



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

**“El Autocontrol como Inhibidor del Estrés Ligado a Adicciones en Estudiantes
Universitarios”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

David Contreras Hernández

Manuel Alejandro Herrejón Aragón

Directora: Lic. Xochitl Karina Torres Beltrán

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Bravo González

Dra. Rocío Tron Álvarez



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

Sin importancia en el orden

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme no solo crecer como persona sino también como profesional, brindándome todas las herramientas necesarias para poder

Les agradezco a mis padres Manuel y Alejandra, así como a mi hermana Fernanda, por darme su apoyo incondicional durante la carrera, también por encaminarme a lo largo de mi vida para poder llegar a donde me encuentro en este momento, cumpliendo mis sueños y mis metas por más difíciles que parecieran en su momento. Gracias por no dejarme rendir jamás y enseñarme a superar todos los problemas que se iban presentando a lo largo de mi vida.

A mis abuelos Rita y Juventino, que estuvieron para mí desde el momento de mi nacimiento y enseñándome que puedo tener un segundo par de padres en ellos, porque siempre han estado ahí en mis mejores y peores momentos. También a aquellos que han sido pieza importante en la formación de mi carácter y con los que más disfruto pasar los fines de semana, mis tíos Lucio, Leticia, Verónica, Osvaldo y Jesús, así como a mis primas Angélica, Mariana, Ana y Nancy.

Un agradecimiento especial a mi abuela Carmen que siempre nos recibió con agrado y aunque se tuviera poco o mucho nos lo daba con gusto, también porque siempre se ha preocupado por la familia entera. A mi tía Ruth por enseñarme que no se debe dejar de creer y por ayudarme a cumplir una de mis más grandes metas y un sueño que pensaba podría ser imposible.

A Tania por apoyarme durante los últimos años de la carrera y porque siempre estuvo ahí siendo uno de los principales apoyos que tuve no solo en la carrera, también en estos últimos años de mi vida, por siempre hacerme ver hacia delante y sobre todo por caminar de la mano conmigo haciéndonos siempre mejores personas.

A mi amigo David que fue parte clave en este proceso de titulación, así como en la conclusión de la carrera, enseñándome que no importa quienes sean las personas o de donde vengan, siempre te pueden sorprender con su amabilidad, cordialidad y positivismo ante los peores momentos que se pueden presentar en la vida.

También a las personas que estuvieron a mi lado dentro de la carrera y que fueron parte importante de ella, apoyándome con sus risas y haciendo más amenos los momentos de estrés que viví dentro de ella, mis amigos Gamaliel, Lupita, Jessica, Irvin, Laura e Itzel.

Agradecimientos:

Mi primer agradecimiento a mencionar es para la Universidad Nacional Autónoma de México, que me acobijo durante este tiempo de mis estudios para poder llegar a mi meta.

Agradezco a mi esposa e hija por darme el apoyo y su compañía de manera incondicional y enseñarme que siempre hay que ser positivo no importa lo que ocurra siempre hay algo mejor y por ellos debemos luchar para siempre estar mejor que antes. Gracias esposa mia por ser mi compañera, mi amiga, mi confidente, y lo que necesito para seguir viendo hacia adelante, gracias hija por dejarme verte crecer y al verte darme motivos por los cuales crecer para ser algo mejor para poder ser un ejemplo el cual puedas seguir.

Agradezco a mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional en todo mi camino a convertirme en una persona que sería y es hoy en día un profesionalista en psicología, todo su sacrificio y enseñanza queda en mi para ser alguien que pueda ofrecer incluso lo que no se puede tener y obtenerlo para que esa persona llegue a sus sueños; gracias por enseñarme a no rendirse jamás, a levantarse y aprender de cada caída en la vida, a ser un hombre que se levanta día a día a la madrugada y trabajar por conseguir lo mejor para su familia... a ser un plumaje de los que cruzan el pantano y no manchan.

A mi amigo Alejandro que me demuestra que no importa que tanta fe haz perdido en las personas, siempre hay alguien que te muestra que la amistad vale más que solo verse en los momentos de júbilo, sino estar es estar en cada momento de la vida y demostrar que no importa quienes seamos siempre nos aceptamos y queremos tal cual somos y estas ahí para ayudar en lo que uno le permite incluso en más de lo que uno necesita.

El autocontrol como inhibidor del estrés ligado a adicciones en estudiantes universitarios

Índice:

Resumen

Introducción.....	8
Capítulo I: Adicciones.....	10
1.1 Aspectos históricos de las Adicciones.....	11
1.1.1 Adicción y solución: antecedentes de las estrategias contra las adicciones.....	14
1.2 Aspectos generales.....	16
1.2.1 Concepto de Adicción.....	16
1.2.2 Agentes causantes de una adicción (alcohol).....	20
1.2.2.1 Factores de Riesgo.....	20
1.2.2.2 Factores de Protección.....	23
1.3 Consecuencias del alcohol.....	26
Capitulo II: El estrés en Universitarios.....	28
2.1 Concepto de estrés.....	28
2.2 Concepto de estrés relacionado con los universitarios.....	29
2.3 Psicología y estrés.....	31

2.4 Factores de Protección como Estrategias de Afrontamiento ante el consumo de Alcohol.....	31
Capítulo III Autocontrol como mecanismo de defensa contra el estrés.....	33
3.1 Aspectos generales de Autocontrol.....	34
3.1.1 Raíces históricas de Autocontrol.....	34
3.2 Definición de Autocontrol.....	35
3.3 Estilos de afrontamiento con base al autocontrol.....	35
Capítulo IV: La población universitaria y el consumo de alcohol.....	38
4.1 Impacto del consumo del alcohol en universitarios.....	39
4.2 Autocontrol como estrategia de afrontamiento en universitarios.....	39
Método.....	45
Procedimiento.....	47
Resultados.....	49
Conclusiones.....	60
Referencias	

Resumen

Con el objetivo de determinar la influencia del autocontrol sobre el alcoholismo en estudiantes universitarios, la presente investigación muestra un recorrido teórico de las adicciones y las repercusiones que tienen en los mismos; así como por las diferentes estrategias de afrontamiento que se pueden tener por medio del autocontrol. Los resultados de la intervención dan cuenta de la disminución y funcionalidad del manual que tiene como base el autocontrol, lo cual indica que a mayor autocontrol menor es la presencia del alcoholismo ocasionado por la influencia de los factores de riesgo como el estrés escolar, presión social, etcétera.

Palabras clave: Autocontrol, universitarios, estrés, estrés escolar, adicciones y alcoholismo.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo probar si el "Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema" desarrollado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones funciona para disminuir los niveles de estrés promoviendo el autocontrol en los estudiantes universitarios, seleccionando a los participantes por medio del uso de "La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias" (**ASSIST**).

La presente tesis se desarrolla en cuatro capítulos, los cuales están ordenados de acuerdo a la problemática, dando a conocer tanto los beneficios como los costos de las adicciones, explicando los factores de riesgo y de protección. En el presente trabajo se tomó como principal variable de interés el alcoholismo

En el capítulo uno se desarrollan los antecedentes de las distintas explicaciones de las adicciones y sus tratamientos además de los factores de riesgo y protección de manera general y posteriormente de manera más específica en estudiantes universitarios.

El capítulo dos está centrado en el concepto de estrés y la relación que tiene con los estudiantes universitarios. También se realiza un análisis del concepto de estrés desde el punto de vista de la psicología y de cómo se pueden tener estrategias de afrontamiento al estrés, es decir las consecuencias del mismo

El capítulo tres está dirigido a una estrategia de afrontamiento de "autocontrol", y se hace una breve reseña histórica del mismo y como se fueron desarrollando técnicas para el tratamiento de alcoholismo con base en el autocontrol y otros estilos de afrontamiento.

El capítulo cuatro está centrado en la población universitaria y el consumo del alcohol, comenzando desde los principales factores de riesgo existentes en el

ámbito escolar universitario, hasta llegar a definir el principal factor que influye en la aparición del alcoholismo o el bebedor problema.

1. ADICCIONES

Uno de los problemas que enfrenta el país en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales por un amplio sector de la población.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 se dio a conocer que la población entre 18 y 34 años, la que se considera adulta, es la que tiene un mayor índice de prevalencia de consumo del 2.8%, aunque éste no es un incremento significativo en comparación a la muestra, con respecto a la encuesta del año 2008 (2.2%) (ENA, 2011).

Según la ENA en el 2012, la mayor demanda de tratamiento en el 2010 fue por parte de los hombres (77.2%). Quienes acudieron principalmente, fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%) seguidos por los de 35 años o más (20.9%). En cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios de nivel secundaria (45%). Con respecto a la ocupación, el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable. El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio bajo.

Las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron alcohol (19.9%), cocaína (12.5%), marihuana (15.6%) e inhalables (14.1%).

Las estadísticas anteriores llegan a ser alarmantes, debido a que en algunos casos sobrepasa el 80% de la población encuestada el consumo de sustancias, y es por eso que es necesario determinar los factores de riesgo y los factores de protección que pueden permitir que los individuos detecten e inclusive actúen ante la oferta de una droga evitando de esta manera el consumo de la misma y, por tanto, caer en lo que se conoce como adicción

Los factores de riesgo son todos aquellos elementos o características de la persona, de la situación o del contexto ambiental que aumenta la probabilidad del uso o abuso de drogas y que posibilitan el mantenimiento del consumo de las mismas (Martínez, Trujillo y Robles, 2006). Mientras que los factores de

protección son los atributos o características individuales, de la situación o el ambiente que inhiben o reducen la probabilidad del uso o abuso de drogas y su posterior mantenimiento. La función de cada factor ya sea de riesgo o de protección dependerá de cada persona, su historia y desarrollo, lo que desembocará en si estos son factores de riesgo o factores de protección.

Por ende el consumo de sustancias puede depender de múltiples factores que no necesariamente se encuentran dentro del control de los individuos, por lo tanto, es necesario mantener a las personas informadas y alertas para disminuir la posibilidad de consumo, para que así se puedan mantener alejados de los ambientes y sustancias que puedan causar algún tipo de adicción.

Sin embargo, a pesar de que el fenómeno es complejo, es posible entender lo básico de sus componentes, los daños y riesgos que genera, así como los mitos y realidades que lo rodean, para posteriormente llevar a cabo acciones preventivas dirigidas a lograr una mejor calidad de vida para las personas que tienen un escaso o bajo consumo de sustancias.

1.1 Aspectos históricos de las Adicciones

Las diversas drogas tienen diferentes usos, las cuales se remontan a la época de los escritos griegos y romanos. La mayor parte del tiempo estas sustancias se emplearon para producir efectos de bienestar y como parte de tratamiento para enfermedades (Berruecos, 2007).

Conforme fue pasando el tiempo, se llegó al momento en el que ya se presentó un abuso de estas sustancias, una de las razones viene debido a que las técnicas para refinarlas e industrializarlas se han modernizado permitiendo un mayor acceso y, por tanto, haciendo masivo el consumo.

Los griegos y los romanos ya conocían los efectos benéficos que les brindaban las diversas sustancias pero la sustancia empleada por excelencia y con exageración fue el alcohol. Al principio no existía una técnica de destilación que permitiera que el alcohol fuera más puro, fue hasta el año 1250 d.C que dichas

técnicas comenzaron a surgir en Europa pero debido a su alto costo sólo se empleaba con fines medicinales (Berruecos, 2007).

El uso excesivo del alcohol se extendió por todo el planeta llegando a países como Inglaterra y Estados Unidos en donde su amplio consumo provocó una gran demanda social que, a su vez, derivó en violencia y mortalidad debido al modo que esta sustancia puede alterar las funciones del organismo, ya que la persona no puede dar cuenta de los actos que realiza (Berruecos, 2007).

