de alcohol en México, es mayor a cuatro

millones según la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2009 de la Ciudad de México (Villatoro et al, 2011). Chassin, Pitts y Prost (2002) reiteran que la edad de inicio en el consumo de alcohol es a los 12.6 años y aunque existe una heterogeneidad en las trayectorias del consumo "el abuso del alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad prematura o días vividos sin salud" (p.165).

El consumo de Alcohol en América, en promedio es de 8.4 litros de alcohol puro per cápita cada año. En el año 2014, el Ecuador pasó del segundo al noveno puesto en consumo de alcohol. Los ecuatorianos beben 7.2 litros per cápita por año. Pero aunque hay disminución en el consumo, el nivel de ingesta aún lo mantiene dentro de los primeros 10 países más consumidores de este producto a nivel de América. (Ministerio de Salud Pública, MSP, 2012, p.41)

Según una investigación realizada en la Universidad de Azuay, se concluyó que la prevalencia de la depresión fue 13,95% y ansiedad 29,33% en estudiantes de la Facultad de Medicina de 1ro a 12avo ciclo y se determinó que el género femenino presentó síntomas de franca ansiedad en un 7,4% en comparación al género masculino con un 4,9%, lo que indica la mayor prevalencia de ansiedad en las mujeres. Así también con respecto al consumo de alcohol se determinó que existe mayor porcentaje en el género masculino con un 36% , mientras que en las mujeres con un 29, 03%. (Cordero y Pacheco, 2010)

Micro

En Ecuador, un estudio comparativo de patrones de consumo de licor, efectuado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en la ciudad de Quito, mostró que el 71% de personas en el país consumen licor. De ese porcentaje, el 7% corresponde a personas con un consumo nocivo frecuente. (El comercio, 2013)

Dada la importancia del tema, en el año 2012, la Universidad San Francisco de Quito realizó una investigación sobre el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Los resultados obtenidos demostraron que el SAF es un problema muy común de la sociedad, sin importar el nivel económico de las personas. El 90% de

los jóvenes encuestados no conocían de la existencia del síndrome. Las estadísticas obtenidas indican que este síndrome afecta a una de cada 500 mujeres embarazadas, una de cada cinco mujeres embarazadas consume alcohol y el SAF aflige a 250 niños por cada 100.000 que nacen. (Dávila, 2013)

En una investigación por Villagómez, en el 2005, en la ciudad de Quito, concluyó que, la depresión y problemas de ansiedad en nuestro medio, aún no son tomados como un verdadero problema de Salud Mental y es por esto que pasa por alto en muchas situaciones o circunstancias que favorecen o previenen su apareamiento. Es necesario realizar más estudios al respecto no solo en esta población, sino también en otros sectores de la sociedad, para así poder determinar su verdadero impacto en la sociedad. (p.103)

Es así que, tanto los problemas de ansiedad como el consumo de alcohol, son motivo de consulta a diario en el Hospital Pablo Arturo Suárez, en el área de Psiquiatría y Psicología son aproximadamente 10 casos por día atendidos, de los cuales son personas de 17 a 55 años que presentan problemas de ansiedad y consumo de alcohol, varios de estos pacientes no realizan actividades lúdicas, tienen problemas económicos graves, problemas familiares, los pacientes con un seguimiento constantes sí presentan cierta mejoría o cambios conductuales. (Romero, 2018)

Antecedentes

Los trastornos del estado de ánimo (sobre todo con la que se denominó en su momento melancolía, hoy característica de los trastornos depresivos), pueden tener raíces históricas que se remontan a la antigüedad clásica. (Sierra y Ortega 2015, p.10)

Hay indicios de que la ansiedad fue identificada claramente como un efecto negativo distinto y como un trastorno separado por los filósofos y médicos grecorromanos. En 1895 Sigmund Freud se interesó por el estudio de la histeria y, más en general, de las neurosis, emprendiendo la clasificación de la neurastenia. Afirmó que la neurastenia de Beard debía descomponerse en dos

neurosis distintas, la neurosis de angustia y la neurastenia propiamente dicha. (Sierra y Ortega 2015)

Las aportaciones de Freud fueron fundamentales, para la descripción y clasificación de los límites del grupo de las neurosis, en el que se incluyeron cinco entidades distintas, la histeria, la hipocondría, y las neurosis de angustia, fóbica y obsesiva. (Torres, 2003)

A finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término que se refiere a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y activación fisiológica, y que se da como respuesta a estímulos internos (pensamientos) y externos (ambientales). Se va perfilando, por tanto, como un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (comportamientos, pensamientos y síntomas fisiológicos), los cuales interactúan entre sí. (Ojeda, 2003)

En cuanto al consumo de alcohol Valderrama, Zurián y Manzanaro, (2001) exponen que el consumo de bebidas alcohólicas forma parte del estilo de vida de muchos pueblos. Su comienzo lo podemos cifrar en el quinto milenio aJC. Se han hallado pinturas rupestres que representan la recolección y almacenamiento de la miel. Se supone que alguien probó la miel fermentada y le gustó, en particular si se le añadía agua. Alrededor de tres mil años aJC se cita la cerveza en un texto egipcio. Se tomaba con cañas, ya que no se filtraba y contenía granos de la fermentación flotando en su superficie. En la Biblia se menciona al alcohol con frecuencia y los griegos y los romanos ya conocían el cultivo y la recolección de la vida.

Más adelante los árabes, en el año 800, descubren la destilación del vino y obtienen bebidas de más alto contenido en alcohol; por ello esta palabra es de origen árabe. Dando un salto en la historia, en el siglo XIX se produce un incremento notable del consumo de alcohol debido fundamentalmente a la mejora en la comercialización y a la revolución industrial. Actualmente en el mundo occidental en diversas ocasiones sociales el consumo de alcohol suele ser normal y deseable. En las rutinas de la vida humana las bebidas alcohólicas se utilizan

para celebrar, tranquilizar, calmar la sed, abrir el apetito, digerir, acompañar las comidas, dormir, alegrar, disminuir el dolor de origen físico o psíquico, etc. Por lo tanto los vínculos asociativos contextuales, cognitivos y emocionales de su consumo son múltiples y variados. (Midanik, Tam, Greenfield, Caetano y Risk , 1994)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANSIEDAD

Durante la vida, el ser humano crece tanto físico como mentalmente, sobrepasando varios cambios en el período universitario el cual marca la vida de manera importante. Produce cambios significativos, principalmente psicológicos, que alteran su estado emocional, habiendo constituyendo un grupo muy importante y vulnerable en los que produce ansiedad o depresión y problemas de adicción. Ya sea por factores internos, o externos que en cierto grupo de personas pueden ocasionar conflictos de existencia. (Alarcón, 199, p.43)

Con respecto al término de ansiedad, proviene del latín *anxietas* refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2015, p.46)

Para Jung (1994), los comportamientos que salen de los patrones normales como las adicciones, depresión y ansiedad insiden en la conducta; esto con el afán de analizar los arquetipos que definen a los seres humanos. Es decir, la terapia Junguiana facilita la comprensión entre el individuo y su psique. (Guerri, 2017)

Reyes (2015), expresa que, la ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad ayuda al conocimiento del propio ser, motiva a realizar operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. (Reyes, 2015, p.67)

Factores Biológicos

En relación a la predisposición genética se ha encontrado, una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, 2014, p.540).

Según Sandin, Chorot, Santed y Jiménez (1995), refiriéndose a la transmisión genética de los trastornos de ansiedad:

Existe evidencia que los factores hereditarios podrían desempeñar un papel importante en los trastornos de ansiedad: porcentajes de concordancia: 34% en gemelos monocigóticos y 17% en dicigóticos. El desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) no muestra evidencia de estar influido por factores hereditarios: Tasas de 17% para monocigóticos y del 20% para dicigóticos. Para el resto de los trastornos de ansiedad las tasas de concordancia son prácticamente equivalentes: 45% y 15% para monocigóticos y dicigóticos respectivamente. En los trastornos de ansiedad parece existir un importante componente de transmisión familiar de tipo hereditario (excepto en el TAG). Los trastornos de ansiedad parecen poseer una transmisión genética independiente de la que se da en la depresión y en los trastornos somatoformes (hipocondriasis e histerias). Lo que se hereda es una vulnerabilidad (diátesis) para desarrollar un trastorno de ansiedad en general; no se hereda un trastorno específico en sí mismo. (p.32)

Factores Psicosociales y factores traumáticos

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada. (Navas, 2012, p.50, 51)

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. (Navas, 2012, p. 50, 51)

Factores Cognitivos y Conductuales

Así, Spielberger (1966) describía el Estado de Ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, suscitarían Estados de Ansiedad. El Rasgo de Ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de Ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona a cerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas). (p. 3)

Las teorías de Tobal y Cano (1994) afirman que los factores cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes a cerca de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se están produciendo en este momento (situación), son ambos factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales, la ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se puede aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo como subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores. (Vásquez y Baquero, 1998)

Neurobiología de la ansiedad

Gómez (2007) se refiere que la neurobiología plantea que existe una anatomía de las emociones, con regiones del cerebro que tienen una función crucial en su experimentación, así como sustancias que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognoscitivas en el cerebro como son los neurotransmisores que se relacionan con la respuesta de ansiedad. Las estructuras como el hipotálamo medial, la amígdala y la sustancia gris constituyen el principal substrato neural para la integración de los estados aversivos en el cerebro. Procesos preparatorios exitosos de orientación-peligro y preparación al escape parecen estar ligados a la ansiedad, por lo cual, es importante conocer el papel neurobiológico en la respuesta de esta emoción. (p.101)

La Amígdala

La amígdala es una estructura perteneciente al Sistema Límbico, relacionada con los aspectos emocionales de las conductas.

