



FHyCS

Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TRABAJO DE CAMPO CON PROYECTO FINAL

TEMA:

“NIVELES DE CONSUMO ASOCIADOS A LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL PRESENTE EN LOS ADOLESCENTES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD ABORIGEN YASI TATARETA DEL BARRIO LOTE O MUNICIPAL DE LA LOCALIDAD DE FRAILE PINTADO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018”



AUTORA: TUPIERI, YESICA FABIANA

DIRECTOR: LIC. BEJARANO, IGNACIO

-2021-

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer al profesor Bejarano Ignacio por haber aceptado ser el director de mi tesis y haberme brindado su conocimiento y aprobando la conclusión del mismo.

También quiero agradecer enormemente al Lic. Carrillo Rafael; quien no solo me brindó su conocimiento; sino también su tiempo y apoyo en todo este proceso que en ciertos momentos se han tornado difíciles.

A la comunidad Yasi Tatareta que me han recibido desde el primer momento y colaborado con mi trabajo.

Por último, pero no menos importante agradecer a mi familia; especialmente a mi hija Martina, por la comprensión en ciertos momentos y a mis padres; Rosa y Vicente que sin el esfuerzo de ellos no hubiera sido posible transcurrir mis estudios en la universidad.

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
Formulación del Problema.....	9
OBJETIVOS.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
HIPÓTESIS.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
Pueblos Originarios y Comunidades Aborígenes.....	11
Salud y Adolescencia.....	12
Adolescencia	13
Definición de alcohol.....	14
Definición de bebidas alcohólicas	15
Consumo de alcohol.....	15
Consumo experimental de alcohó.....	15
Ambiente Familiar.....	18
Educación para la Salud.....	19
Promoción de la Salud.....	20
ANTECEDENTES.....	21
METODOLOGÍA.....	29
Universo y Muestra.....	31
RESULTADOS.....	33
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	33
Descripción de la Población por Sexo.....	33
Descripción de la Población por Edad.....	33
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES.....	36
Autopercepción.....	36

Tipos de Familia.....	34
Soporte Económico.....	34
DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	36
Consumo de alcohol en la comunidad.....	36
Consumo de alcohol en la población por Sexo.....	36
RELACIONES SOCIALES DE CONSUMO.....	37
Frecuencia de relaciones de consumo.....	37
Consumo de alcohol en la actualidad.....	37
DESCRIPCIÓN DE FRECUENCIAS DE CONSUMO.....	38
Frecuencia de consumo en la comunidad.....	38
Frecuencia de consumo diario.....	39
Sentimiento de culpa o remordimiento.....	40
DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO POR CONSUMO DE ALCOHOL.....	41
Consecuencias del consumo.....	41
Sugerencias o consejos.....	41
CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE CONSUMO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.....	42
Niveles de consumo.....	42
Clasificación de Niveles de Consumo por Sexo.....	42
Niveles de Consumo en la población.....	42
Niveles de Consumo en la población por Sexo.....	43
Cantidad y Frecuencia por Sexo.....	44
Signos de Dependencia por Sexo.....	44
Consumo Problemático por Sexo.....	45
Niveles de consumo por Sexo.....	45
Nivel de Riesgo.....	47

Significancia entre Consumo y Sexo.....	47
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIÓN.....	53
PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	54
INTRIDUCCIÓN.....	55
JUSTIFICACIÓN.....	57
OBJETIVO GENERAL.....	58
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	58
MODELOS DE INTERVENCIÓN.....	58
FACTORES PROTECTORES.....	59
RECURSOS	62
EVALUACIÓN.....	62

TEMA:

“NIVELES DE CONSUMO ASOCIADOS A LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL PRESENTE EN LOS ADOLESCENTES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD ABORIGEN YASI TATARETA DEL BARRIO LOTE O MUNICIPAL DE LA LOCALIDAD DE FRAILE PINTADO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018”

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la localidad de Fraile Pintado, departamento Ledesma, provincia de Jujuy, República Argentina en una comunidad aborigen, de origen ava guaraní, denominada Yasi Tataretá, su nombre significa “Las Estrellas” y cuenta con una población de 270 familias censadas en el lugar, su domicilio legal se encuentra en el Barrio Loteo Municipal Mza. 1 L^o4 de dicha localidad.

Se abordaron cuestiones como las problemáticas que se presentan en la etapa adolescente, por ejemplo, una de ellas, el consumo excesivo de alcohol que se puede observar comúnmente en la población afectando la salud de los adolescentes de entre 12 y 19 años de la comunidad ava guaraní.

El consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias nocivas a la salud fue incrementando en los adolescentes en los últimos años, como así también los embarazos adolescentes no planificados y adquisición de enfermedades de transmisión sexual. Estas son algunas de las problemáticas que se presentan en la etapa adolescente y por eso es importante abordarlas porque como

consecuencias traen aparejados daños a corto, mediano y largo plazo y en muchos casos daños irreparables.

En este trabajo se pretende demostrar la vulnerabilidad de la población adolescente en cuanto a esta problemática, determinar niveles dentro del consumo de alcohol identificando así un consumo riesgoso y perjudicial, como así también poder identificar qué porcentaje de la población en estudio se encuentra padeciendo una dependencia.