Otros de los factores que son de relevancia son las repercusiones fisiológicas y biológicas que el alcohol puede tener en el organismo cuando el consumo es agudo. Lo anterior, cobra relevancia cuando se pretende disminuir o eliminar el consumo del alcohol ya que implica que el tratamiento para esta sustancia adictiva dependa del grado de adicción, así como del daño en el que se encuentre cada individuo y del grado de modificación que se genera en los neurotransmisores al consumir dicha sustancia.

Dentro de la cultura mexicana el consumo de drogas existe, pero nunca habían sido tomados en cuenta los problemas que causaba en el consumo de estas sustancias, ya en México los pueblos y tribus indígenas consumían hongos durante sus celebraciones y festejos con el fin de dar placer a sus espíritus. Según Fray Bartolome de Sahagún los hongos también eran empleados con fines de adivinación, para fortalecer el alma transportando al individuo a paisajes alucinatorios (Zurita, 1997).

Cada pueblo tenía sus propias reglas en cuanto al consumo de sustancias, inclusive se creía que el efecto curativo o terapéutico de las sustancias iba acorde a la forma de la sustancia con una parte del cuerpo humano.

Otra de las sustancias utilizadas por los ancestros fue el Pulque, la cual dentro de la cultura Nahuatl tenía ciertas limitaciones, se podía beber durante una festividad pero estaba prohibido hacerlo en cualquier otro momento, excepto para las personas mayores de 70 años (Florentino, 1980; Viesca, 1994).

La importancia del pulque (*octil*) se ve sobre todo en el papel que desempeñaba en la religión, en la sociedad mexicana el pulque era considerado como algo sagrado y formaba parte de sus rituales, utilizado principalmente en fiestas donde hombres y mujeres e incluso niños tenían permitido tomarlo (Valdez, 2005).

Lo anterior implicó que durante esta época hubiera un importante incremento en el consumo del alcohol tanto para los españoles como para los indígenas ya que desaparecieron las restricciones rituales y religiosas, pasando poco a poco a cobrar un mayor significado en la vida cotidiana pues las personas lo veían con normalidad. Durante la Independencia y el Porfiriato hubo una gran proliferación de la fabricación de pulque, permitiendo que el consumo de esta sustancia poco a poco dejara de ser mal vista dentro de la sociedad (Valdez, 2005).

El hombre ha instaurado una serie de normas y valores que imponen unas pautas de comportamiento, las cuales están íntimamente ligadas a los cambios políticos, económicos y sociales que ha habido a lo largo de la historia. Por tanto, el concepto de droga y el uso y/o abuso de ella se ha modificado.

En México por ejemplo, las normas y valores instaurados dentro de la sociedad han tenido gran importancia en el desarrollo social, ya que se ha dado un incremento en la esperanza de vida, esto debido a los cambios drásticos en las causas de enfermedad y muerte así como en los diferentes modelos de prevención establecidos dentro de la sociedad. Se ha logrado disminuir las enfermedades transmisibles asociadas a la pobreza y al subdesarrollo pero no ha logrado hacerse frente ante los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización como los padecimientos cardiovasculares, el cáncer, enfermedades mentales y las lesiones. Dentro de este contexto se inserta el fenómeno de las adicciones, principalmente el abuso de las bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2001)

La Organización Mundial de la Salud define al alcoholismo como un desorden del comportamiento que se manifiesta por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas y que afecta la salud mental, física, social y/o familiar del bebedor.

El abuso de bebidas alcohólicas implica un problema de gran magnitud tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud como por los efectos en los individuos y en las familias. La Secretaría de Salud estima que el abuso del alcohol representa el 9% de la enfermedad en México, asociando padecimientos como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones por accidentes automovilísticos, los homicidios y los suicidios.

1.1.1 Adicción y solución: antecedentes de las estrategias contra las adicciones

Las adicciones representan un problema no sólo a nivel nacional sino a nivel internacional; por lo que, la ONU desde el año 1979 estableció que los problemas de abuso de alcohol estaban dentro de los problemas de salud pública (Secretaría de Salud, 2011), y fue a partir de ese año que las adicciones se han considerado un problema de salud a nivel mundial. Permitiendo crear así diversos programas de salud para hacer frente a las adicciones y el alcoholismo, el más importante es el Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC), creado el 8 de Julio de 1986, con el objetivo de promover y apoyar las acciones del sector público, social y privado, la prevención y el combate de los problemas de salud pública causado por las adicciones y así promover y evaluar los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia publicados en 1986.

Por otro lado en el año 2008 se creó el Programa de Acción Específico 2007-2012 con la intención de Prevención y Tratamiento de las Adicciones con el objetivo de enfrentar desde un enfoque global el consumo de los diferentes tipos de drogas, impulsando el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud a la par de fortalecer el tratamiento y la rehabilitación (Secretaría de Salud, 2008).

Los programas anteriores han sido revisados en múltiples ocasiones y fue para los años 2001-2006 que se incorporaron principios y estrategias que recomiendan organismos internacionales incorporando campos de las ciencias básicas y aplicadas en las áreas de ciencias de la conducta y sociales, lo cual implica una visión más integral de las adicciones.

Posteriormente en el año 2011 la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA) muestra que de 2002 a 2011 la población adolescente aumentó significativamente su consumo de "alguna vez en la vida" que pasó de 35.6% a 42.9%. (demostrando que los programas de prevención no son tan eficaces dentro de la población adolescente).

También se observó que la cantidad de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo que pasó de 2.1% a 4.1% (Encuesta Nacional de las Adicciones, ENA, 2011).

En cuestión de género se observaron las mismas tendencias en hombres y mujeres. De tal forma que el consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en ambos sexos, el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó de 3.5% a 6.2% y en las mujeres se triplicó de .6% a 2%.

En el año 2011 se realizó una actualización del Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones con el objetivo de promover y apoyar las acciones de los sectores públicos, social y privado, Tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública, causados por aquellas adicciones que la Ley General de Salud le da competencia (ENA, 2011).

La anterior es la última modificación al programa de acción específico de prevención y tratamiento de las adicciones que se ha dado en el país, los programas mencionados anteriormente están estrechamente ligados con las

normas internacionales a las que pertenece México, principalmente los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (ONU).

1.2 Aspectos generales.

1.2.1 Concepto de Adicción

Las adicciones son referidas por la Organización Mundial de la Salud como el consumo de sustancias que generen problemas de salud como la drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética pero todas con consecuencias que al ingerirlas producen la adicción.

Algunas consecuencias de las adicciones pueden implicar un deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla de cualquier medio; tendencia a incrementar la dosis; síndrome de abstinencia si se retira la droga; y efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud en 1964 define la **adicción** como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas, esto implica una incapacidad de controlar la conducta, dificultad para la abstinencia permanente, deseo imperioso de consumo, disminución del reconocimiento de los problemas significativos causados por la propia conducta y en las relaciones interpersonales así como una respuesta emocional disfuncional. El resultado es una disminución en la calidad de vida del afectado y generando problemas en su trabajo, en sus actividades académicas, en sus relaciones sociales y/o en sus relaciones familiares o de pareja.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como: “un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas,

frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes."

Posteriormente, la OMS en el año 2013 definió adicción como "una **enfermedad** física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia o actividad o relación. Sus signos o síntomas involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales."

Es considerada una enfermedad progresiva caracterizada por episodios de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación de la enfermedad.

La OMS determina que existen diferentes tipos de adicción a las drogas:

- a). Experimentación: es el caso donde la persona es guiada por la curiosidad a probar la droga.
- b). Uso: el compromiso con la droga es bajo, no existe deterioro laboral o familiar, solo se busca un cambio de sensaciones.
- c). Abuso: el uso se hace regular y hay episodios de intoxicación, se presenta deterioro académico, laboral, social o familiar.
- d). Adicción: se rompen las relaciones afectivas, hay dificultades académicas y laborales, la búsqueda de droga es compulsiva,, es difícil la abstinencia, hay compromiso orgánico, hay conductas de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo pueda modificar una o varias de sus funciones, alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia".

Existen drogas legales e ilegales. Las legales son el tabaco y el alcohol principalmente; mientras que las ilegales son, por ejemplo, la marihuana, y la cocaína

En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga toda aquella sustancia natural o artificial con efectos psicoactivos como son el estado de ánimo o el comportamiento de una persona la cual es normalmente auto-administrada.

En la siguiente Tabla 1, a manera de ejemplo se mencionan algunas sustancias y se describen brevemente algunos de los efectos y repercusiones en el organismo.

Tabla 1.

Tipos de drogas: efectos y repercusiones.

	Sustancias psicoactivas	Efectos	Repercusiones
Estimulantes	Cocaína Anfetaminas Metanfetaminas Éxtasis	Euforia, excitación, ansiedad, hablar en exageración, dilatación de pupilas, aumento de presión osanguínea, alucinaciones, delirios, persecución, hiperactividad, temblor de manos, sudoración, depresión, sensación de armonía.	Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique, muerte, irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resecaedad, náuseas, vómito, deshidratación, calambres, altera la percepción, la concentración y la coordinación.
Depresores	Derivados del opio (morfina, heroína y codeína) Tranquilizantes (pastas, roche, pastillas, rufis), Inhalables.	Calman el dolor, mirada extraviada, contracción pupilar, euforia, sensación de desconexión, relajación, mayor	Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones, deterioro personal y social.

Alucinógenos	Marihuana Peyote Hongos Dietilamida del ácido lisérgico.	Enrojecimientos de ojos, incremento de frecuencia cardiaca, incontrolable, habla exagerada, exaltación de la fantasía, hambre, alucinaciones visibles, táctiles y auditivas	Trastornos de memoria, sudoración, sueño, apatía, ricas desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones, angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estado de ánimo, confusión, agresividad
---------------------	---	---	---

1.2.2 Agentes causantes de una adicción (alcohol)

1.2.2.1 Factores de riesgo

Los distintos tipos de riesgos que se pueden tener al consumir el alcohol, ha sido un tema de mucho interés a lo largo de la historia, en el cual las distintas relaciones con los ámbitos de una persona lograron definir cuáles son los principales factores de riesgo que pueden llevarla o no a consumir alcohol.

De acuerdo con Martínez, Trujillo y Robles, (2006) y Becoña en el año 2002, se hizo referencia a los factores de riesgo en el consumo de drogas que implican el atributo y/o características individuales, de la situación o del ambiente, Estos factores pueden estar presentes o no en una situación en específico pero su presencia no es garantía de que el individuo vaya a presentar el abuso de la sustancia aunque su ausencia tampoco garantiza que el abuso no se produzca.

Es importante mencionar que los factores de riesgo tienen múltiples dimensiones y cada uno de ellos influye de manera independiente e integral en el abuso de drogas. Por lo tanto, la intervención directa en alguno de estos factores puede eliminar, disminuir o incluso aumentar la probabilidad del abuso de sustancias.

Como se ha mencionado anteriormente los factores de riesgo pueden ser de diferente índole como por ejemplo la familia, amigos, escuela o la comunidad en la que se desenvuelve la persona. Como ejemplo de estos factores Muñoz-Rivas (1998; citado en: Martínez, Trujillo y Robles, 2006) realizaron un listado los factores de riesgo agrupándolos en ambientales/contextuales; individuales y de socialización, a continuación se presentara un breve resumen del listado anteriormente mencionado, así como diversos puntos de vista de diferentes autores que han hablado sobre el tema:

- Individuales: edad, y hábitos.
- Genéticos: hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.
- Constitucionales: como el uso temprano de drogas (antes de los 15 años)
- Psicológicos: como pueden ser problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados, entre otros.
- Sociales: la familia e iguales
- Ambientales: escuela, la comunidad, leyes entre otros factores.