Gómez (2007) realiza una descripción de sus características y funciones:

Es una estructura localizada en el lóbulo temporal y su función es coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma y su función estaría mediada por receptores noradrérgicos, benzodiazepínicos y serotoninérgicos. (p.116)

Tálamo

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico. (Reyes, 2011)

Hipotálamo

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés. (Reyes, 2011)

Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla. (Reyes, 2011).

Gómez (2007) manifiesta que las emociones guardan una relación importante con el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo y otras, todas ellas con conexiones con el tallo cerebral – médula oblongata-, de la cual emerge el nervio Vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino. (p.114)

Reconocimiento y diagnóstico del paciente con ansiedad

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

- Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
- Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.

- Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo. (Gómez, Naranjo y Olarte, 2011).

Estos mismos autores continúan refiriendo que las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas: dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo, molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia, molestias digestivas: sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales, dificultad para conciliar el sueño, mareos, sudoración, también pueden presentar las siguientes quejas psíquicas; preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos, irritabilidad, temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control). - nerviosismo, sobresaltos. (Gómez, Naranjo y Olarte, 2011)

Diagnóstico de la ansiedad

El diagnóstico de la ansiedad puede realizarse mediante el método clínico y el uso de test psicológicos para cuantificar la ansiedad.

Bulbena, 2016 describe como abordar una entrevista clínica:

Entrevista semiestructurada: Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir. Al intentar sistematizar la técnica, entre una entrevista dirigida y una libre, la entrevista semiestructurada combina ambos tipos, adaptándose a las características del encuentro médico-paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria (combina la gestión del tiempo, el abordaje biopsicosocial y se centra en el paciente como experto en sí mismo). Empieza con preguntas más abiertas (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más

específicas o cerradas que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema. (p.154)

También se utilizan test psicológicos para cuantificar la ansiedad, estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. No es, pues, factible ni recomendable utilizar las escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad. Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos que utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. (Bulbena, 2016, p.156)

Trastorno de ansiedad según el DSM-V y Clasificación internacional de enfermedades, 10 CIE-10

Siguiendo los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada como se define por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5, la ansiedad y preocupación se asocian a tres (o bien más) de los seis síntomas siguientes. En el caso de los pequeños, solo se requiere uno de los ítems. (Asociación Americana de Psiquiatría 2014, DSM-5 p.114)

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). (Asociación Americana de Psiquiatría 2014, DSM-5 p.189)

DSM - V	CIE - 10
Trastorno de ansiedad generalizada	F40 Trastornos de ansiedad fóbica
Trastorno de ansiedad por separación	F40.0 Agorafobia.
Mutismo selectivo	F40.1 Fobias sociales.
Fobia específica	F40.2 Fobias específicas (aisladas).
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
Trastorno de pánico	F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
Agorafobia	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
	Trastorno de pánico
	Trastornos somatomorfos
	Otro trastorno mixto de ansiedad

Tabla: Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5 y CIE-10
 Elaborado por: APA. American Psychiatric Association. ,2014; Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Tratamiento para los trastornos de ansiedad

El tratamiento para manejar los problemas de ansiedad engloban varios objetivos, entre los que se encuentran aliviar los síntomas así como evitar secuelas, por lo tanto se han planteado algunas estrategias para el manejo adecuado de esta patología.

Tratamiento no farmacológico

Proporcionar psicoeducación: Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle “No tiene nada”. (Báez, 2008 p.58)

Técnicas de relajación: Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1,2,3,4,5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1,2,3,4,5. (Báez, 2008 p.70)

Realizar psicoterapia: Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia. El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. (Báez, 2008 p.71)

Tratamiento farmacológico:

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Se han utilizado algunas drogas para disminuir el grado de ansiedad como se describe a continuación:

Benzodiazepinas (BZD): Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de esteneurotransmisor. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. (Navas, 2012, p.63)

Buspirona: Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con estos fármacos, mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de la tensión arterial, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de buspirona. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad. (Navas, 2012, p.64)

Hidroxicina: Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca

dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad. (Navas, 2012, p.66)

Antidepresivos: La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en ataques de ansiedad. Recordar que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente. (Navas, 2012, p.67)

CONSUMO DE ALCOHOL

El alcoholismo en la historia

El avance tecnológico de los siglos XVIII y XIX permite el desarrollo de la crianza de los vinos, cervezas y licores prácticamente como los conocemos en la actualidad. La investigación científica del químico francés Louis Pasteur (1895) permitió un mejor conocimiento de los procesos de fermentación y destilación, lo cual posibilitó la industrialización del proceso productivo del alcohol, así como su mejoramiento y abaratamiento. Es en este período, siglo XIX, cuando el uso de las bebidas alcohólicas alcanza gran magnitud entre la población occidental y, se comienza a hablar del alcoholismo como un problema social y sociosanitario de primera magnitud (Santo Domingo, 1990, p. 34).

La cultura del siglo XX ha añadido caracteres de universalización al consumo de bebidas alcohólicas y a los problemas derivados. Y no es porque en otras culturas no europeas, el alcohol no haya sido usado de manera habitual a lo largo de la historia, todas las culturas en todos los momentos de la historia han obtenido soluciones fermentadas con aquellos productos vegetales que tenían más disponibles. (Braudel, 1979)

Europa ocupa un papel central en el mercado global de alcohol, siendo el origen de una cuarta parte de la producción mundial de alcohol y más de la mitad de la del vino. El comercio se concentra aún más en Europa, estando la Unión

Europea involucrada en el 70% de las exportaciones y en casi la mitad de las importaciones de alcohol en el mundo. Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%) (Rehm et al, 2003)

El alcohol y bebidas alcohólicas

Se utiliza la palabra “alcohol” cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos es únicamente en el hígado donde el alcohol es quemado, es decir, metabolizado. El alcohol se transforma normalmente en el hígado gracias a un enzima llamado alcohol deshidrogenasa. (Freixa, 1976, p. 45)

En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kilo calorías, este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez et al, 2000). Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir sus propias reservas de glucosa (Freixa, 1993, p. 46).

El etanol altera fundamentalmente el Sistema Nervioso Central (SNC) al modificar la “fluidez” biometabólica de las membranas neuronales. Lo más significativo es que las membranas modifican su permeabilidad en el sentido de alterar la “fluidez” y transformarse en más “rígidas”, adquiriendo por lo tanto una nueva permeabilidad. Esta nueva situación que significa un cambio en la composición lipídica de la membrana altera la actividad bioquímica neuronal y, en consecuencia, la actividad de la sinapsis. Las membranas neuronales sometidas de forma continua al consumo de alcohol no sólo son menos permeables, sino que

modifican su funcionalidad, incluso después de dejar este hábito no recuperan su estado anterior (Martínez, 2002).

El alcohol afecta el sistema inmunitario y endocrino; puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica. (Kershenobich y Vargas, 1994)

Es importante mencionar que el alcohol es considerado como una droga legal, o sea que es permitida por las leyes (pero desde los 18 años), por lo que su uso no amerita un castigo. Su consumo es aceptado en lugares públicos, como bares, discotecas, restaurantes, reuniones sociales, por lo cual se ha llegado a asociar con la falsa idea de que “si su uso está permitido y es socialmente aceptado, entonces no hace daño”. El consumo de esta droga es promovido en los medios de comunicación asociándolo con valores deseables como el poder, el dinero, la juventud, la elegancia, entre otros. (Medina, Mora, Natera y Borges, 2002 p.15).

Patrones de consumo

Abordando el punto de los patrones de consumo, la cantidad y la frecuencia de alcohol que se ingiere marcan la diferencia entre el consumo moderado, el abuso, hasta llegar a la dependencia. En investigaciones nacionales se menciona que el patrón de consumo más característico es episódico (no diario) y en cada ocasión se ingieren grandes cantidades de alcohol (Medina y Mora, 1998, p.15).

En los últimos años se ha detectado una equiparación en los patrones de consumo de alcohol de chicos y chicas adolescentes. (Orgaz, Segovia, López y Tricio, 2005), incluso el Instituto de Salud Pública ISP (2006) expone que en algunos casos se observa una tendencia a favor de un mayor consumo de riesgo entre ellas. Este hecho es preocupante debido a los aspectos diferenciales de metabolización del alcohol entre ambos sexos que hace que, a igual consumo, las mujeres alcancen mayores concentraciones en sangre que los hombres y por lo tanto una mayor afectación. Este hecho se explica principalmente por dos factores: una menor actividad en las mujeres de la enzima alcohol-deshidrogenasa (ADH) encargada de la metabolización del alcohol y una menor cantidad de agua

en el organismo femenino que facilita una mayor velocidad de absorción de la sustancia (Franciscus, 2006).

Tipología del consumo de alcohol

El alcoholismo es el trastorno mental orgánico más común, síndrome reversible debido a que una determinada ingesta de alcohol altera el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central produciendo cambios en la percepción, el pensamiento y la conducta (Who, 1997).

Asimismo el rango de edad de mayor consumo de licor se ubica entre los 17 y 25 años, permitiendo suponer que la transición de adolescencia a la edad de adulto joven usa la ingesta de licor como mediador para conseguir satisfacción y gratificaciones inmediatas. (Salazar et. al, 2011)

Intoxicación alcohólica

Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo (OMS, 1992), aún con un nivel bajo de consumo (Eckardt et al. 1998) Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional.