Por su parte Díaz, Díaz, Hernández, Narro, Fernández, y Solís Torres (2008), mencionan como factor de riesgo a los centros de educación superior en el que se desenvuelven los estudiantes, esto se debe a las exigencias requeridas dentro del plan de estudios de acuerdo al nivel académico y brindan un breve desglose sobre los factores sociodemográficos, ambientales y culturales.

Sociodemográficos: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo de los padres, estado civil, lugar de residencia, etcétera.

Ambientales y culturales: hacen referencia del contexto universitario que facilitarían y promoverían el consumo excesivo de alcohol.

Así mismo Mora- Ríos y Natera (2001) dicen que los factores de riesgo van en función de las creencias globales difusas e inferenciales que se tienen sobre el consumo y sus posibles consecuencias, que estas creencias cambian con y crecen con la edad y el acercamiento que tiene cada individuo con la sustancia. Los factores están vinculadas a las creencias a las que se exponen dentro del ambiente familiar, social y cultural en el que está inmersa la persona.

Espada y Botvin, en el 2003 mencionan tres descripciones sobre los factores de riesgo que reafirman las descritas anteriormente:

Factores macrosociales

- Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias; institucionalización y aprobación social de las drogas legales; publicidad y la asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio.

Factores microsociales

- Estilos educativos inadecuados; falta de comunicación y clima familiar conflictivo; consumo familiar de alcohol y también la influencia del grupo de amigos o presión que se ejerce dentro de su círculo.

Factores personales

- Desinformación y prejuicios y las actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis.

Algo esencial de los factores de riesgo es que cambian con la edad; mientras que los factores de riesgo dentro de la familia tienen mayor impacto en la infancia, en la adolescencia son los factores con los iguales los que tienen

mayor impacto. Es importante mencionar que los factores de protección dependen directamente de la edad, el sexo, la raza, la cultura y el ambiente individual de las personas.

1.2.2.2 Factores de Protección

De igual manera Becoña (2002), menciona que los factores de protección son los atributos o características individuales, la condición situacional y/o ambientación que inhibe o reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Esta definición puede tener cierta similitud con la descrita en los factores de riesgo, esto se debe a que el origen de ambos puede llegar a ser el mismo, sin embargo, la diferencia entre ellos radica en los factores de carácter individual, es decir, es la persona en sí la que le da el valor de factor de riesgo o protección a los distintos ámbitos que conforman su vida.

Tabla 2.

Factores de protección que influyen en el posible consumo de sustancias adictivas.

Clasificación			
Individuales	Familia	Escuela	Comunidad
Religiosidad	Apego entre padres e hijos	Gusto por el estudio	Actividades humanitarias,
Habilidades sociales	Vivir en una familia sin conflictos	Buena sintonía con los profesores	sociales, prácticas y religiosas
Apego a los iguales que no consumen drogas	Actitudes en contra del consumo	Aceptación de normas	Oportunidades y refuerzas para la implicación
Creencia en la autoeficacia	Estilo de crianza	Buenas relaciones con los compañeros	Actitud de rechazo hacia el consumo

<p>Orientación social positiva</p> <p>Desinterés por experimentar situaciones de riesgo</p> <p>Evitar relaciones con amistades con conducta delictiva</p> <p>Importancia de la salud y autocuidado</p> <p>Confianza en sus capacidades</p> <p>Objetivos claros en su vida personal</p> <p>Grado de satisfacción actual.</p>	<p>Positivo</p> <p>Normas y reglas claras acerca del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.</p>	<p>Comunicación entre padres y profesores.</p>	<p>de drogas</p> <p>Escasa o nula disponibilidad de sustancias</p> <p>Apoyo social.</p>
---	---	--	---

Los factores de protección son esenciales para evitar el consumo de sustancias; por tanto las personas que llevan a cabo los programas o imparten la información sobre el tema son responsables de la prevención son los encargados de escoger programas que fortalezcan dichos factores en cada una de las etapas de desarrollo de la persona.

Para fortalecer los factores de protección es necesario implementar estrategias que favorezcan la transmisión de información veraz sobre los riesgos y daños asociados al uso de drogas; orientación sobre alternativas ante el consumo; entrenamiento de habilidades, aptitudes y capacidades y la práctica y difusión de los estilos de vida saludables.(Becoña, 2002).

1.3 Consecuencias del consumo de alcohol

Arias en el 2005 menciona que al ingerir alcohol se pueden producir reacciones con otras sustancias del cuerpo que se transforman en acetaldehído que al pasar al torrente sanguíneo se vuelve inerte lo cual conduce a la intoxicación, que provoca falla en la funcionalidad de los neurotransmisores; por lo cual se calcula, de acuerdo al autor, que el 95% del alcohol ingerido se queda en el organismo hasta que el hígado lo metaboliza.

Aunque habitualmente el alcohol es considerado un depresor del sistema nervioso central, al mismo tiempo tiene efectos estimulantes. Las reacciones inmediatas más evidentes son sensación de relajación, bienestar y desinhibición, a medida que el consumo aumenta, estos efectos se contrarrestan como la reducción de capacidades cognitivas, sensoriales y motoras, vértigos, desequilibrio, náuseas y vómito (Becoña, 2002).

Así mismo el consumo de alcohol se relaciona con problemas de salud como las infecciones, el cáncer, las enfermedades endócrinas y metabólicas, mentales, neurológicas, cardiovasculares, digestivas, y lesiones intencionadas y no intencionadas.

Se podría resumir que la dependencia o trastorno por uso de alcohol es una enfermedad crónica causada por la acción prolongada del alcohol en el cerebro, provoca cambios funcionales y estructurales que persisten después de cesar el consumo. Se manifiesta de forma conductual y cognitiva en donde el uso del alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. Generalmente, existe *craving*, que es el deseo fuerte y urgente consumo de alcohol compulsivo o descontrolado. A veces se acompaña de tolerancia que es la

necesidad de aumentar la dosis para lograr el efecto deseado y el síndrome de abstinencia caracterizado por la hiperactividad de las funciones fisiológicas suprimidas por el alcohol. El consumo se asocia a menudo con otros trastornos como la depresión y el suicidio y afecta el funcionamiento familiar, escolar, laboral o social.

La resaca posterior a la intoxicación es responsable de ausentismo laboral o escolar ya que el malestar que este ocasiona, no permite al individuo desenvolverse dentro de sus actividades de manera eficiente. En adolescentes con un alto consumo puede afectar en el rendimiento cognitivo (memoria, atención, función ejecutiva) y en alteraciones cerebrales que pueden desembocar en problemas de aprendizaje. Estas alteraciones pueden ser total o parcialmente reversibles (Sarasa, Sordo, Molist, Hoyos, Guitart y Barrio, 2014).

El estrés como se ha visto del presente capítulo, tiene distintos enfoques dependiendo de donde tenga su origen, dentro de los diferentes factores como el trabajo, la familia, y entre estos el estrés académico, el cual será el punto de atención del siguiente capítulo.

2. EL ESTRÉS EN UNIVERSITARIOS

2.1 Concepto de estrés

El término estrés tiene su origen en la década de 1930, cuando un estudiante de la Universidad de Praga, llamado “Hans Selye, observó que todos los enfermos con quienes había tenido contacto, presentaban síntomas que eran comunes y generales entre ellos. Dentro de los síntomas se encontraban cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros. Esta observación llevó a Selye, a denominar este fenómeno como “Síndrome de estar enfermo”. Posteriormente, Selye desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de esta “tríada de la reacción de alarma” Selye lo denominó primeramente “estrés biológico” y luego simplemente denominado estrés” (Ortega, 1999)

Según un informe de la Universidad Sussex del año 2001 en Inglaterra, los niveles de estrés en el mundo van en incremento y los principales factores que lo pueden provocar son la pobreza y cambios constantes de la situaciones que se presentan en el ambiente; por otro lado el reporte agrega que los cambios que se viven a nivel político y social además del elevado índice de pobreza pueden llegar a provocar que la gente viva en constante tensión y depresión. El asunto es grave porque el estrés es un importante generador de patologías. (como se cita en Caldera, Pulido, y Martínez, 2007).

Esta idea también es apoyada por López y García (2012), quienes sostienen la relación de la economía con la toma de decisiones de manera racional, exponen que una mala economía ocasiona que la toma de decisiones se vea afectada de manera negativa por el estrés que ocasiona una mala posición económica.

El estrés académico se define como "una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos" Berrío y Marzo (2011).

Maldonado, Hidalgo y Oter (2000, citado en Berrío y Mazo, 2011) plantean que un nivel elevado de estrés académico:

"... altera el sistema de respuestas del individuo a nivel cognitivo, motor y fisiológico alterando los tres niveles de respuesta de forma negativa en el rendimiento académico, en algunos casos disminuye la calificación de los alumnos en los exámenes y en otros casos, los alumnos no llegan a presentarse al examen o abandonan el aula antes de dar comienzo el examen (p.2)"; lo cual puede llevar a estados de ánimo y toma de decisiones de manera impulsiva y llevar a producir una conducta de consumo de sustancias adictivas.

2.2 Concepto de estrés relacionado con los universitarios

El concepto estrés integra distintas variables y procesos, que permite entender un amplio conjunto de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal, y que se puede definir como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta última valorada como algo que agrava o excede sus propios recursos y que ponen en peligro su bienestar personal (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés puede ser definido como una reacción adaptativa del organismo ante las demandas de su medio; y cuando éstas se originan en el contexto de un proceso educativo, se le conoce como estrés académico. (Selye, 1956; como se cita en Pulido, Serrano, Valdés, Chávez, Hidalgo y Vera, 2011).

Todos los organismos experimentan reacciones al estrés durante su vida, pero cuando la reacción del sujeto se prolonga, puede ocasionar fatiga y provocar diversos problemas. Diferentes autores destacan la falta de precisión

conceptual y terminológica de la investigación sobre el estrés académico, encontrando frecuentemente la utilización indistinta de términos como estrés, ansiedad, preocupación por los estudios o ansiedad ante los exámenes (estrés académico) (Putwain, 2007).

Se define al estrés académico como "aquel que se produce en relación con el ámbito educativo" Polo et.al. (1999, p. 159, como se cita en García; Pérez; Pérez y Natividad en 2012), incluyendo el estrés experimentado por los docentes y los estudiantes de todos los niveles del sistema educativo. Sin embargo, autores como Augusto-Landa, López-Zafra y Pulido-Martos, 2011 (como se cita en, García-Ros et. al. 2012), indican que el término estrés académico solo sirve para designar la experiencia de los estudiantes de grado superior, implementando el término de estrés docente cuando se habla del profesorado y según Connor; Hodge, McCormick y Elliot (2001, 2003; 1997; como se cita en, García-Ros et. al. 2012) el término de estrés escolar solo se emplea cuando se habla de enseñanza de niveles básicos.

El estrés académico se presenta cuando el estudiante percibe que no tiene las herramientas necesarias para hacer frente a una situación, es decir, que los requerimientos de una situación exceden sus recursos y capacidades provocando en él un estado de desequilibrio emocional y físico. Al percibir que las exigencias superan sus capacidades comienzan a desarrollarse pensamientos centrados en la poca esperanza y en la nula posibilidad de éxito que conllevan a emociones negativas que, a su vez, afectarán a nivel conductual disminuyendo su esfuerzo y su productividad conduciendo a la persona a una situación de *distrés* según Barra-Almagia, 2009; Feldmand et al., 2008; Pollock, 1988 (citados por Garcia et. al. 2012).

Los efectos del *distrés* dificultan la concentración, la memoria y otros procesos que disminuyen el rendimiento escolar, además de ocasionar que el estado de alerta se prolongue, lo cual puede llegar a provocar que el organismo presente problemas y trastornos psicosomáticos. Pero si, por el contrario, el estudiante

confía en responder con eficacia, la probabilidad de alcanzar su meta se incrementará, sus pensamientos y emociones serán más positivos durante todo el proceso de afrontamiento, experimentando lo que se denomina *eustrés* o *estrés positivo*.

2.3 Psicología y estrés

Dentro de las corrientes psicológicas, se encuentran posicionadas distintas formas de definir el estrés y como tal propone diferentes estrategias para poder afrontar esta problemática que es considerada una enfermedad.

Dentro de la psicología se puede definir el concepto de estrés no sólo en términos conductuales, sino también definir las posibles relaciones que éste podría tener con los distintos ámbitos de la vida de un individuo, y por ello las consecuencias que se podrían derivar a nivel psicosocial.

Por ende se describirán algunos trabajos de diversos autores que han definido una serie de estrategias que permiten a los estudiantes mitigar o reducir los niveles de estrés que se puedan presentar dentro del ámbito escolar donde se desenvuelvan, a estas estrategias se les conoce como "estrategias de afrontamiento".

2.4 Factores de Protección como Estrategias de Afrontamiento ante el consumo de Alcohol.

Dentro de este apartado se habla de estrategias de afrontamiento centrado en los principales tipos, que se encuentran a disposición para el propio estudiante como parte de la cotidianidad, y que el mismo puede utilizar sin necesidad de intervención.

Los primeros que se mencionarán son los llamados factores de protección, estos factores de protección de acuerdo a la base de datos registrada por Becoña (2002), se pueden definir como alguna característica individual que permite al individuo inhibir, reducir la posibilidad de que la persona llegue a realizar alguna conducta que ponga en riesgo su integridad física o emocional.

Estos factores de protección se pueden encontrar dentro de la comunidad, donde se pueden realizar actividades en las cuales los estudiantes se desenvuelvan sanamente, para que de esta manera no se vean involucrados en actividades que los puedan llevar al alcoholismo, al igual que la poca disponibilidad de sustancias dentro del ámbito social.

Otro de los factores es la misma familia, principalmente en los valores que le proporcione al estudiante además de las contingencias que los padres construyan con respecto al consumo de sustancias del tipo adictivas.

A partir de estos factores de protección se pueden desprender diferentes tipos de manera específica los cuales son: los amigos, la escuela, el carácter de la persona (como factor de protección individual), y la misma actitud hacia el consumo de este tipo de sustancias; dentro de estos factores de protección se encuentra el autocontrol, el cual será el principal foco de estudio del presente trabajo y el tema principal del siguiente capítulo.

3. AUTOCONTROL COMO MECANISMO DE DEFENSA CONTRA EL ESTRÉS

Algunas de las estrategias que se han implementado para la solución de las adicciones son las denominadas competencias sociales que implican un proceso mediante el cual se adquieren y aplican de manera efectiva los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para entender y manejar las emociones, establecer y alcanzar metas, sentir y mostrar empatía, establecer relaciones positivas y tomar decisiones responsables.

Dentro de las competencias sociales existen las estrategias de afrontamiento, las cuales son los recursos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Las estrategias de afrontamiento no sólo se presentan de forma individual sino también en el ámbito social (Mc Cubbin, Cauble y Patterson, 1982; como se citó en Macías, Madariaga, Valle, y Zambrano, 2013).

De manera individual el sujeto define su propia orientación para manejar los problemas; mientras que en el afrontamiento social o familiar es esencial la dinámica de grupo.

Dentro de estrategias de afrontamiento individual existe el denominado autocontrol el cual implica ubicar las emociones y aprender a canalizarlas para sentirse efectivos y así funcionar en los diferentes contextos de su vida (Ojeda y Espinosa, 2010)

3.1 Aspectos generales de Autocontrol

3.1.1 Raíces históricas de Autocontrol

A lo largo de la historia se han utilizado diferentes términos para referirse a lo que hoy se le conoce como autocontrol, tales como automanejo o autoregulación (Mahoney, 1972: como se citó en Rezk, 1976).

Skinner (1970) indica que un hombre que se autocontrola realiza una acción determinada, piensa en la solución del problema o se esfuerza por aumentar el conocimiento de sí mismo, está emitiendo conducta. Para Skinner la persona logra controlarse a sí misma y a esto le llama autocontrol intelectual.

Cautela (1969) define el automanejo como "la respuesta de un organismo para modificar la probabilidad de otra respuesta". La característica primordial del automanejo es que el organismo es el agente de cambio (Mahoney 1972; como se citó en Rezk, 1976)

Por otro lado la autoregulación hace referencia al proceso mediante el cual un individuo mantiene un patrón comportamental en ausencia relativa de estímulos discriminativos o reforzantes inmediatos. Estos se dividen en tres fases según Karoly y Kanfer, 1974; como se citó en Rezk, 1976): auto manejo, autoevaluación y autorefuerzo.

Mahoney (1972; como se citó en Rezk, 1976) divide en tres subclases el automanejo: autorefuerzo, autocastigo y técnicas auxiliares. Lo anterior, indica que el individuo es capaz de autoadministrarse estímulos reforzantes positivos o aversivos; así como autocastigo con el que se pretende disminuir la probabilidad del comportamiento, mediante la autopresentación de consecuencias negativas o el retiro de consecuencias positivas.

3.2 Definición de Autocontrol

Goldiamond (1965; como se citó en Rezk, 1976) indica que el autocontrol es cuando el sujeto por sí mismo, fija las condiciones para obtener su propia conducta. Acorde a lo anterior, el autocontrol sería un manejo de contingencias por parte del sujeto con el objetivo de controlar su propio comportamiento

El autocontrol se hace presente cuando una recompensa social es retenida, aumentando la capacidad de tolerancia del individuo; cuando la recompensa no se obtiene, el individuo actúa devaluando esta recompensa basándose en la auto observación de las dimensiones de su desempeño en las situaciones; posteriormente el individuo evalúa los estándares personales y las normas sociales con las cuales su respuesta se verá afectada después de haber evaluado las consecuencias tanto positivas como negativas que puedan ser resultado de dichas acciones (Bandura , 1978).

Existen dos tipos de "locus de control". El locus de control interno se entiende como aquella creencia de que puede lograr comportarse de tal forma que maximice los buenos resultados, con el fin de posponer la gratificación instantánea. Mientras que el locus de control externo se considera como las acciones que realizan las demás personas para poder lograr esta maximización de buenos resultados. Baron, Byrne y Myers (2005, citado en Macías et. Al. 2013)

Con base en lo anterior se retoma la definición de Bandura (1978), de autocontrol que se define como un sistema que permite al individuo aprender de otros, a generar alternativas, que permitan cambiar o regular la propia conducta ante ciertas situaciones que se presenten en el ambiente.

3.3 Estilos de afrontamiento con base al autocontrol

Se definen a las estrategias de afrontamiento como todos aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales encaminados a manejar o tolerar, las demandas tanto internas como externas generadoras de estrés y de emociones negativas (Lazarus y Folkman, 1984; como se citó en Ojeda y Espinosa, 2010).

De acuerdo con lo anterior el afrontamiento puede entenderse como un proceso integral y dinámico con una carga física, emocional y psicológica, al que se recurre con el fin de responder a eventos estresores, disminuyendo la posibilidad de que haya inestabilidad emocional.

En esta línea, también se encuentran diversos estilos de afrontamiento que son entendidos como estrategias que sirven para reencontrar el equilibrio de una persona que vive un evento estresante.

Para dar resolución a esta temática, lo primero que debe hacer el sujeto es una valoración primaria del impacto y del significado del evento, para posteriormente hacer una valoración secundaria que tiene que ver con discernir los recursos que tiene la persona para lidiar con el problema. Lo anterior va acorde con el Modelo de Lazarus y Folkman (1986), en donde dependiendo de la valoración que hace el individuo de sí mismo es la estrategia de afrontamiento que se implementa.

Estas estrategias pueden ser implementadas en dos caminos.

- Orientadas al problema: implica cambiar o controlar aquello que produce estrés, aprendiendo nuevas habilidades, removiendo barreras o generando alternativas de solución
- Orientadas a la emoción que implica buscar la forma de afrontar las emociones que despierta el estresor, buscando apoyo emocional, cambiar esquemas mentales, trabajar en la comparación social.

La presión para consumir drogas o alcohol implica que el individuo tiene la necesidad de poner en práctica estrategias de afrontamiento utilizando variables como lo son: el autocontrol, la asertividad y la autoeficacia. El análisis concreto de la relación de las variables va a permitir diseños de intervención eficaces (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godov, 2003).

El autocontrol es esencial cuando se habla de mantener un consumo moderado de alcohol o drogas, ya que posibilita que el consumo no se vuelva

descontrolado, por el contrario, su ausencia lleva a un consumo excesivo de la sustancia (D'Elío et al., 1996; Kahler et al. 1995; Room, 1989; Satacreu y Froján, 1992; Sterling et al., 1996; Shirffman y Wills, 1985; Wills, 1994: citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003)

Wills (1994: citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003) menciona que la percepción de control de los individuos está íntimamente relacionada con el consumo de drogas. Al igual que D'Elío et al. (1996: citado en López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003) que afirma que la percepción de los individuos de acontecimientos incontrolables aumenta la probabilidad de consumir drogas. Cabe mencionar que de acuerdo a López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy (2003) en su investigación que tuvo como objetivo comprobar si existe relación entre algunas variables de personalidad (autocontrol, asertividad, estilo atribucional para los éxitos, estilo atribucional para los fracasos y autoeficacia) con el consumo de drogas, concluyen que el autocontrol se relaciona de manera inversa con el consumo de las drogas, es decir, mientras más control menos consumo y mientras menos control mayor será el consumo.

El autocontrol podría considerarse uno de los factores de protección contra el alcoholismo más importantes en la actualidad, esto se debe a que la mayoría de las situaciones y factores de riesgo que se le pueden presentar a un individuo estén sujetas a la decisión del individuo de beber o no en las distintas situaciones, lo cual como se expresó con anterioridad se conoce como autocontrol; esto nos lleva a la necesidad de definir el nivel y la presencia de autocontrol en la población de interés, en este caso estudiantes de nivel universitario, así como la manera en que a estos les afecta dependiendo del grado de consumo que tengan.

4. LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

La conducta de consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes está determinada en gran medida por el contexto interpersonal en el que se desenvuelven, ya que es en esta edad donde se pueden llegar a presentar mayores factores de riesgo como se describe en el capítulo 2 del presente trabajo. El hecho de aceptar o rechazar el consumo de alcohol u otras drogas puede estar vinculado con todo un cúmulo de factores que engloban no sólo al propio individuo y sus características personales, sino también a todo lo que acontece en cada uno de los contextos en los que se desarrolla.

La población universitaria es de alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol (Flórez, 2007; Palma, Lannini y Moreno, 2005; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; citado en Albarracín y Muñoz, 2008) debido al fácil acceso y el incremento de situaciones de consumo que se presenta en el ambiente universitario, debido a que el alcohol no es visto como una droga sino como un distractor o diversión.

Los factores de riesgo de la población universitaria son precisamente los cambios culturales, sociales y económicos, el consumo de alcohol puede llegar a tener sus orígenes desde el seno familiar, como en el grupo de amigos y compañeros a edades tempranas.

El abuso del alcohol en los universitarios afecta no sólo a la salud incrementando las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, así como los accidentes de tránsito, las muertes violentas y el contagio de enfermedades sexuales; sino que también se unen dificultades sociales, en los ámbitos académicos, familiares y sociales que causa el abuso en cuestión (Donovan y Olsen, 2007: citado en Albarracín y Muñoz, 2008).