Consumo de riesgo

El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al, 1994). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, como se muestra en el capítulo 4 para diversas condiciones, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. Rehm et.,al (2004) cita que la OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (p.187).

Síndrome de dependencia

Midanik et. al (1994), señalan que el riesgo de desarrollarlo se incrementa de manera significativa cuando se bebe más de 12 litros de etanol al año (lo que

viene a ser 230 gramos de etanola la semana y que, la igualdad de volumen consumido, la aparición del cuadro se relaciona estrechamente con la proporción de situaciones en las que el individuo tomaba más de 5 copas.

Entre los factores que contribuyen a la vulnerabilidad individual no hay que olvidar las influencias genéticas, características biológicas y vulnerabilidad psicológica, que incluye el perfil temperamental, factores relacionados con el aprendizaje y la presencia de alteraciones psicopatológicas. Entre los factores socioculturales cabe destacar la importancia de los factores socio demográficos (sexo, educación y ocupación), las actitudes y normas sociales y culturales (permisividad, tolerancia y creencias), y el contexto (disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad). (Midanik, et.al, 1994)

Factores asociados al consumo de alcohol

En las investigaciones acerca del consumo de sustancias se han determinado un amplio conjunto de factores que contribuyen al entendimiento del problema y que han sido definidos como condiciones que correlacionan e influyen en el consumo y en los patrones de dependencia. (Kumate, 2002 p.6)

Los factores de riesgo están presentes antes de que se dé el consumo y están estadísticamente asociados con un incremento en la probabilidad del abuso de drogas.(Kumate, 2002, p.9)

Una aproximación centrada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas eliminando, reduciendo o mitigando a los precursores (Kumate, 2002, p.11).

Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (p. ej. trastorno emocional, de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familiar (p. ej. convivencia con padres alcohólicos o deprimidos), escuela (p. ej. fracaso escolar), pares (p. ej. amigos usuarios de drogas), social (p. ej. alta disponibilidad de sustancias) que interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de desarrollo del individuo. (Medina, et al., 2002).

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida del individuo: en la esfera individual (p. ej. alta autoestima o personalidad orientada a la evitación de riesgos), familiar (p. ej. convivencia con padres capaces descubrir las necesidades afectivas de los menores), escuela (p. ej. apego escolar), pares (p. ej. amigos poco tolerantes hacia el consumo), comunidad (p. ej. pertenencia a redes de apoyo social). Los factores de protección pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas (Medina et al, 2002).

El alcohol y sus consecuencias sociales negativas

El riesgo de sufrir las consecuencias negativas del alcohol (peleas, problemas en las relaciones familiares, maritales, sociales y laborales, en los estudios y en la relación con los amigos), se incrementa proporcionalmente con la cantidad de alcohol consumido. El aumento de los riesgos en los niveles inferiores de consumo se debe a los bebedores ligeros, que toman poco alcohol y que ocasionalmente consumen una cantidad mayor a la habitual. (Rehm y Gmel, 2004)

Además, se dan otro tipo de consecuencias, aunque menos comunes, como ser acosado en público o en fiestas privadas, ser insultado o sentir temor por la presencia de personas alcoholizadas; así como otras, de mayor gravedad, como ser lastimado físicamente o que se causen daños a la propiedad. (Rosow y Hauge, 2004)

Violencia.- Existe una relación casi lineal entre consumo de alcohol y el riesgo de involucrarse en hechos de violencia. (Wells et al, 2005)

Daños y violencia matrimonial.- Una gran cantidad de estudios transversales y algunos estudios longitudinales sobre consumo de alcohol y agresión marital han mostrado que el consumo abusivo de alcohol en el marido aumenta el riesgo de violencia matrimonial de modo dependiente de la dosis. (Quigley y Leonard, 1999)

Abuso de menores.- Un gran número de estudios indican que diversos trastornos psíquicos y del comportamiento de la infancia son más frecuentes entre hijos de bebedores que otros, aunque muchos de estos estudios fueron criticados por su metodología inadecuada. (Miller et al, 1997; Rossow, 2000; Widom y Hiller-Sturmhofel, 2001)

Disminución del rendimiento laboral.- causa disminución en la productividad; rotación de personal por muerte prematura; problemas disciplinarios o baja productividad a causa del uso de alcohol; mala conducta, que redundaría en medidas disciplinarias; robo y otros delitos; mala relación entre los compañeros de trabajo y baja moral en la compañía. (Marmot et al, 1993)

Así también el consumo de alcohol aumenta el riesgo de enfermedades El alcohol es una sustancia tóxica asociada con más de 60 tipos de trastornos agudos y crónicos. (Gutjahr et al, 2001)

Con el consumo se presentan casos con:

Lesiones intencionales y no intencionales.- Existe una relación entre el uso de alcohol y el riesgo de causar lesiones y accidentes (fatales y no fatales). Quienes beben poco, pero que a veces entran en episodios de alto consumo, se hallan en una particular situación de riesgo. El alcohol incrementa el riesgo de asistencia a las emergencias hospitalarias, dependiendo de la dosis, e incrementa el riesgo de sufrir operaciones y complicaciones quirúrgicas. (Watt et al, 2004).

Beber y conducir.- El riesgo de beber y conducir se ve incrementado tanto por la cantidad de alcohol consumido, como por la frecuencia de episodios de consumo excesivo. Hay 38% más de riesgos de causar accidentes si el nivel de concentración de alcohol en la sangre es de 0.5 g/l. (Blomberg et al, 2002, p. 87).

Suicidio.- Existe una relación directa entre el consumo de alcohol y el riesgo de cometer suicidio o intento de suicidio, más probable por intoxicación que por consumo en general. (Rossow, 1996).

Enfermedades neuropsiquiátricas

Ansiedad y trastornos del sueño.- De cada ocho personas que sufren trastornos de ansiedad, más de una también sufre trastornos por el consumo de alcohol. El alcohol también agrava los trastornos del sueño. (Grant et al, 2004)

Depresión.- Las afecciones por el consumo de alcohol constituyen un factor de riesgo para los trastornos depresivos de manera dependiente de la dosis, en general antecediendo un trastorno depresivo y con una mejora de la depresión luego de un período de abstinencia. (Rodgers et al, 2000)

Dependencia del alcohol.- El riesgo de dependencia de alcohol se inicia con niveles bajos de consumo y se incrementa tanto por mayores consumos como por un patrón de episodios de consumo excesivo. (Caetano et al, 2002)

Alteraciones del sistema nervioso.- Durante un período sostenido de tiempo y dependiendo de la dosis, el alcohol aumenta el riesgo de dañar el sistema nervioso periférico. (Monforte et al. 1995)

Daño cerebral.- El consumo excesivo de alcohol acelera la contracción del cerebro, lo que a su vez lleva a una disminución de la capacidad cognitiva. Pareciera existir un continuo de daño cerebral en personas con dependencia del alcohol prolongada. (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003)

Deficiencia cognitiva y demencia.- El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer un deterioro cognitivo de manera dosis-dependiente. (Spear, 2002)

Trastornos adictivos.- El consumo de alcohol y de tabaco son conductas estrechamente relacionadas; un mayor consumo de tabaco está asociado con una mayor ingesta de alcohol. (Drobles, 2002)

Esquizofrenia.- El consumo alcohólico de riesgo es frecuente en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Aún un consumo bajo de alcohol puede empeorar los síntomas e interferir con la eficacia del tratamiento.(Hulse et al, 2000)

Trastornos relacionados con el alcohol según el DSM V y el CIE 10

DSM – V	CIE - 10
Trastorno por consumo de alcohol	(F10) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol
Intoxicación por alcohol	Síndrome de dependencia (F10.2)
Abstinencia de alcohol	(F1x.3) Síndrome de abstinencia
Otros trastornos inducidos por el alcohol	(F1x.4) síndrome de abstinencia con delirium
Trastorno relacionado con el alcohol no especificado	(F1x.5) Trastorno psicótico
	Intoxicación Aguda (F10.0)

Tabla: Clasificación de los trastornos relacionados con el alcohol según DSM-5 y CIE-10
Elaborado por: APA. American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias. EDIKA MED (Ed Esp), Barcelona

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Pautas para el diagnóstico según CIE-10 (1992):

En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo e la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos

- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. (p. 261)

JUSTIFICACIÓN

En este estudio, es un aporte en el área de psicología clínica para comprobar si existe una relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los integrantes de grupos musicales y personas adultas que tienen indicios de estos problemas.

López (2001) concluye en su investigación que existe una relación entre alteraciones psicológicas y consumo de alcohol, con respecto a la muestra en la cual 6 de los 10 trastornos encontrados, los consumidores tienen mayores puntuaciones en los test aplicados.

Por lo cual es importante plantear estrategias psicológicas y conductuales para evitar que tanto la ansiedad como el consumo de alcohol sigan incrementándose en la sociedad y conseguir que los afectados mejoren su calidad de salud mental y física.

Sin embargo, el presente estudio busca delimitar como la ansiedad y el consumo de alcohol se relacionan, y como la población de músicos son más propensos a desarrollar esta problemática, debido a la presencia de diversos factores.

Originalidad

La investigación actual no ha sido abordada previamente a manera de proyecto de titulación, pese a que se han realizado investigaciones sobre las variables en estudio, en otros centros de estudios superiores del Ecuador. De manera que, esta investigación ha realizado aproximaciones al fenómeno de la presencia de ansiedad en su relación con el consumo de alcohol, por lo cual se contempla en la presente investigación la finalidad de realizar un nuevo aporte teórico al campo de las Ciencias Psicológicas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en integrantes de grupos musicales de la ciudad Quito en el año 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de ansiedad en una muestra de integrantes adultos de grupos musicales de la ciudad Quito en el año 2018.
- Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en una muestra de integrantes adultos de grupos musicales de la ciudad Quito en el año 2018.
- Proponer una alternativa psicológica para enfrentar el problema de ansiedad y el consumo de alcohol en integrantes adultos de grupos musicales en la ciudad Quito en el año 2018.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal mediante la utilización de los instrumentos Escala de Auto-evaluación Zung de Ansiedad y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT.