Según Albarracín y Muñoz (2008) los universitarios consumen alcohol debido a que produce una sensación de placer, tranquilidad o incluso exaltación, buscan sentirse mejor y suplir las carencias que poseen a nivel social, afectivo e

intelectual. El fácil acceso a los clubes y bares con el fin de socializar facilita el consumo de alcohol, de cigarro y otras sustancias.

4.1 Impacto del consumo del alcohol en universitarios

El consumo de sustancias adictivas es una de las variables que afectan el rendimiento académico y que están ligadas con el abandono escolar (Dishion, Kavagah, Scheneigar, Neilson & Kaufman, 2002; Wynn. Shulenberg, Maggs & Zucker, 2000: citado en: Caso-Niebla y Hernandez-Guzman, 2007).

En el caso de Botvin, Griffin, Diaz, Scheier, Williams y Epstein (2000: citado en: Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, 2007) que tenían por objetivo determinar si existía una relación entre el consumo de sustancias con el rendimiento académico y el abandono escolar, confirmaron que existe una amplia correlación entre estas variables y los índices de ausentismo; además de que los estudiantes que entran a un programa de consumo de sustancias disminuyen sus índices de ausentismo y mejoran sus calificaciones escolares.

De la misma manera se encuentra una gran relación entre el bajo rendimiento escolar y el consumo de alcohol, y que la percepción de su bajo rendimiento tienden a asociarlo con baja autoestima y bajas expectativas escolares académicas.

4.2 Autocontrol como estrategia de afrontamiento de los universitarios

Puig-Nolasco, Cortaza-Ramírez y Pillón (2011) mencionan que cuando son identificados los factores de riesgo a los que los estudiantes están expuestos, es posible implementar una intervención preventiva que permita reducir los riesgos de futuras conductas de consumo de sustancias adictivas.

Una de las estrategias utilizadas en el tratamiento de diversas adicciones es el entrenamiento en técnicas de autocontrol (Hester, 1995: citado en Valle, 2015). Este tipo de técnicas implica un autoconocimiento por parte de la persona, reconociendo su conducta problema y con eso sea capaz de afrontarla mediante determinadas técnicas.

De acuerdo a lo descrito por Valle (2015), la técnica de autocontrol puede desarrollarse cuando el terapeuta apoya al usuario estableciendo conductas favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. De igual manera el objetivo principal de las técnicas de autocontrol es la autoaplicación de refuerzos o castigos cuando estos sean necesarios.

También dentro de los entrenamientos de autocontrol han cobrado gran importancia los procedimientos en donde se trabaja con las ideas, las creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que las personas tienen de la sustancia, la situación o las consecuencias de las mismas (Oblitas, 2010: citado en Valle, 2015).

Siguiendo lo anterior cabe mencionar que de acuerdo con Carreras (2011), el alcoholismo no sólo debe verse desde la relación que tiene con otros factores del tipo biológicos sociales, etc., sino también debe verse como parte del problema es decir, tratar de modificar la conducta misma de beber.

Carreras, de igual manera describe que desde los orígenes de los métodos utilizados en el tratamiento del alcoholismo, los mismos se han centrado en las capacidades del individuo por regular su propia conducta, y de esta manera que pueda abstenerse de beber en cierta medida.

Por otro lado Carreras en el 2011, refiere que la evolución de los métodos de los tratamientos, se ve en la manera en que se clasifica al alcoholismo, tal es el caso que en los años 40's, se comenzó a ver como una enfermedad y como tal debía tratarse, lo cual dio uno de los primeros pasos hacia un enfoque individual de esta enfermedad, es decir, dar el primer paso en un tratamiento aceptando que esto es una enfermedad o un problema.

Con el paso del tiempo se desarrollaron técnicas que ayudaban al individuo a controlar su forma de beber mediante el aprendizaje de alternativas de estrategias de afrontamiento en situaciones que normalmente llevarían a beber

al individuo, uno de estos proyectos fue el de Sobell y Sobell (1978), denominado éste con un proceso terapéutico del beber controlado.

Cerca de los años 80's comenzaron a surgir vertientes que se centraban en el tema psicológico del alcoholismo, dejando de lado la perspectiva patológica del mismo. Muñoz en 1985, (citado en Carreras, 2011), menciona algunas de las más importantes aportaciones de estas nuevas perspectivas; desde la teoría atribucional de la emoción expresada en los trabajos de Schachter y Singer (1962, citado en Carreras, 2011); la *teoría de factores personales internos* de Bandura (1978, citado en Carreras, 2011), la cual dio el peso en los procesos internos relacionados con el consumo de alcohol, como es la urgencia subjetiva por el consumo del mismo y la pérdida del control.

Posteriormente García en 1993, (como se cita en Carreras, 2011), delimita la importancia de procesos terapéuticos centrados en la asertividad, habilidades de comunicación, entre otros, apoyando la idea del peso de los procesos internos relacionados con el alcoholismo. Posteriormente afirma la importancia de programas de prevención de recaídas, los cuales sostenían como base el entrenamiento en *autocontrol*, que supone el aprendizaje del individuo de la discriminación de situaciones de riesgo, afrontamiento y autorregulación de respuestas emocionales, así como la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.

La posición de un enfoque terapéutico centrado en los procesos internos, como lo son el entrenamiento de autocontrol y la toma de decisiones, de un individuo ha sido utilizada con anterioridad para el tratamiento del alcoholismo y estos a sus vez dan paso a aquellos que previenen las recaídas las cuales pueden estar basadas en el entrenamiento en autocontrol, sin embargo, cabe la posibilidad de que el *autocontrol* pueda ser utilizado como parte del tratamiento del alcoholismo y no sólo se utilice en las fases de mantenimiento de los tratamientos.

Estadísticamente, en México el consumo de alcohol es la cuarta causa de mortalidad (8.4%), ya que implica problemas como cirrosis hepática, lesiones intencionales, accidentes automovilísticos y homicidios.

De acuerdo la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el 2008 (citado en Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012), de todas las personas que consumen en exceso, en un rango de 18 a 65 años, sólo el 5.5% tiene una dependencia, el 18% consumen en demasía, pero sin repercusiones físicas, sociales o psicológicas, a diferencia de otro 6.5% que sí las presenta, y, finalmente, un 70% limitan su ingesta.

Lo anterior, puede tener su origen en la necesidad de proporcionar un placer inmediato y que la mayoría de las veces ocasiona consecuencias a largo plazo indeseables. Las personas difieren en cuanto a la capacidad para tener en cuenta las consecuencias a largo plazo; por ello, unos individuos tendrán una mayor tendencia a la desviación hacia al consumo de sustancias que otros.

De esta forma el nivel de riesgo que se presenta para realizar conductas desviadas tiene que ver con autocontrol (capacidad de regular los impulsos de manera voluntaria); es uno de los aspectos más importantes en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado y por el contrario, su ausencia conlleva un nivel de consumo excesivo.

La población universitaria es de alta vulnerabilidad al consumo de alcohol (Flórez, 2007; Palma, Lannini y Moreno, 2005; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; citado en Albarracín y Muñoz, 2008) debido al fácil acceso y el incremento de situaciones de consumo que se presenta en el ambiente universitario.

El estrés académico afecta variables como el estado emocional, la salud física e incluso puede llegar a afectar las relaciones interpersonales. En muchos casos, el estrés académico trae consigo la necesidad de que los estudiantes adopten una serie de diversas estrategias de afrontamiento, no siempre

adecuadas, las cuales pueden desembocar en conductas de riesgo de consumo.

Por tanto es esencial actuar en la prevención de las adicciones a nivel universitario debido al alto grado de consumo de sustancias como escape del estrés en los estudiantes universitarios. El consumo de sustancias afecta en el rendimiento académico y éste puede llevar a la deserción estudiantil cuando se pierde el control total sobre el consumo, dejando atrás el primer objetivo del universitario, era disminuir el estrés para poder tener una tolerancia más amplia ante las exigencias escolares que se le presentan.

No sólo se verá afectado el ámbito académico, sino también el personal en el cual la persona no sólo modificará su comportamiento habitual con las personas sino también su salud tanto física como mental ya que no tendrá el control sobre las dosis de la sustancia a la que es adicto, ya que la familia suele presentar preocupación por el adicto o incluso puede ocasionar una ruptura familiar.

Por todo lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la influencia del autocontrol en la disminución del estrés y por tanto en los hábitos de consumo de los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

De igual manera se presente evaluar el nivel de eficacia de *Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012) acorde con la disminución del consumo de alcohol de los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Hipótesis

H1: Si el grado de autocontrol de los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala aumenta, los niveles de estrés disminuirán

H2: Si los niveles de estrés disminuyen la incidencia de consumo de alcohol en los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala disminuirán

H3: Si el tratamiento de *Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012) se aplica correctamente, el consumo de alcohol de los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala disminuirá.

MÉTODO

Muestra

La muestra con la que se trabajó fueron diez estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con un rango de edad entre 17 y 24 años y que cursaban algún semestre de la carrera de psicología.

Muestreo

Se utilizó un tipo de muestreo simple, en el que las muestras se seleccionaron de manera intencional, siempre que cumplieran con los requerimientos de consumir alcohol y presentar bajo rendimiento en el semestre anterior al que estaban cursando. Para seleccionar la muestra se aplicó el ASSIST, a personas que se encontraban dentro de las instalaciones de FESI.

Se utilizaron dos instrumentos:

- *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)* la cual tiene por objetivo aplicarla dentro del ámbito de salud en el cual existe un consumo dañino de diversas sustancias y dicho consumo al no ser detectado puede causar un daño mayor; también tiene como objetivo detectar problemas de salud o factores de riesgo en edad temprana, antes de que se generen problemas de salud más graves, y también contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de salud.

Va dirigido a personas que hayan consumido o consuman estas sustancias; se aplica por personal profesional del área de la salud, en este caso, lo aplicaron Psicólogos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Consta de ocho preguntas y tarda alrededor de cinco o diez minutos. En estas preguntas se detecta el consumo de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina,

inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

- *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2012): es una intervención breve que modifica la conducta de los bebedores que tienen problemas para controlarse, motivándolos al cambio de su consumo, sin dejar de ingerirlo, sino más bien disminuyéndolo gradualmente. Este instrumento permitió medir la disminución del consumo y la disminución del estrés.

- *Dentro del Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* se desglosan distintos instrumentos el primero es la *Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)*, esta consta de 15 reactivos los cuales están diseñados para medir la dependencia al alcohol en adultos; el segundo es *Pistas*, el cual consta de 4 ejercicios que tienen como objetivo el determinar el daño orgánico a nivel neurológico en los bebedores; el tercero es el *Cuestionario de Pre-selección*, este tiene la finalidad de determinar si son candidatos para la aplicación del tratamiento descrito en el *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*; el cuarto es una entrevista inicial que ayuda a recabar los datos históricos y antecedentes de su forma de beber y los posibles factores de riesgo que existen en los distintos ámbitos de la vida de una persona; el quinto es la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) que ayuda a recabar datos sobre los últimos ocho meses que se tomo alcohol; el sexto es el Inventario de Confianza Situacional (ICS) que consta de cien reactivos que se dividen en situaciones personales y situaciones grupales; por último un autoregistro que se utilizara para el seguimiento de la semana del participante.

PROCEDIMIENTO

Cada uno de los participantes accedió a participar en la aplicación del ASSIST, de manera independiente, se realizó un primer contacto en el cual se les pidió su ayuda para la realización de la investigación. Se les dio una breve reseña de lo que trata la investigación, acto seguido se le dio a conocer el objetivo de la misma y se estableció un acuerdo previo para ver si las personas accedían a participar.