Área de Estudio

El presente estudio fue estructurado en base al campo de la Psicología Clínica, en conservatorios de música y salas de ensayo, en Quito año 2019.

Enfoque

Es de carácter cuantitativo, descriptivo y correlacional. Debido a que se recopiló y se procedió a analizar datos los cuales fueron medidos a través de reactivos psicológicos, por medio de un conjunto de procesos secuenciales y psico-estadísticos que permiten la revisión de estadísticas medibles de las variables de acuerdo al diseño de investigación.

Población

Mujeres y hombres en edades entre 18 a 55 años integrantes adultos de grupos musicales en la ciudad Quito en el año 2018, en un total de 340 músicos.

Muestra

Se determinó el número muestral aplicando la fórmula estadística que a continuación se indica, con un margen de error del 5%.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

El número muestras quedó conformado por 180 integrantes de grupos musicales, la selección de la muestra fue intensional, cumpliendo los criterios impuestos por este estudio para su inclusión en la investigación, mismos que serán descritos a continuación.

Criterios de inclusión

- Aceptación del consentimiento informado para participar en la investigación
- Experiencia musical mínima de un año.

Criterios de exclusión

- Quienes no brinden su consentimiento para participar de la investigación
- Consumo de otros tipos de drogas o policonsumo.

Tabla N° 1: Muestra de mujeres y hombres

Mujeres	Hombres	Total
65	115	180

Fuente: Investigación propia
Elaborado por: Investigadora

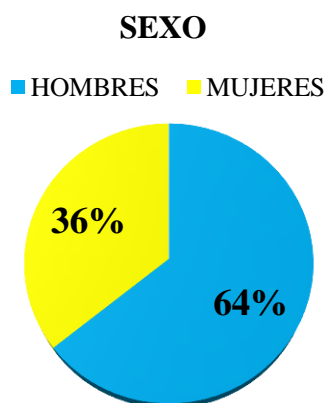


Gráfico N° 1: Población de Mujeres y Hombres
Fuente: Investigación propia
Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En la tabla 1 se observa que el 36% corresponde a mujeres y el 64% a hombres.

Instrumentos de investigación

Escala de Auto-evaluación Zung de Ansiedad

Título original de la prueba	:	SELF- RATING ANXIETY SCALE
Título en español	:	ESCALA DE AUTO EVALUACIÓN DE ANSIEDAD
Autor	:	W. ZUNG
Año de publicación	:	1971
Procedencia	:	Berlin.

Duración: No tiene tiempo límite. Generalmente se requiere de un promedio de 15 minutos para la aplicación de la escala de ansiedad. (Ávila, 2013, p.25)

Confiabilidad del instrumento.- Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0,33. (Ávila, 2013, p.25)

Descripción de la prueba.- Esta escala de autoevaluación de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 ítems, 5 de ellos hacen referencia a síntomas

afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un período anterior de una semana. (Ávila, 2013, p.26)

Normas.- Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

El proceso de calificación se basa en la puntuación total para cada grado de ansiedad. Con respecto al índice EAA de 25 a 44 puntos ausencia de ansiedad, de 45 a 59 puntos presencia de ansiedad mínima moderada, de 60 a 74 puntos significa Ansiedad Marcada y de 75 a 100 puntos presencia de Ansiedad en grado Máximo.

El índice de la EAA orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad el paciente” en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje. (Ávila, 2013, p.26)

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas accesibles a la gran mayoría de los pacientes, empleando su propio lenguaje. En algunos casos los pacientes harán preguntas relacionadas con el criterio al que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada

información. Las preguntas generalmente indican los deseos de cooperación con el médico y deben ser respondida de tal manera que induzcan al paciente a dar las respuestas más adecuadas. (Ávila, 2013, p.27)

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT

El AUDIT fue desarrollado por la (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Heather,1995, p.65)

Dominios e ítems del AUDIT

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
Consumo perjudicial de alcohol	6	Consumo matutino
	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

(Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, OMS, 2001, p.2)

Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10, así como para el riesgo de futuros daños. (Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, OMS 2001, p.11)

La puntuación del AUDIT las preguntas tienen una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total». Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, OMS, 2001, p.19)

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT
Zona I	Educación sobre el alcohol	0 - 7
Zona II	Consejo simple	8 - 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16 - 19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento.	20 - 40

(Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, OMS, 2001, p.19)

El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening.

El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol.

También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10. (Babor, Biddle, Saunders y Monteiro, OMS, 2001, p.22)

Procedimientos para obtención y análisis de datos

Se realizó citas con la población escogida para la investigación para dar a conocer los objetivos de la investigación y obtener el consentimiento informado. Posteriormente a cada músico participante se le entregó los cuestionarios: EAA de Zung y el AUDIT, en diferentes lugares de ensayo como el Conservatorio de Nacional y en la Organización al Sur del Cielo en el sur de Quito. Los cuestionario son autoaplicados y fueron devueltos ya resueltos y completos con los datos solicitados.

Tabla N° 2: Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	2018												2019							
		SEPTIEMBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO/FEBRERO				MAYO /JUNIO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FASE PLANIFICACIÓN																					
Aprobación del tema				X																	
EJECUCIÓN																					
Elaboración del primer capítulo	Sara Viviana Córdova				X	X	X														
Escoger los instrumentos	Sara Viviana Córdova							X													
Elaboración de marco teórico	Sara Viviana Córdova								X	X	X	X	X								
EVALUACIÓN																					
Aplicación de instrumentos	Sara Viviana Córdova													X	X	X					
Calificación de test	Sara Viviana Córdova																X	X			
Ingreso y tabulación de datos en el programa IBM SPP	Sara Viviana Córdova																		X	X	
Análisis de resultados	Sara Viviana Córdova																			X	

Fuente: Investigación propia

Elaborado por: Investigadora

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios escala de Auto-Evaluación de Ansiedad (EAA) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT a 180 integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito, de los cuales el 36% corresponde a mujeres y el 64% a hombres que fueron codificados y tabulados en el programa estadístico IBM SPSS, a partir de los cuales se procedió a valorar el puntaje asociado a cada parte considerando tanto los puntajes directos como los puntajes inversos de acuerdo a los instrumentos aplicados.

Tomando como base los puntajes obtenidos, se procedió a realizar la valoración del nivel de ansiedad y el riesgo de consumo de alcohol, empleando la escalas descritas en las variables.

Tabla N° 3: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
SEXO	180	,00	1,00	,3611	,48166
EXPERIENCIA MUSICAL	180	1,00	3,00	2,1444	,76313
RIESGO DE CONSUMO	180	1,00	4,00	2,7111	,88746
ANSIEDAD	180	1,00	3,00	1,9389	,65300
N válido (por lista)	180				

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

En la tabla N°3 se especifican los datos referentes a la población elegida, la se estableció los años de experiencia musical de 1 a 5 años = **1 mínimo**, de 6 a 10 años = **2** y de 11 a 30 años = **3 máximo**, con una media de 2.14 y una medida de

desviación 0.76. En cuanto a la puntuación de riesgo de consumo de alcohol se obtuvo un puntaje de corresponde a educación sobre el consumo de alcohol = **1 mínimo**, el consumo de riesgo = 2, el consumo perjudicial = 3 y dependencia de alcohol = **4 máximo**, con una media de 2,71 y una desviación de 0,88. Con respecto a la ansiedad, los puntajes corresponden a No hay ansiedad = **1 mínimo**, ansiedad mínima a moderada = 2, marcada a severa = **3 máximo**, una media de 1,93 y una desviación de 0,65.

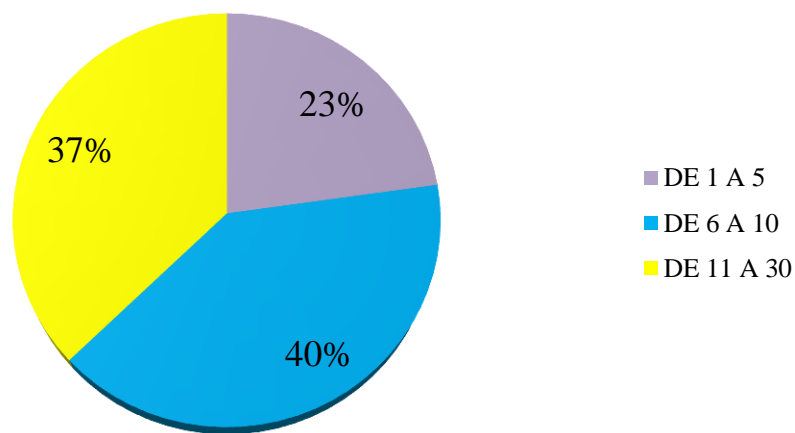


Gráfico N° 2: Experiencia musical

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En el gráfico N° 2 se observa que en la experiencia musical, el 23% corresponde de 1 a 5 años, el 37% de 6 a 10 años y el 40% de 11 a 30 años de experiencia musical.

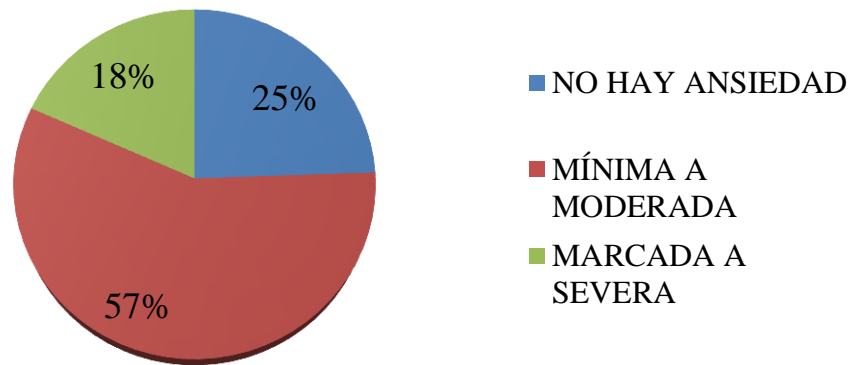


Gráfico N° 3: Niveles de ansiedad

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En el gráfico N°3 se observa los niveles de ansiedad, el 18% corresponde a ansiedad severa, el 25% corresponde a estado normal (sin ansiedad) y el 57% corresponde a ansiedad mínima a moderada.

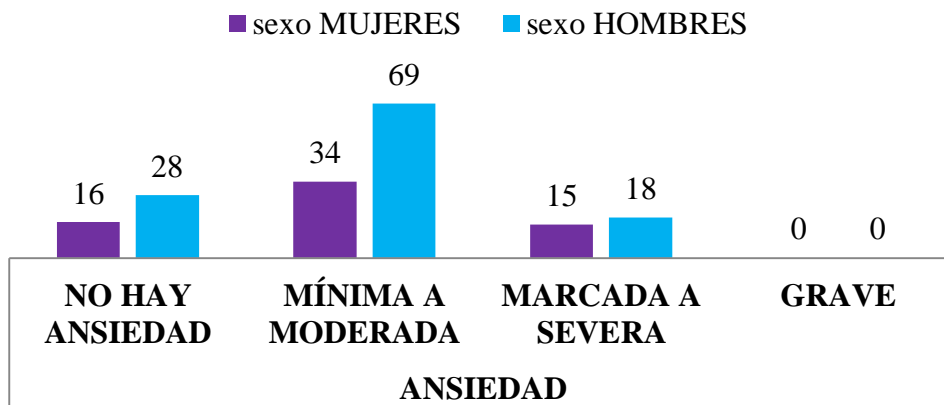


Gráfico N° 4: Niveles de ansiedad en mujeres y hombres

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En el gráfico N° 4 podemos evidenciar por separado los niveles de ansiedad que presentan las mujeres y hombres de la población, 16 mujeres y 28 hombres no presentan ansiedad, 34 mujeres y 69 hombres presentan ansiedad mínima a moderada, 15 mujeres y 18 hombres presentan ansiedad marcada a severa y 0 mujeres y hombres presentaron ansiedad grave.

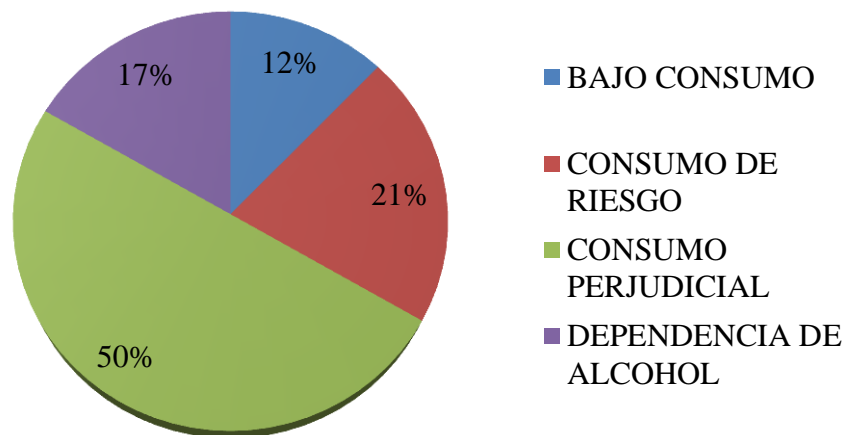


Gráfico N° 5: Riesgo de consumo de alcohol

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En el gráfico N°5 se expresan los niveles de riesgo de consumo de alcohol, el 12% corresponde a educación sobre el consumo de alcohol, el 17% corresponde a dependencia de alcohol, el 21% corresponde al consumo de riesgo y el 50% corresponde al consumo perjudicial.

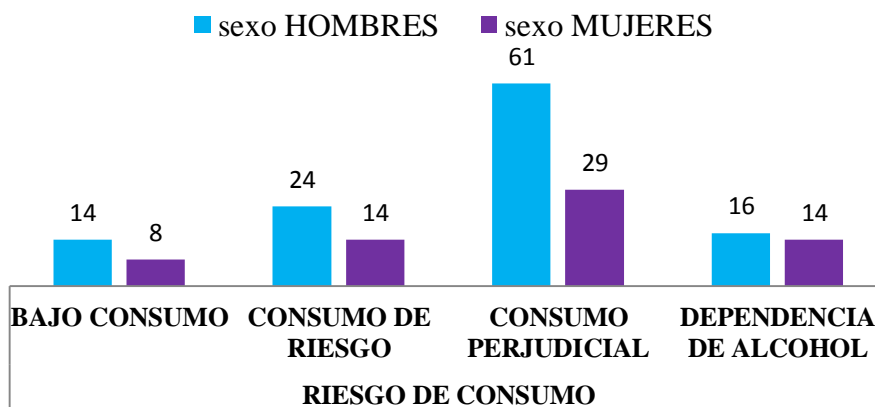


Gráfico N° 6: Riesgo de consumo de alcohol en Mujeres y Hombres

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación: En el gráfico de barras N°6, se puede evidenciar por separado el riesgo de consumo de alcohol que presentan las mujeres y hombres de la

población, 8 mujeres y 14 hombres presentan bajo consumo, 14 mujeres y 24 hombres presentan consumo de riesgo, 29 mujeres y 61 hombres presentan consumo perjudicial, 14 mujeres y 16 hombres presentaron dependencia del alcohol.

Tabla N° 4: Correlación de Spearman entre las variables ansiedad y consumo de alcohol.

		Correlaciones		
			ANSIEDAD	RIESGO DE CONSUMO
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	1,000	,647**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	180	180
	RIESGO DE CONSUMO	Coeficiente de correlación	,647**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	180	180

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS

Elaborado por: Investigadora

Interpretación.- El cuadro expuesto nos muestra el puntaje de niveles de ansiedad el cual nos proporcionó el test EAA de Zung en correlación con el puntaje riesgo de consumo de alcohol que nos brindó el test AUDIT. El resultado de la correlación de Spearman es de 0,647**, lo cual nos indica un nivel alto de correlación, con un nivel de significancia menor a 0,1, siendo altamente significativa al haberse realizado una prueba a dos colas.

Comprobación de hipótesis

H0= Existe relación entre la Ansiedad y el consumo de alcohol en integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito, en el año 2018.

H1= La ansiedad no tiene relación directa con el consumo de alcohol en integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito, en el año 2018.

Se pudo observar que se cumple la variable H0 y se rechaza la variable H1 al establecer el estadígrafo de Rho de Spearman donde se pudo determinar que las variables ansiedad y consumo de alcohol si tienen una correlación alta y directamente proporcional según los test aplicados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En la investigación realizada se demostró que existe correlación entre ansiedad y el consumo de alcohol, lo que provoca serias repercusiones en la salud mental y física de los sujetos con ansiedad marcada a severa con presencia de consumo de riesgo y perjudicial, lo que provoca alteraciones en el comportamiento y problemas patológicos, por lo que el aporte primordial de este trabajo investigativo es la correlación significativa que existe entre las variables.
- Se evidenció que la población presenta un nivel de ansiedad de mínimo a moderado seguido por un nivel de consumo perjudicial de alcohol.
- Puede afirmarse que el consumo de alcohol es menor en mujeres que en hombres igualmente los niveles de ansiedad pero cabe recalcar que existe un consumo de alcohol perjudicial tanto en mujeres como en hombres, mientras que los niveles de ansiedad se mantienen ambos sexos en mínima a moderada, presentando ansiedad lo que es igualmente preocupante.

Recomendaciones

- Planificar programas de intervención para adultos y jóvenes que se dedican al desarrollo del arte musical para disminuir los niveles de ansiedad y el consumo de alcohol.
- Promover por redes sociales textos con argumentos psicoterapéuticos que permitan concientizar e identificar los síntomas de ansiedad y el consumo de riesgo del alcohol para evitar llegar a niveles graves como la dependencia de alcohol.
- Implementar espacios de Salud Mental para informar y educar a esta población sobre este y más temas que existen en estos espacios.
- Desarrollar programas de intervención profunda tanto individual como grupal para coadyuvar la disminución de los niveles de ansiedad en los integrantes de grupos musicales.
- Realizar talleres de inteligencia emocional, relajación y manejo conductual para controlar los niveles de ansiedad, en los integrantes de grupos musicales que formaron parte de la muestra de la presente investigación.

Discusión

En este capítulo, se desarrollarán las implicaciones de los resultados de la presente investigación. La Ansiedad y su relación con el consumo de alcohol en integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito, en el año 2018.

Con los datos de esta investigación se cotejó la variable ansiedad con el consumo de alcohol, con indicadores relacionados con la correlación elevada entre los puntajes de ansiedad y riesgo de consumo de alcohol, lo que indica que la presencia de ansiedad se relaciona con el consumo de alcohol.