Ya que se tuvo el consentimiento del participante se inició con la encuesta ASSIST. Se realizó en una zona apartada de la población estudiantil, en un espacio dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Realizada la encuesta, al participante se le dieron los resultados de sus cuestionarios y de ahí, se decidió era candidato a una intervención breve para la disminución en el consumo de alcohol.

La intervención breve tiene como objetivo la disminución en el consumo de alcohol, así como de otorgar herramientas de autocontrol a la persona para que sea un bebedor responsable y aprenda a controlar su consumo en las situaciones que le produzcan sensaciones desagradables; está compuesta de seis sesiones en las que se la persona adquiere la capacidad de autorregularse en cuanto al consumo de alcohol.

Esta intervención consta de 6 sesiones, la primera es la de Admisión, en la que se cita al participantes para que se realice un Cuestionario de Pre-selección, una Entrevista Inicial, una Entrevista Colateral, un Historial de Consumo de Drogas, una escala de Dependencia al Alcohol, una prueba de Pistas A y B, y se le da a firmar una Forma de Consentimiento, todo esto con el fin de recabar información acerca del usuario y de forma general sobre su consumo anterior de drogas, además se le entrega un autoregistro para que él monitoree su consumo.

La segunda sesión, es la de Evaluación Inicial, en la cual se le aplican una serie de pruebas como la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), el Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA), el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), y se le da la Primer Lectura como tarea

Para la tercera sesión, de Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas, ya inicia formalmente con el tratamiento y aquí se aborda la lectura que se le dejó de tarea, se establece una meta de cambio realizando el Ejercicio 1A "Decisión de Cambio", el Ejercicio 1B "Razones para cambiar" y el Ejercicio 1C "Establecimiento de metas", así como la Segunda Lectura.

En la cuarta sesión, denominada Evaluar Situaciones de Alto Riesgo, con base a la Segunda Lectura se realiza el Ejercicio 2 "Situaciones en las que haya tomado alcohol en exceso", ésta con el fin de identificar los activantes consecuencias de su conducta problema y se le entrega de la Tercera Lectura

Para la quinta sesión, de Enfrentarse a sus Problemas, se aborda la Tercera Lectura y se realizan los ejercicios 3A "Opciones y Probables Consecuencias" y el 3B "Planes de Acción", para establecer alternativas en pro de su disminución de alcohol, y se le da entrega del Ejercicio 4 "Nuevo Establecimiento de Metas", el cual se revisa para la sexta sesión, llamada Nuevo Establecimiento de Metas, donde nuevamente se aplica el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) y se programa el seguimiento- el cual es de 1 mes, 3 meses, 6 meses y un año.

RESULTADOS

Resultados de ASSIST

De acuerdo a la prueba ASSIST la mayoría de los usuarios reportan que a lo largo de su vida han consumido tabaco, excepto el usuario B que menciona no haberlo probado. Por otro lado, en el caso de la marihuana solamente el usuario F reporta haberla consumido alguna vez en su vida. Por tanto, el alcohol es la sustancia que más han consumido los usuarios durante su vida, principalmente en eventos como fiestas, reuniones o lugares como antros y bares debido a la amplia accesibilidad que tienen a la sustancia misma.

Sesión de Admisión

Reporte de la entrevista Inicial

De acuerdo a los datos recabados en la entrevista, la mayoría de los usuarios refieren vivir con sus padres, con la excepción del usuario F que menciona vivir en cuarto solo; y que sus padres pueden apoyarlos en la disminución del consumo de alcohol, por otro lado también mencionan que la mayor parte de ellos no han sido arrestados por el consumo del alcohol, ninguno de los usuarios ha sido hospitalizado por tener un consumo elevado, sin embargo lo consideran ya un problema que ha tenido algunas repercusiones negativas en su vida, ya que refieren que no están satisfechos con su vida actual.

Los usuarios mencionan no haber tenido problemas legales (estar encarcelados) por consumir alcohol, ni problemas serios de salud (hospitalizaciones) por consumo excesivo del mismo. Sin embargo, consideran su consumo como un problema debido a repercusiones negativas como consecuencia del mismo consumo.

Sólo dos de los usuarios (C y H) reportan tener un trabajo estable pero no refieren tener problemas dentro de su área laboral por el consumo de alcohol.

Los usuarios refieren haber consumido bebidas alcohólicas de manera excesiva por 2 años, por lo cual todos los usuarios son candidatos para la intervención.

A continuación se presentan los puntajes generales de la Breve Escala de Dependencia de Alcohol (BEDA) por cada uno de los usuarios (Figura 1). Puede observarse que el usuario "H" obtuvo el puntaje más bajo y el usuario "F" el más alto.

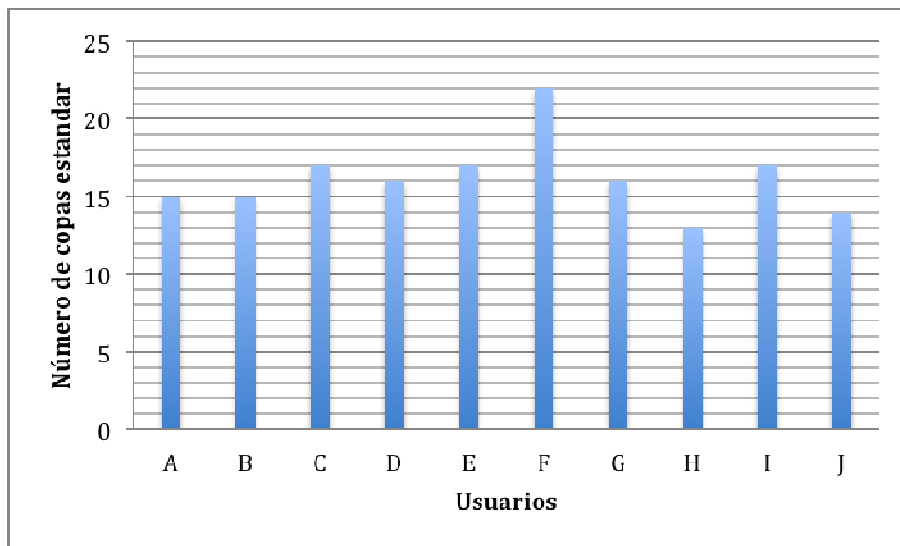


Figura 1: Representación de las puntuaciones de manera individual de cada uno de los usuarios.

Frecuentemente, los usuarios reportan organizar su vida de acuerdo a cuándo y dónde pueden beber, así mismo todos los usuarios reportaron darle en alguna ocasión más importancia a beber en exceso que a su próxima comida, con referencia a esto es posible que el detonante de que algunas veces presenten dificultades para dejar de beber.

Los usuarios afirman estar conscientes la mayor parte del tiempo sobre su manera de beber, el único problema que mencionan es que al iniciar a beber no pueden dejar de hacerlo, la regulación de su manera de beber no es posible debido a las situaciones de riesgo en las que se encuentran expuestos a lo largo del día, tales como es el estrés escolar y la presión social que generan sobre ellos. Así mismo un 80% de los usuarios coincidieron en que olvidan lo ocurrido al día siguiente de haber bebido en exceso.

Sesión de Evaluación

La Línea Base Retrospectiva (LIBARE) otorga una visión general sobre el consumo promedio por usuario dentro de los últimos ocho meses, los días de consumo con las respectivas copas estándar y los días de abstinencia (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Muestra por individuo los resultados de LIBARE

Usuarios	Días de consumo (de 8 meses)	Días de abstinencia (8 meses)	Copas estándar promedio (por día)
A	64	176	17
B	61	179	13
C	60	180	13
D	65	175	15
E	65	175	13
F	69	171	20
G	58	182	14
H	66	174	14
I	64	176	16
J	62	178	13

Los rangos del grupo en general sobre los días de consumo de los usuarios a lo largo de 8 meses fueron 64 días en promedio, con 176 días de abstinencia y

un rango de 832 a 1280 tragos estándar dentro de los últimos ocho meses. El promedio de su consumo mensual es de 112.5 tragos estándar y por día es un mínimo de 14 copas, se encontró que los usuarios tienen un consumo moderado del 9.09%, excesivo del 3.03% y muy excesivo del 15.58%.

Con ayuda del Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA), se logró establecer que los usuarios tienden a beber un 48.33% de las veces cuando tienen emociones desagradables; un 36.66% cuando están en momentos agradables. De la misma manera, en el apartado de "probando el autocontrol" indican beber en un 13.33% de las veces en las que se encuentra a prueba su nivel de autocontrol y un 33.33% cuando sienten la necesidad física. De acuerdo a estos resultados, la mayoría de los usuarios bebe más cuando se encuentran en situación que les generan emociones desagradables que los llevan al estrés o a una sensación de presión.

Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional CCS.

Los resultados del "Cuestionario Breve de Confianza Situacional", son presentados en la Tabla 4, en donde se muestra el porcentaje de cada uno de los usuarios para cada una de las categorías.

Tabla 4.

Tabla de resultados individuales del CCS (inicio del tratamiento).

Usuarios	Emociones desagradables	Necesidad física	Malestar físico	Presión social	Autocontrol
A	60%	70%	65%	80%	75%
B	40%	60%	55%	65%	60%
C	50%	55%	60%	70%	75%
D	55%	75%	70%	65%	65%
E	65%	50%	60%	90%	80%
F	45%	60%	55%	80%	75%
G	50%	60%	50%	85%	60%
H	60%	65%	75%	70%	75%
I	65%	70%	70%	70%	65%
J	60%	55%	60%	75%	70%

Referente al Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), en promedio los usuarios se sienten 55% seguros a no consumir cuando tienen emociones desagradables, un 62% seguro a resistir a no consumir en las categorías de malestar físico y necesidad física, además de que se sienten un 75% seguros de no beber cuando son presionados socialmente y 70% cuando prueban el autocontrol a no consumir.

Primera Sesión de Tratamiento

El apartado de "Decisión de cambio", comprende de 3 ejercicios:

En el ejercicio 1A, en donde se pide al usuario que establezca los costos y beneficios de "*cambiar su forma de beber*", y de "*continuar con su forma de beber*". En cuanto costos y beneficios de cambiar la forma de beber, se encontró que el 100% de los usuarios refieren estar conscientes de las mejoras que habría en su vida a nivel fisiológico, social y económico, al igual que los costos en cuanto cambio de ámbitos, forma de relajarse ante situaciones estresantes y actividades en común que realizan con sus amigos. Por otro lado,

en los costos y beneficios de no dejar de beber se encuentra que un 80% de los usuarios están conscientes de los problemas de salud y los problemas sociales que su forma de beber puede traer, además de un consumo aun mayor del que ya tienen, viendo aún como beneficio el tener como medio de relajación el beber alcohol con sus amigos como beneficio.

En el ejercicio 1B donde se plantean las tres principales razones por la cuales quieren cambiar su forma de beber, se encontró que todos los usuarios coinciden como segunda principal razón, que la disminución de su consumo está directamente asociada a la mejora en su rendimiento académico, y por otro lado de manera general todos los usuarios, con excepción del usuario "D", coinciden en que la disminución de su consumo favorecerá el establecimiento y mantenimiento de las relaciones familiares e interpersonales.

Por último, en esta sesión en el ejercicio 1C, se fijaron metas con cada usuario, en el cual todos los usuarios proponen reducir a un 50% su consumo de alcohol, al igual que acuerdan que solamente beberán en ocasiones especiales como fiestas familiares, donde su consumo puede ser más controlado debido a que se encuentran con sus padres, además de fijar la meta de beber solamente 5 tragos estándar en ocasiones como idas a bares o fiestas de amigos.

Dichas razones y partiendo de los costos y beneficios que obtendría si deja de beber, los usuarios decidieron establecer como meta en el Ejercicio 1C "Establecimiento de metas", disminuir su consumo de alcohol a no más de 5 tragos por día y solamente 2 veces a la semana (que por lo general son jueves y viernes o viernes y sábado), a diferencia de los usuarios G y J, que establecieron la meta a no más de 10 tragos estándar al día y hacerlo por mucho 2 veces por semana.

Segunda Sesión de Tratamiento

En los resultados obtenidos en la segunda sesión, de "Evaluar Situaciones de Alto Riesgo", se les proporcionó una lectura llamada "Montaña del éxito" para poder avanzar a esta sesión. A partir de esto, los usuarios dieron cuenta de sus situaciones de consumo excesivo y los factores que los llevan a esto. A continuación se presentan algunas de estas situaciones como ejemplo, cada una fue consecuencia de situaciones de estrés entre los usuarios:

- Ejemplos de situaciones en los usuarios:

Usuario D "por estar contento, por estar con mis amigos, por estar con mi familia y cuando me estresa demasiado la escuela", "cuando reprobé mi examen",

Usuario G "Cuando mis papás se separaron".

Usuario H "Me sentía triste pues un profesor me dio de baja en una materia".

- Ejemplos de consecuencias inmediatas para esas situaciones se presentaron:

Usuario A "el mareo por beber demasiado rápido".

Usuario D "con mis padres tuve regaño, por un problema que realizó un amigo en mi casa".

Usuario I "me divertí y olvide mis problemas en ese momento", "Me relajaba".

- En cuanto a consecuencias negativas demoradas:

Usuario C "terminar en la casa de mi ex todo borracho y no poder disfrutar el tiempo con uno de mis mejores amigos".

Usuario C "No recordaba absolutamente nada de lo que había hecho el día anterior".

Usuario F "No cumplía con mis tareas o actividades escolares", "No hacer deporte".

Con base a lo anterior los usuarios, pudieron establecer cuáles son los disparadores que los llevan a consumir y/o a consumir en exceso, además de las consecuencias negativas e inmediatas o demoradas que a eso los puedes conducir. De la misma manera de acuerdo a lo reportado por los usuarios, se puede observar en las respuestas de los mismos, que el alcohol en ocasiones es utilizado como medio de escape ante las situaciones estresantes y se mantiene la conducta de consumo debido al refuerzo positivo inmediato que proviene de las consecuencias placenteras disminuyendo el efecto que las consecuencias demoradas traen consigo siendo, por lo general, negativas.

Tercera Sesión de Tratamiento

Los usuarios pudieron establecer planes de acción, con base a la lectura introductoria que se les asignó de tarea:

Usuario F: "dilatarse un poco el tiempo de consumo (entre el momento que llego y mi primera bebida)".

Usuario E: "darle pequeños sorbos y así tomar poco", "llevar poco dinero e intentar no pedir prestado".

Usuario J: "pararme a bailar y después de bailar solamente tomar agua o refresco".

Usuario I: "establecer horarios para salir de la fiesta y de esa manera poder cumplir con mis responsabilidades al otro día".

Usuario I: "tener la posibilidad de pedir tragos sin alcohol".

En esta misma sesión los usuarios debían establecer una meta en el momento, para lo cual se les dieron dos opciones que se dividieron en: A) Dejar de beber y B) Disminuir el consumo. Para lo cual todos los usuarios eligieron la opción de disminuir gradualmente el consumo. Posteriormente se les invitó a analizar para sí mismos sus respuestas a preguntas como: ¿Qué tanto ha cambiado tu forma de beber alcohol?, ¿Aprendiste a identificar las circunstancias que te llevan a beber alcohol el exceso?, ¿Elaboraste planes de acción? Y ¿Qué tan capaz te sientes para llevarlos a cabo?

Cuarta Sesión de Tratamiento

Todos los usuarios se mantuvieron en la decisión de disminuir su consumo, (al inicio del tratamiento) a 5 y 10 (al final del tratamiento). Sin embargo, en su mayoría los días de consumo se mantuvieron ya que establecieron de entre 1 y 2 días a la semana dependiendo del usuario, puntualizando principalmente cumpleaños, eventos familiares y eventos importantes, buscando la abstinencia en los días restantes.

Los usuarios reportan que lograr su meta es muy importante, así mismo la seguridad que sienten para cumplirla tuvo un notable incremento ya que todos los obtuvieron un porcentaje original de 62% de seguridad al finalizar las sesiones obtuvieron un promedio de 91%. Mismo caso que ocurrió con la segunda aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), ya que el promedio general fue de 90% de seguridad de no beber en la categoría de necesidad física, subió de un 60% a un 95% en momentos agradables y en cuanto a malestar físico y emociones desagradables se encontraron entre un 75% y 87.5% respectivamente, por otro lado, presión social subió a un 95% ya que la mayoría de los usuarios reportaron que solamente accederían por presión social si fueran sus amigos y se trata de una fiesta de cumpleaños, y en autocontrol a un 91%. A continuación en la Tabla 5, se presentan los porcentajes elegidos por cada uno de los usuarios, dentro de la última sesión de evaluación.

Tabla 5.

Tabla de resultados individuales del CCS (final del tratamiento).

Usuarios	Emociones desagradables	Necesidad física	Malestar físico	Presión social	Autocontrol
A	89%	95%	75%	85%	95%
B	75%	95%	90%	90%	95%
C	86%	80%	75%	80%	85%
D	79%	95%	65%	75%	80%
E	90%	100%	80%	90%	100%
F	87%	70%	70%	85%	70%
G	88%	100%	80%	90%	95%
H	94%	95%	70%	80%	90%
I	98%	90%	75%	85%	100%

En la Figura 2 se muestra los resultados de la última sesión, que se refieren al consumo de cada uno de los usuarios dentro de las 4 semanas (30 días) de tratamiento, se presentan las siguientes gráficas en donde se puede observar la disminución del consumo de alcohol por cada uno de los usuarios, desde la primera semana de intervención hasta la quinta. Se presentan solamente los días correspondientes a los fines de semana ya que los usuarios coinciden en los días de consumo; algunos solo varían consumiendo un día entre semana y este también se muestra en algunas de las gráficas mencionadas. Esos datos fueron tomados de los autorregistros que fueron llevados por cada uno de los usuarios durante el tratamiento, representados en cuatro gráficas divididas por cada fin de semana, debido a que los resultados arrojaron una coincidencia en el consumo de alcohol de los participantes dentro de los fines de semana, por esa razón se presentan los resultados de esta manera.

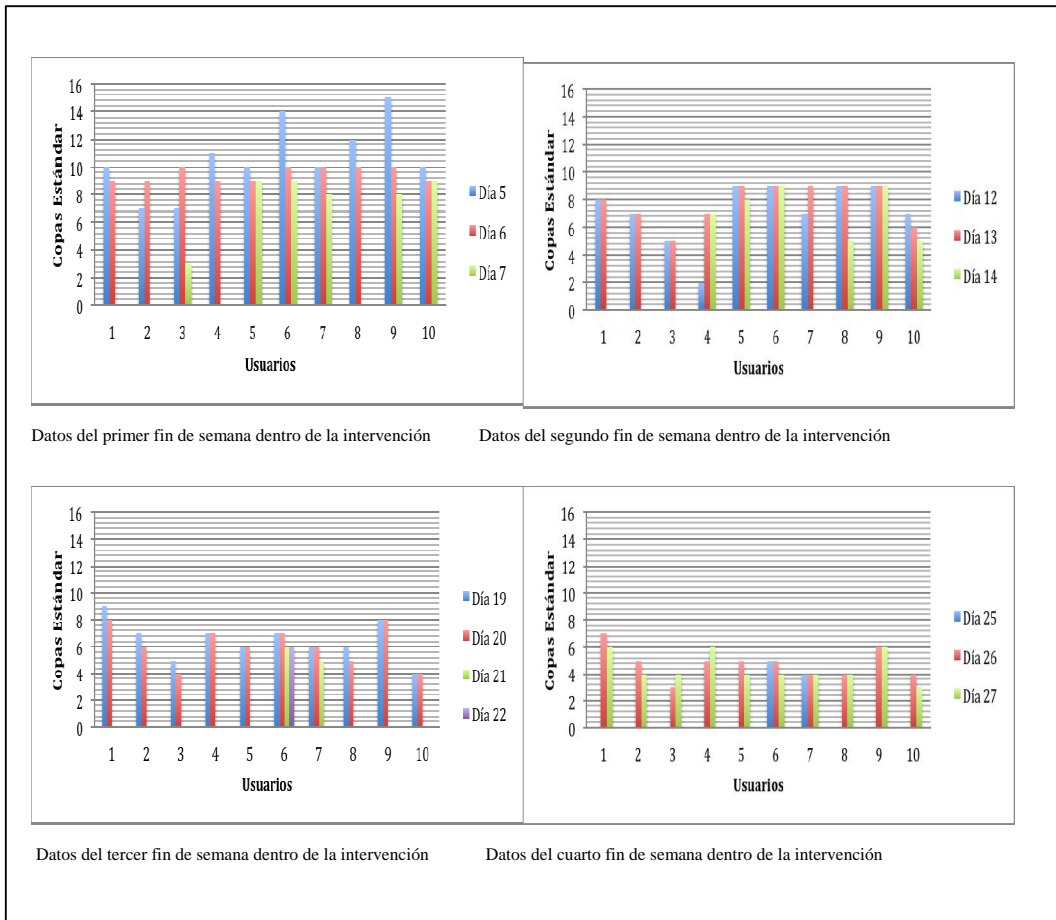


Figura 2. Graficas de resultados sesión por sesión durante el periodo de intervención.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo observado durante la aplicación del “Manual de Detección e Intervención Temprana para Bebedores Problema”, existe una la influencia del autocontrol sobre el nivel de alcoholismo en estudiantes universitarios, ya que a mayor autocontrol menor el grado de alcoholismo.

Dentro de la primera sesión, los usuarios evaluaron las ventajas y desventajas de disminuir su consumo de alcohol, indicando que las tres principales razones por las que ellos querían disminuir su consumo eran mejorar su salud, su rendimiento académico y sus relaciones personales e interpersonales.

Los usuarios se plantearon disminuir su consumo de alcohol a la mitad, reduciéndolo sólo a beber en situaciones especiales como fiestas familiares estableciendo como locus de control la presencia de sus padres y familiares, mostrando así la reducción de la influencia de algunos factores de riesgo como la presión social.

De igual manera considerando los resultados iniciales arrojados por los instrumentos tomados como pre-evaluación y comparándolos con los resultados después de la obtenidos intervención, y en base a lo anterior se puede afirmar que el nivel de autocontrol aumento en los usuarios.

Lo anterior, aunado a la intervención, se asocia al plan de acción diseñado durante la sesión número tres, cuyo objetivo era intentar incrementar la latencia del primer trago, beber despacio, implementar nuevas actividades como bailar y platicar, establecer horarios de entrada y salida de los lugares de consumo, optar por bebidas sin alcohol.

Esto pudiera ayudar a que los sujetos generalicen, es decir, que apliquen, ante otras situaciones lo que aprendieron en esta intervención, y que en otras situaciones estresantes los usuarios desarrollen estrategias de afrontamiento ante la dependencia de alcohol.

Por otro lado, los usuarios afirmaron disminuir los factores de riesgo en las situaciones en las cuales normalmente bebían, esto puede indicar que los usuarios lograron generalizar la capacidad de elección de beber o no dependiendo del ámbito y el contexto en el que se encuentren, disminuyendo la posibilidad de establecer una dependencia emocional, física o psicológica, o incluso manteniéndola en un nivel bajo y más "saludable". Esto también es apoyado por los resultados en la segunda aplicación del CCS, ya que el nivel de seguridad que refieren los usuarios de no beber aumentó en todos los ámbitos incluidos en este cuestionario, ayudando así a que a pesar de que los usuarios se expongan a distintas situaciones agradables o desagradables, controlen su forma de beber, debido a que la necesidad física, presión social, malestar físico, emociones desagradables o agradables y autocontrol, pueden ya no representar un factor de riesgo tan importante.