Es importante destacar que estos resultados son coherentes con varios estudios realizados por Koob, Ahmed, Boutrel, Chen, Kenny, Markou, Sanna,

2004; Kushner, Abrams y Borchardt, 2000) en los que existe una relación entre ansiedad y consumo de alcohol.

Koob et.al (2000) afirman:

Que algunas personas consumirían alcohol para aliviar los síntomas de ansiedad, ya que, como han mostrado algunos trabajos, la exposición a dosis moderadas de etanol tiene un efecto ansiolítico. La ingesta de alcohol podía estar mediatizada por la gravedad de la situación personal y por el sexo del sujeto (p.80).

Altell y Plaza, (2005) en lo referente a la relación entre sexo y consumo de alcohol, expresaron que los datos indican que los varones presentan mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol que las mujeres. Estos resultados coinciden con los estudios que indican que las mujeres consumen alcohol de menor graduación, menos mezclas, menos cantidades y en menor frecuencia.

Un aporte importante de la escala de ansiedad de Zung es la comprensión de que existe una prevalencia de ansiedad mínima a moderada de los sujetos investigados, este rasgo combinado con un consumo perjudicial de alcohol, causa alerta en el comportamiento del sujeto tanto en su esfera cognitiva y social, como en su desenvolvimiento musical, llevándolo a un estado preocupante en su salud física y mental, generando un declive en el correcto funcionamiento como músico.

Según un estudio prospectivo realizado por (Kushner, Sher y Erickson, 1999) es preocupante el crecimiento del consumo de alcohol tanto en mujeres como en hombres a edades más tempranas, con patrones de adicción y otros síntomas de ansiedad, existe una relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo.

Por lo cual los resultados de esta investigación fueron claros al arrojar que existe una relación marcada sobre ansiedad y consumo de alcohol lo que puede aportar a desarrollar niveles de ansiedad severos y trastornos de consumo, por los

músicos que no conocen una forma adecuada de disminuir el consumo de alcohol y los síntomas ansiosos.

Podemos definir que existen niveles moderados de ansiedad que tiene relación con el consumo del alcohol debido a su potencial adictivo.

Como lo afirma Gimeno, citado por *Frontiers in Psychiatry* (2017), la psicoterapia cognitivo conductual resulta eficaz en pacientes con trastornos de ansiedad en comorbilidad con adicciones. Se recomienda aplicar estrategias específicas, dirigidas al abordaje de la adicción y el uso de estrategias adecuadas de afrontamiento.

Gordón (2002), afirma que el alcoholismo tiene una etiología multicausal y ello se hace evidente en los resultados de los estudios con roedores que exploran las relaciones entre el consumo de etanol y la ansiedad. El estrés produce cambios neurofisiológicos, neuroanatómicos, neuroquímicos y fisiológicos en los animales no humanos y humanos, y muchos de ellos ocurren en los mismos sistemas del cerebro afectados por ciertas drogas de abuso. Asimismo, el efecto del estrés en estadíos tempranos de la ontogenia altera el desarrollo de ciertas vías que están directamente relacionadas con el sistema de refuerzos, lo cual incrementa la vulnerabilidad al abuso de drogas.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Tema de la propuesta:

“Psico-talleres para coadyuvar a la disminución de los niveles de ansiedad en los integrantes de grupos musicales en la ciudad de Quito en el año 2019”

Justificación

Luego de la realización de la presente investigación, tomando en cuenta los resultados, relacionados con la presencia de niveles de ansiedad en la muestra seleccionada, los que se relacionan con el consumo perjudicial de alcohol; es importante generar medios de comunicación y espacios para concientizar a los participantes del estudio, de los problemas que se relacionan a las variables que fueron objeto de estudio.

En las instituciones de educación y desarrollo de prácticas musicales y artísticas se debe brindar atención psicológica en la comunidad para colectivos como los grupos musicales ya que no se evidencia formas de atención e intervención grupal ante las problemáticas como la ansiedad y el consumo de alcohol.

Se propone realizar talleres de psicoterapia para reducir el consumo de alcohol, a quienes fueron la población sujeta a la investigación, ya que pueden llegar a niveles graves como la dependencia de alcohol.

Es importante realizar promoción en redes sociales de los talleres que sean de utilidad a nivel psicoterapéutico, para reducir los niveles de ansiedad de los integrantes de grupos musicales quienes formaron parte de la muestra para este

estudio, para prevenir la presencia de niveles elevados de ansiedad en esta población.

Estos talleres serán dirigidos por un grupo psicólogos, con la colaboración de diseñadores gráficos y comunicadores sociales, en conjunto con el colectivo de músicos, con el auspicio del Núcleo de Pichincha.

Durante el desarrollo de los “Psico-talleres para coadyuvar a la disminución de los niveles de ansiedad en los integrantes de grupos musicales en la ciudad de Quito en el año 2019”, se pretende disminuir la tensión emocional de los participantes a partir de técnicas psicológicas. Su enfoque será participativo para conseguir la comprensión óptima de los riesgos que conlleva un control pobre de los síntomas de la ansiedad.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Concientizar sobre la importancia de la disminución de los niveles de ansiedad para mantener una estable salud mental y física, en los integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito en el año 2019.

Objetivos Específicos

- Promover talleres con argumentos teóricos psicoterapéuticos que permitan informar e identificar los síntomas de la ansiedad dirigida a los integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito en el año 2019.
- Enseñar técnicas de relajación y autocontrol ante los síntomas de ansiedad, para mejorar sus emociones en integrantes de grupos musicales de la ciudad de Quito en el año 2019.

Estructura técnica de la propuesta

Esta propuesta se efectuará en el auditorio del Conservatorio Nacional de Música en la ciudad de Quito, con el apoyo de miembros del Núcleo de Pichincha, con lo cual se conformará un equipo de profesionales para el desarrollo de los talleres, en fechas establecidas según el calendario de actividades de esta

institución, se contará con la presencia de expositores e invitados especiales según la temática a tratar.

De esa manera se podrá en práctica un correcto plan preventivo sobre la presencia de niveles de ansiedad y evitar así repercusiones en la salud mental y física.

Argumentación Teórica

La aplicación de la propuesta tiene un enfoque dinámico participativo. Para la psicología comunitaria es determinante la colaboración mutua de aprendizaje para así llegar a un movimiento inclusivo dentro de la comunidad Montero (2004).

Para Maya (1996), el taller es una importante alternativa para la acción educativa, lo cual facilita la adquisición del conocimiento, ya que integra la teoría y la práctica, a través de las competencias del individuo y pone en juego sus expectativas.

Desde la visión de la psicología comunitaria el colectivo de grupos musicales es una comunidad, en donde los actores de esta, son directivos, docentes y estudiantes, que de manera directa o indirecta son partícipes de permitir que esta población presente estos episodios de ansiedad debido a la falta de control de sus emociones.

Esto es importante denotar que la comunidad de músicos, está expuesta a un estilo de vida nocturno que involucra el consumo de alcohol continuamente por lo que la presente investigación se evidenció el existe la presencia de ansiedad lo que provoca el consumo de alcohol. Por tal razón, la presente propuesta pretende mejorar los niveles de ansiedad en relación al consumo de alcohol, de modo que no afecten la salud mental de los integrantes de grupos musicales, quienes conformaron la muestra de la investigación.

Durante la implementación de los talleres que llevan por nombre *“Psico-talleres para coadyuvar a la disminución de los niveles de ansiedad en los integrantes de grupos musicales en la ciudad de Quito”*, se buscará concientizar

que la ansiedad un enemigo silencioso que puede llegar a limitar de forma muy grave las condiciones de salud mental y física de quien la padece, lo cual puede provocar cambios comportamentales severos, por lo que se dará a conocer técnicas para mejorar la inteligencia emocional con el autocontrol y de relajación.

La ejecución de la propuesta de los “*Psico-talleres para coadyuvar a la disminución de los niveles de ansiedad en los integrantes de grupos musicales en la ciudad de Quito*”. Será contemplada dentro de los siguientes meses del presente año 2019.

Diseño técnico de la propuesta

Presupuesto

Costos para el desarrollo de los siguientes textos y talleres psicoterapéuticos.

GASTOS TOTALES			
TALLERES			
Cantidad	Material	Costo	Total
2	Computadoras usadas (ya en el lugar establecido)	0	0
2	Diseñadores gráficos (pasantes)	150 c/u	300
2	Psicólogos Generales o Clínicos (pasantes)	150 c/u	300
		TOTAL	600

Psico-taller N°1 para integrantes de grupos musicales

Título del Taller:	Identificación y disminución de la ansiedad
Fecha:	Lunes 19 de agosto del 2019
Lugar:	Auditorio Conservatorio Nacional de Música – norte de Quito
Responsable:	Sara Viviana Córdova
Objetivos:	Enseñar a detectar síntomas de ansiedad ante que situaciones que se presenten.

Metodología:	Participativa	
Materiales :	Auditorio, micrófonos, computadora, Infocus Material didáctico.	
Duración:	2 horas	
Desarrollo del Taller	Presentación	Conocer y armonizar al grupo para que se sienta en confianza.
	Conversatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender y comprender qué es la Ansiedad, como se manifiesta y sus efectos. • Aprender a modificar los pensamientos para manejar las emociones negativas. • Entrenar habilidades sociales que sirven para manejar eficazmente los problemas de la vida cotidiana.
	Actividad grupal “Respiración diafragmática”	La técnica grupal consiste en sentarse en círculo, coloraran una de sus manos sobre el estómago y la otra sobre el pecho, de modo que puedas darte cuenta de que estás respirando de manera profunda.
	Presentación de diapositivas	Exposición y presentación de videos sobre los efectos y consecuencias que produce los trastornos de ansiedad.
Desarrollo del Taller	Actividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conformar grupos de 4 o 5 para realizar algunas actividades sobre lo expuesto. 2. Se les entregará varias hojas con sopa de letras sobre el tema del taller. 3. Contestar un cuestionario de 6 preguntas sobre el tema de la

		ansiedad. 4. Se realizará una lluvia de ideas para que cada grupo exponga una definición de ansiedad.
	Cierre	Motivar al grupo para expresar su opinión y dudas por escrito y se seleccionará 3 papeles.