Se puede concluir con base en los resultados obtenidos, que el Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema puede ser aplicado a distintos tipos de poblaciones, ya que al tener como principal foco de intervención el nivel de motivación y el autocontrol para la disminución del alcoholismo, no es necesario tener un nivel de estudios determinado o pertenecer a un nivel social específico para poder acceder a este tratamiento en sí; esto también puede abrir paso a la versatilidad de la intervención que permite que se ajuste a los objetivos requeridos dentro de la institución en la cual sea aplicado.

Sin embargo, a pesar de los resultados y lo expresado con anterioridad se tendrían que tomar en cuenta sesiones de seguimiento, para conocer si más adelante no habrá un aumento en la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol de uno de los usuarios.

De igual manera, al determinar que se tiene un mayor autocontrol para elegir el beber o no en ciertas circunstancias, deja por tarea determinar si las situaciones que más afectaban a cada uno de los usuarios han dejado de tener tanta influencia en los mismos. Es necesario determinar cuáles son y cuál es su

frecuencia para saber si está ha dejado de detonar el consumo de alcohol en su presencia, y por ende si el tratamiento logro hacer que generalizaran el autocontrol en distintas situaciones

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación, sugieren lo expresado por Carreras (2011), que menciona que el autocontrol como uno de los procesos internos del individuo, es factor que influye en el consumo de alcohol, por lo cual una terapia o tratamiento basado en éstos, puede ayudar a disminuir o extinguir el consumo de sustancias adictivas; sin embargo, afirmar que un procedimiento basado en el autocontrol puede llegar a extinguir la conducta de beber, puede ser muy apresurado, para ello se tendría que desarrollar un instrumento con ese objetivo y probar esta afirmación, ya que el aplicado en este trabajo tiene por objetivo el disminuir el consumo de alcohol y no la extinción del mismo.

De igual manera, los resultados sugieren que es posible brindar un seguimiento como apoyo para alcanzar las metas deseadas por los usuarios, ya que algunos de los participantes no lograron disminuir de manera considerable su consumo, en torno a su meta dentro del autoregistro, lo cual puede deberse no sólo a la falta de tiempo, como ya se había mencionado con anterioridad, sino a las sensaciones y emociones que llevan al usuario a beber alcohol, es posible que el estrés como factor principal de consumo, haya sido una variable influyente en los resultados, ya que utilizaban el alcohol como medio de escape para cada una de las situaciones que les generaba estrés y cabe tener en cuenta que si las principales emociones que llevan al sujeto a consumir alcohol, fueran agradables o desagradables, pueda ocasionar que el tratamiento cumpla su función en menor o mayor medida.

Los resultados positivos dan pauta para que el tratamiento sea tomado en cuenta dentro de las distintas instituciones o proyectos que tengan por objetivo disminuir el consumo de alcohol, evitando cambiar su estilo vida en el que el usuario se desenvuelve.

Considerando las sesiones implementadas dentro del presente trabajo y los resultados obtenidos los participantes de esta investigación mostraron completa disposición hacia el cambio, esto se debe a que desde la primera sesión se mostraron participativos e involucrados dentro de la misma. Por ende se propone estudiar el efecto que el desarrollo de habilidades de afrontamiento tendría en el consumo de alcohol, presumiendo que al establecer nuevas estrategias que le permitan declinar la oferta o intercambiar la actividad, ayudarían a disminuir el consumo de alcohol, para que de esta manera el usuario tenga una libre elección cuando de consumo se trate.

La investigación propuesta permitiría identificar los principales detonantes de consumo de los usuarios; así como los factores cognitivos asociados a ella. Los cuales a su vez, se utilizarían para diseñar las estrategias de afrontamiento de cada uno de los usuarios, permitiendo desarrollar una intervención personalizada y quizá más efectiva para disminuir el consumo de alcohol.

Para poder determinar una propuesta individual es necesario que se conozcan la mayor parte de factores posibles que puedan incidir en el alcoholismo. De esta manera se sugiere que en otra ocasión se realice un trabajo con el objetivo, determinar si el "Manual de Detección Temprana e Intervención Para Bebedores Problema" tiene el mismo alcance en diferentes contextos educativos a nivel universitario, con diferencias religiosas, socioeconómicas y ubicación de las mismas.

Esto se llevará a cabo con el fin de encontrar las diferencias de la aceptación de la intervención, y a su vez determinar cuáles son los factores que influyen más en la forma de beber de la población de las distintas instituciones y definir si los factores de creencias religiosas, posición económica, y ubicación demográfica son determinantes en la aplicación del tratamiento del "Manual de Detección Temprana e Intervención Para Bebedores Problema".

De acuerdo con Muñoz-Rivas (1998, como se citó en; Martínez, Trujillo y Robles, 2006), los distintos ámbitos personales pueden llegar a ser determinantes en la manera de consumo de cada individuo, entre estos se encuentran los psicológicos, los familiares, sociales, y ambientales (comunidad, escuela, etcetera), cuya importancia se determina en la forma en que cada individuo se desempeña en cada una de ellas. Un autor que apoya esta idea es Díaz et al. (2008), que además de concordar con los factores mencionados por Muñoz-Rivas (1998; como se citó en; Martínez, Trujillo y Robles, 2006) agrega uno, que es el nivel socioeconómico.

Los autores Mora- Ríos y Natera (2001), difieren en la idea de la manera en que una persona puede estar inmersa en una adicción ya que mencionan que según las creencias y el grado de conocimientos sobre los posibles riesgos de una adicción, la persona es quien decide iniciar con el consumo de alguna sustancia adictiva. Esto difiere de alguna manera con lo expresado por Muñoz-Rivas (1998; citado en: Martínez, Trujillo y Robles, 2006) y Díaz et al. (2008), ya que ellos relacionan el consumo de alcohol con los distintos factores de cada persona, como el contexto, ambiente donde se desarrollan, es decir, la salud, la escuela, la familia, etc.

REFERENCIAS

- Ana Sarasa-Renedo, Luis, Sordo, G Molist, J Hoyos, AM Guitart, & G Barrio. Revista Española de Salud Pública (2014). *Revista Española de Salud Pública*. España 88 (4), 469-491.
- Albarracín, M & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *LIBERABIT*. Lima, Perú, 14. 49-61.
- Alcántara, A., Cuétara, C., Pérez, J. & Pulido, M. (2011) Consumo de drogas y alcohol en universidades privadas de dos ciudades mexicanas
- Arias, Rodrigo Duque (2005) . Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *DIVERSITAS* Vol 1(2). Universidad de Santo Tomas . pp- .138-147.
http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_2.pdf
- Bandura, A. (1978). The Self System in Reciprocal Determinism. *American Psychocogist*. Stanford University.33. 4.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1987). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Becoña, E. (2002). Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias. *Universidad de Santiago de Compostela*. Madrid.
- Berrío, Nathaly & Marzo, Rodrigo. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología*. Universidad de Antioquia. 3, 2. 65-82
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v3n2/v3n2a6.pdf>

Berrios-Martos, M.; Pulido-Martos, M.; Augusto-Landa, J. & López-Zafra, E. (2012). *La inteligencia emocional y el sentido del humor como variables predictoras del bienestar subjetivo. Vol 20 (1). Behavioral Psychology/ Psicología Conductual. España. pp. 211-227.*

Berruecos, L. (2007). Las bebidas indígenas fermentadas y los patrones de consumo de alcohol de los grupos étnicos. *El Cotidiano*. 22,146. Pp. 5-11.

Caldera, M., Pulido, C. & Martínez, G. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo*. Guadalajara, México. 7, 77-88.

Carreras, A. (2011). Intervenciones en el consumo de alcohol: De los grupos de autoayuda a la regulación de la propia conducta. ¿Métodos complementarios o antagónicos?. *Clínica contemporánea*. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. 2, 3. 249-269.

Caso-Niebla, J. & Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 39 (3). Bogotá. Colombia. Pp. 487-501.

Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud mental*, 31(4), 271-282

Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas (ENA, 2011). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz (INPRFM). Secretaria de Salud.

México

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Reporte de Alcohol. Secretaria de Salud. México.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

Espada, J. & Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17.

García-Ros, R.; Pérez-González, F.; Pérez-Blasco, J. & Natividad, L. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol. 44 (2). Valencia. España. Pp.143-154

Hernández, N. & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. España: IEPCCM.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

López-Torrecillas, F.; Peralta, I.; Muñoz-Rivas, M. & Godoy, J. (2003) Autocontrol y consumo de drogas. *Revista Adicciones*. 15, 2. 127-136.

Luengo, M.; Romero, E.; Gómez, J.; Guerra, A. & Lence, M. (2000). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. España: Universidad de Santiago de Compostela.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés

psicológico. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia, 30, 1, pp. 123-145.

Martín, I (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*, 25, 89-99.

Martínez, J. Trujillo, H. & Robles, L. (2006). Factores de Riesgo, Protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: Implicaciones para la prevención. Dirección General para la Drogodependencias y Adicciones. Andalucía España.
http://www.dipgra.es/documentos/representaciones_sociales.pdf

Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 43, 2, 89-96.

Ojeda, G. & Espinosa, G (2010). Afrontamiento y Autocontrol en Adolescentes Michoacanos: Evaluando su Alternativa de ¿Migrar o no Migrar?. *Revista Interamericana de Psicología*. Universidad Iberoamericana, México, DF. 44, 1. 168-175

Ortega Villalobos, Joel. (1999) Estrés y Trabajo. México.
http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.html

Polaino, A.; Cabanyes, J. & Del Pozo, A. (2003). Fundamentos de psicología de la personalidad. España: Gráficas Anzos.

Puig, A., Cortaza, L. & Cristina, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes Mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19. 714-721.

Pulido, R. M., Serrano, S. M., Valdés, C. E., Chávez, M. M., Hidalgo, M. P. & Vera, G. F. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 21, 1. Pp 31-37.

- Putwain, D. (2007). Researching academic stress and anxiety in students: some methodological considerations. *British Educational Research Journal* 33 (2), 207-219
- Resk, M. (1976). Autocontrol: Nociones básicas e Investigación fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 8, 3, pp 389-397.
- Rodríguez, T; Rodríguez, C & Pérez, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. Cuba : Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- Rodriguez, A. (2010). Estilos de afrontamiento y autocontrol en drogodependientes. Mendoza: Universidad del aconcagua. Facultad de psicología.
- Skinner, B.F. (1970). Tecnología de la enseñanza. EDIT NCL. Nueva york.*
- Tolentino, A. (2005). Perfil del estrés académico en alumnos de licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la Escuela Superior de Actopan. México, Tesis, "Que para obtener el título en Licenciado en psicología. cap. 3.
- Velazquez, M.; Arellanez, J. & Martínez A. (2012) Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*. 15, 1. 131-141.
- Wills, T. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 233-234.

Nombre de archivo: TESIS sin
Directorio: F:
Plantilla: C:\Users\Ruben\AppData\Roaming\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Isabel
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 22/06/2016 16:11:00
Cambio número: 2
Guardado el: 22/06/2016 16:11:00
Guardado por: Usuario
Tiempo de edición: 3 minutos
Impreso el: 22/06/2016 16:16:00
Última impresión completa
Número de páginas: 69
Número de palabras: 15,834 (aprox.)
Número de caracteres:87,090 (aprox.)