Psio-taller N°2 para integrantes de grupos musicales

Título del Taller:	Relajación Progresiva De Jacobson para control de la ansiedad	
Fecha:	Martes 20 de agosto del 2019	
Lugar:	Auditorio Conservatorio Nacional de Música – norte de Quito	
Responsable:	Sara Viviana Córdova	
Objetivos:	Impartir pautas sobre cómo llevar a cabo un proceso de relajación. Entender los beneficios de la relajación, y como puede mejorar el estado de ansiedad presente en la comunidad	
Metodología:	Participativa	
Materiales :	Auditorio, micrófonos, computadora, Infocus Material didáctico.	
Duración:	1 hora y 30 minutos	
	Presentación	Presentación de música instrumental para armonizar al grupo para que se sienta en confianza.
	Conversatorio	Exposición sobre los problemas que provoca la ansiedad y como la relajación puede aportar una herramienta de suma importancia para su control.

Desarrollo del Taller	Realimentación	Se realizará un intervención de profesionales de la salud mental para exponer la temática específica de este taller.
	Presentación de diapositivas	Explicación con diapositivas y videos sobre los tipos de técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad.
	Actividad “Relajación”	<p>Se pedirá al público asistente que se familiarice con la técnica terapéutica de relajación progresiva de Jakobson, en el cual mediante ejercicios respiratorios, los presentes irán sujetando a extrema presión y soltando los la presión de los músculos del cuerpo, empezando por las extremidades bajas y terminado en los músculos del rostro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para realizar la relajación progresiva busca pedirá silencio absolute al public que se sientan tranquilos/as y confortables. • Sentados cómodamente • Deben cierra los ojos y realizar 5 respiraciones profundas antes de empezar. • Dejar que todos sus pensamientos e inquietudes se alejen y centra tu atención en la respiración. En como el aire entra y sale de tu cuerpo. • Se les indicará como deben relajar cada parte del cuerpo: Tensa y relaja las manos, bíceps, tríceps,

<p>Desarrollo del Taller</p>	<p>Actividad “Relajación”</p>	<p>cara, cuello, tronco, pecho, barriga, cadera, piernas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Finaliza la relajación</u> <p>Se le indicará la siguiente consigna: Has finalizado la tensión y relajación de cada parte de tu cuerpo. Tómame un minuto para explorar cómo está ahora tu cuerpo. Realiza un escáner de cada zona y observa qué sensaciones tienes. Realiza 5 respiraciones profundas y observa a consciencia cómo el aire entra en los pulmones y oxigena todo tu cuerpo. ¿Cómo me siento? ¿Qué sensaciones aparecen? ¿Cómo siento mí cuerpo? Disfruta de este momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ejercicio durá unos 10 minutos. Asegúrandonos de no ser interrumpidos durante la relajación. • Deben practicarla una vez al día durante 2 semanas.
	<p>Cierre</p>	<p>Se realizará un diálogo socrático con los presentes, en el cual expondrán sus experiencias antes y después de la relajación.</p>

Psio-taller N°3 para integrantes de grupos musicales

Título del Taller:	Desarrollo del Autocontrol ante los síntomas de ansiedad	
Fecha:	Miércoles 21 de agosto del 2019	
Lugar:	Auditorio Conservatorio Nacional de Música – norte de Quito	
Responsable:	Sara Viviana Córdova	
Objetivos:	Comprender la relación entre los pensamientos y los estados emocionales para que aprendan a desarrollar mecanismos de autocontrol emocional.	
Metodología:	Participativa	
Materiales :	Auditorio, micrófonos, computadora, Infocus Papelotes Plumones Lapiceros Hojas A4 Lectura complementaria: Entrenamiento en habilidades de autocontrol emociona	
Duración:	1 hora y 30 minutos	
Desarrollo del Taller	Presentación	Conocer y armonizar al grupo para que se sienta en confianza.
	Conversatorio	Se inicia con ejemplos cotidianos, para identificar ¿Qué es primero, los pensamientos o las emociones?
	Exposición	El facilitador explica cómo se dan los pensamientos en nuestro cerebro y cómo influyen en nuestras emociones. Se explica la técnica “Triada de autocontrol”
	Actividad Triada de autocontrol	Es una técnica de modificación de conducta, muy utilizada para ayudar a desarrollar mecanismos de autocontrol en casos de agresividad, ira, etc. 1. Se forma un círculo con todos los

		<p>estudiantes y se propicia la participación activa, se indica que cada estudiante debe hacer una relación de conductas que le agradaría mejorar, (se recomienda que lo escriban en una hoja).</p> <p>2. Se invita a un estudiante que haya manifestado una emoción de ansiedad o cólera, para que presente su experiencia, se le indica que cierre sus ojos y visualice la situación que le generó ansiedad o cólera.</p> <p>3. El facilitador, explica la técnica cómo bloquear pensamientos negativos e indica que cada uno de los participantes debe ponerla en práctica en la sesión. El grupo va evaluando el logro.</p>
<p>Desarrollo del Taller</p>	<p>Objetivos de la técnica de autocontrol</p>	<p>a) Aprender a bloquear pensamientos negativos, que son los desencadenantes de las reacciones emocionales negativas.</p> <p>b) Aprender a realizar ejercicios de respiración, de relajación, del estado emocional opuesto a la agresividad o ira.</p> <p>c) Aprender a reemplazar los pensamientos negativos con otros (a través de las autoinstrucciones), y que les genere emociones más saludables.</p>

		logros, que el participante pueda tener su propio reforzamiento de conducta. Esto generará en él, la idea de que puede controlar sus reacciones negativas (autoeficacia) y también mejorar su autoestima
	Cierre	Se realizará versos con música para reforzar las ideas centrales del taller expuestas a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • Las reacciones emocionales por lo tanto está en nosotros poder controlarlas o regularlas. • Nuestros pensamientos originan nuestras emociones. • Podemos desarrollar nuestro autocontrol y evitar comportamientos problemáticos.

Psio-taller N°4 para integrantes de grupos musicales

Título del Taller:	Proyecto de vida
Fecha:	Jueves, 22 de agosto del 2019
Lugar:	Auditorio Conservatorio Nacional de Música – norte de Quito
Responsable:	Sara Viviana Córdova
Objetivos:	Reconocer la importancia de contar con un proyecto de vida que le permita alcanzar sus metas personales y disminuir los niveles de ansiedad
Metodología:	Participativa
Materiales :	Auditorio, micrófonos, computadora, Infocus Imágenes sobre metas y desarrollo personal Tarjetas con

	nombres de personas famosas y sus actividades Tarjetas de cartulina en blanco Papelotes Plumones gruesos Masking	
Duración:	2 horas	
Desarrollo del Taller	Presentación	Presentación de agrupación musical (a definirse) para motivar al grupo asistente
	Conversatorio	Se presenta el tema de manera atractiva y motivadora, mediante la exposición de imágenes en diapositivas y trípticos en físico, sobre metas y desarrollo personal. Resaltando a personajes conocidos que superaron trastornos de ansiedad severa.
	Exposición	Análisis y presentación de varios videos de entrevistas a personajes famosos de la música nacional e internacional que superaron problemas de ansiedad y consumo de otras sustancias al mejorar su proyecto de vida.
	Actividad Diseño del Cuadro sobre	Se solicitará a los participantes que, utilizando las cualidades establecidas en consenso en una hoja personal, se autocalifiquen puntuándose del 1 a 10, donde 1 es de menor desarrollo y 10, de mayor desarrollo. Una vez que han concluido con la auto calificación, colocarán al lado de cada cualidad, que puntuaron de cinco a menos, sus sugerencias para desarrollar estas cualidades. <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el pasado y el presente.

<p style="text-align: center;">Desarrollo del Taller</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las condiciones facilitadoras o impulsadoras de mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio) • ¿Cuáles son las condiciones obstaculizadoras o inhibidoras para mi progreso (tanto personales como las existentes en el medio) • ¿Cuál será el plan de acción a seguir? <p>5. ¿Quién seré? Convertir sueños en realidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son mis sueños? • ¿Cuáles son las realidades que favorecen mis sueños? • ¿Cómo puedo superar los impedimentos que la realidad me plantea para realizar mis sueños? <p>6. Mi programa de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • El propósito de mi vida es... • Analizo mi realidad para realizar el plan de acción: ¿Cuál es mi realidad?, ¿qué tengo?, ¿qué necesito?, ¿qué puedo hacer?, ¿qué voy a hacer?
	<p>Cierre</p>	<p>Se realizará una transmisión en vivo por las redes sociales de las entidades que apoyan estos talleres, como despedida del grupo participante para motivar a más integrantes de grupos musicales y la comunidad en general.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, (1991). *“Métodos y Diseños de Investigación del comportamiento”*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia Fondo Editorial p.180
- Álvarez y del Río, (2001) *Farmacología del alcohol*. Madrid, p. 1-24.
- Anderson, Gual, Colón. (2008) *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C. p.16.
- Ariza y Casullo, (2002) *Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, p.30.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, Madrid.
- Blomberg, Peck, Moskowitz, Burns y Fiorentino, (2002) *Crash Risk of Alcohol Involved Driving*. National Highway Traffic Safety Administration, Washington D.C.
- Boix Leonardo,(2016) *Factores de rendimiento, problemáticas, metodología didáctica, grupos multigrado, propuestas y retos de futuro*, Londres.
- Reyes, 2011, 06 de marzo, Millones de personas padecen de ansiedad en el mundo, *El Telégrafo*, p.7
- Braudel, (1979) *Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XVe-XVIIIe siècle*. Paris.
- Buckner, Ecker, y Proctor, (2011). *Social anxiety and alcohol problems: The roles of perceived descriptive and injunctive peer norms*. *Journal of Anxiety Disorders*, p.631 - 638.
- Buckner, J., Schmidt, N., Lang, A., Small, J., Schlauch, R., & Lewinsohn, P. (2008). *Specificity of social anxiety disorder as a risk factor alcohol and cannabis dependence*. *Journal of Psychiatric Research*, p.230 - 239.
- Bulbena Antonio, (2016) *Ansiedad Neuroconectividad: La revolución*, Madrid p. 290 ISBN: 9788491172079
- Caetano y Cunradi, (2002) *Alcohol dependence: a public health perspective*. *Addiction*, p.633-645.

- Consejo Estatal Contra las Adicciones, (2002), *¿Cómo actúa el alcohol en el organismo*. Querétaro, p. 24-25.
- Cordero, Pacheco, (2010) *Prevalencia de la ansiedad, depresión y alcoholismo en estudiantes de medicina*, Universidad de Azuay, p.108.
- Dávila, (2013) *Alcohol: un problema de salud pública*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, p.137.
- Real Academia Española, (2014) *Diccionario de la Real Academia* 23.^a edición. Madrid
- Ezpeleta,(2005). *Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo*. Barcelona
- Franciscus, (2006). *El alcohol y el hígado. Alcohol and the liver*, París, p. 2.
- Freixa, (1993) *Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona, p.93.
- Gómez, Gil, Aranzalez, (2011) *Consumo de cigarrillo, ingesta de alcohol y su asociación con la percepción de bajo rendimiento académico en estudiantes de ingeniería de una universidad pública*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Bogotá, p.169-174.
- Gómez, (2007), *Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo*, *Informes Psicológicos*, Buenos Aires, p. 101-119
- Gómez, Naranjo y Olarte (2011). *Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia*, Colombia, p. 215
- Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour, Compton, Pickering, y Kaplan, (2004) *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders*. *Archives of General Psychiatry*, p.807-816.
- Guerri Marta, (2017) *La Terapia Junguiana o el análisis de Jung*, revista Psicoactiva, Argentina, p. 65
- Hidalgo, Júdez. (2007) *Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas*. *Pediatría Integral*. Bogotá, p. 895-910.
- Hulse, Saunders, Roydhouse, Stockwell , Basso. (2001) *Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric inpatients using the AUDIT questionnaire*. *Drug and Alcohol Review*, New York, p.291-298.

- Kaufman Kantor, y Straus, (1987) *The .drunken bum. theory of wife beating. Social Problems* , New York, p. 214-230.
- Kershenovich, y Vargas, (1994). *Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol*, México D.F., p. 181-187.
- Kohn, Dohrenwend, Mirotznik, (1998) *Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population*, New York: Oxford University Press, p. 235–84
- Kumate, (2002). *Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos*.
- Lacárcel, (1995). *Psicología de la música y Educación musical*. Madrid: Antonio Machado.
- Lipsey, Wilson, Cohen, y Derzon (1997) *Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence*. Nueva York, p.245-282.
- Mangione, Howland, Amick, et al. (1999) *Employee drinking practices and work performance. Journal of Studies on Alcohol*, p.261-270.
- Marmot, North, Feeney, y Head, (1993) *Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study*. Oxford, p.369-382.
- Medina, Mora, Natera, y Borges, (2002). *Alcoholismo y abuso de bebidas*, p. 389
- Midanik, Tam, Greenfield, Caetano y Risk (1994) *Functions for alcohol-related problems in a 1988 US national sample*, Oxford University Press, p.56
- Miller, Maguin, y Downs, (1997) *Alcohol, drugs, and violence in children.s lives*. Nueva York, p.357-385
- Ministerio de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales* Febrero
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Monforte, Estruch, Valls-Solé, Nicolás, Villalta y Marquez, (1995) *Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism*. Archives of Neurology, p.45-51.
- Navas Orozco Wendy, Vargas Baldares María Jesús. (2012) *Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para Atención primaria*. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica p.497-507.

- OMS, Organización Mundial de la Salud (1994) *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Ginebra, p. 156
- Orgaz, Segovia, López, y Tricio, (2005). *Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. Atención Primaria*, California, p. 297-305.
- Oscar-Berman, M. y Marinkovic, K. (2003) *Alcoholism and the brain: an overview. Alcohol Research and Health*, p.125-133.
- Peña, Corona, Feria y Medina, (2000). *Introducción. El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud. México*, p. 11-16.
- Quigley y Leonard, (1999) *Husband alcohol expectancies, drinking, and marital conflict styles as predictors of severe marital violence among newlywed couples. Psychology of Addictive Behaviors*, p.49-59.
- Rehm, J. y Rossow, I. (2001) *The impact of alcohol consumption on work and education. En: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, Ginebra
- Rehm, Room., Monteiro, Gmel, Graham, Rehn, Sempos, Frick, y Jernigan, (2004) *Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.*
- Reyes Tica, Américo. (2002) *Trastornos de ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>*
- Ridolfo, B. y Stevenson, C. (2001) *The Quantification of DrugCaused Mortality and Morbidity in Australia*
- Riveros, M.; Hernández, H. y Rivera, J. (2007). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.*
- Rodgers, Korten, Jorm, Jacomb, Christensen, Henderson. (2000) *Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. Psychological Medicine*, p.421-432.
- Rossow, I. (1996) *Alcohol and suicide .beyond the link at the individual level. Boston*, p.1463-1469.

- Rossow, I. y Hauge, R. (2004) *Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others. drinking*. Boston, p.1094-1102.
- Rourke, S.B., y Löberg, T. (1996) *The neurobehavioral correlates of alcoholism*. Nueva York: Oxford University Press, p.423-485.
- Sadler, T. (2001). *Langman embriología médica con orientación clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Salazar, Ugarte, Vásquez, Loaiza. (2004)*Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima*. Revista Anuales de la Facultad de Medicina, p.65-179.
- Sandín y Chorot, (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. Madrid.
- Santo Domingo, (1990), *No te rindas ante el alcohol*. Madrid, p.90.
- Sierra Juan Carlos, Ortega Vigilio, Zubeidat Ihab. (2015) *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*.
- Spear, L. (2002) *Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol*. *Journal Studies Alcohol*, p. 71-81.
- Valencia P. (2016) *Aptitud musical y rendimiento académico de los estudiantes que integran las agrupaciones musicales de la universidad Católica San Pablo de Arequipa*, p.88
- Vásquez-Barquero JL.(1998), *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid.
- Villagomez Diana, (2015), *Asociación entre sintomatología depresiva y consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes que forman parte de la asociación de estudiantes de medicina para proyectos e intercambios de Ecuador, Quito*, Pontificia Universidad Católica de Quito, Pp, 137
- Watt, Purdie, Roche y McClure, (2004) *Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders*. *Addiction*, Madrid, p.1262-1273.
- Wells, Graham, Speechley y Koval, (2005) *Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers*. *Addiction*, p. 933-944.

Who Isbra (1997) *Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence, Madrid*, p.11

Widom, C.S. y Hiller-Sturmhofel, S. (2001) *Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. Alcohol Research and Health*, 25,52-57.

ANEXOS

ANEXOS “A” Cuestionario Auto-Evaluación de Ansiedad (EAA) de Zung

INDICE EAA

- Para cada aseveración, por favor marque en la columna que mejor describa cuán a menudo se ha sentido o comportado así durante los últimos días:
- Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Sexo:.....Músico: si ____ Edad:..... Escolaridad: Básica__ Secundaria__ Superior__	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2. Me siento con temor sin razón				
3. Despierto con facilidad o siento pánico				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5. Siento que todo esta bien y que nada malo puede sucederme				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11. Sufro de mareos				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y los pies				
15. Sufro de molestias estomacales e indigestión				
16. Orino con mucha frecuencia				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento Bochornos				
19. Me quedo dormido con facilidad				
20. Tengo pesadillas				

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Instrucciones sobre el uso de la escala de Auto-Evaluación de Ansiedad (EAA)

La Escala de Auto-Evaluación de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 ítems, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales.

A continuación de la columna correspondiente al cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por:

“Nunca o raras veces”

“Algunas veces”

“Buen número de veces”

“La mayoría de las veces”

La tabla de evaluación se entrega a los pacientes recomendándoles marcar en la columna y el espacio que a su criterio le correspondería, según se sintió durante la última semana.

INDICE EAA IMPRESIÓN GLOBAL DE EQUIVALENCIA CLINICA

Debajo de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente
45 - 59	Presencia de ansiedad mínima a moderada
60 - 74	Presencia de ansiedad marcada a severa
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo

ANEXO “B” Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

- Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.
- Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana.
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más.
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del año ha sido incapaz de para de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado	No		Sí, pero no el curso del		Sí, el último

herido porque usted había bebido?			último año.		año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud, ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no el curso del último año.		Sí, el último año.
					TOTAL:

El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. El cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol.

AUDIT se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente.

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.