Para poder obtener estos resultados el trabajo se posiciona y parte desde un paradigma hipotético deductivo con la aplicación del método cuantitativo a través de la recolección de datos por encuestas y estadística.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Fraile Pintado es una ciudad ubicada a 65 km. lineales al noreste de la capital de la provincia de Jujuy, con la cual se comunica principalmente a través de la ruta nacional N°34 y un ramal del Ferrocarril General Belgrano, tanto la ruta como el ferrocarril conectan con las relativamente cercanas ciudades de San Pedro de Jujuy y Libertador General San Martín. Fraile Pintado pertenece al departamento Ledesma y cuenta con 22 barrios y con una aproximación de veintidós mil habitantes¹.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en uno de sus barrios que cuenta con una población adolescente de 60 individuos, considerando además su entorno familiar y social, los cuales pertenecen a una comunidad guaraní que recibe el nombre de Comunidad "YASI TATARETA" que significa LAS ESTRELLAS. Dicha comunidad fija su domicilio en el barrio Loteo Municipal, Mza 1, L°4 de la localidad de Fraile Pintado, departamento Ledesma, provincia de Jujuy, República Argentina.

Se fundó el día 22 de mayo del año 2007 contando desde entonces con las siguientes autoridades:

Mburubicha (Presidenta): Carmen Corzo.

¹ Municipalidad de Fraile Pintado (2018). Fraile por Barrios. Publicación de la Municipalidad de Fraile Pintado, Dpto. Ledesma, Prov. de Jujuy.

MburubichaRay (Vice Presidenta): Elena Andrés

Concejo de Jóvenes: Lorenzo Diego

Concejo de Ancianos: Malus Gregoria; Vega Aurelia; Gumersindo Ricardo; Romero Santa y Ugarte Leandro

En el domicilio se llevan actividades y eventos desde que se fundó, manteniendo el compromiso de preservar el legado de sus ancestros y continuar luchando por todo el pueblo guaraní. Cuenta con 270 familias censadas y además funciona allí una copa de leche denominada “GENTA SAMBIARETA” que significa MUCHOS NIÑOS y que tiene como función principal brindar merienda a los chicos que asisten. Cuenta con una capacidad de ochenta chicos incluyendo niños y adolescentes, abarcando así las edades de entre los dos y diecisiete años².

Se trabaja los días lunes, miércoles y viernes de cada semana en el horario de 15:00 a 19:00 Hs. aproximadamente y funciona, a decir de los actores sociales, a fuerza de “*pulmón*” debido a que son las personas que lo integran las que lo sacan adelante mediante la venta de pan casero, empanadas, etc., con el fin de recaudar fondos para preparar la merienda para los chicos que asisten y así poder solventar los gastos. El barrio en donde se encuentra ubicada la comunidad guaraní, es un barrio periférico que nació como producto de un asentamiento fuertemente demandado por la necesidad de las familias en adquirir un terreno o vivienda en el año 2004.

Actualmente la situación del barrio, se encuentra atravesada por diversas problemáticas que afectan a los adolescentes y están fuertemente afirmadas por los mismos vecinos e integrantes de la comunidad ava guaraní. Se entiende a estas problemáticas como acontecimientos vitales negativos, dificultades, deficiencias ambientales o también como un estrés familiar y personal, insuficiencia de apoyo social o escasez de recursos o cualquier otra situación que dificulte el entorno y el desarrollo de los adolescentes de manera productiva.

² Datos obtenidos por la autora en el mes de marzo de 2018 mediante entrevista realizada a la Mburubicha Carmen Corzo

Se puede observar claramente el consumo de alcohol, como una práctica común entre los adolescentes que se fue incrementando en los últimos años y que no solo se practica en los grupos de pares sino también en la mayoría de los casos con la familia, por eso se afirma que el consumo de alcohol se considera cada vez más común y como una práctica social, naturalizando así su consumo. El consumo de alcohol emerge a su vez como una necesidad que debe ser atendida y abordada, en este caso desde la Educación para la Salud considerando así la importancia de esta disciplina como fundamental en nuestras vidas ya que nos brinda las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida en nuestra comunidad y destaca la importancia de trabajar en un espacio de encuentro ya constituido con relaciones preestablecidas.

Es importante abordar esta problemática desde la Educación para la Salud porque la mayoría de las decisiones no saludables que se toman en la etapa de la adolescencia pueden repercutir negativamente en la vida de las personas con consecuencias a corto, mediano y largo plazo, poniendo en riesgo la presencia de un adulto enfermo.

Las conductas de los adolescentes traerán potencialmente consecuencias y riesgos desencadenantes para su salud como ser accidentes, productos de manejar bajos los efectos del alcohol, embarazos no planificados, debido a la actividad sexual a temprana edad, falta de información a métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, bajo rendimiento escolar, aislamiento, peleas y lesiones producto de la violencia, entre otras consecuencias.

A partir de estas consideraciones surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo incide el consumo de alcohol en la salud de la población estudiada?
- ¿Cuáles son las enfermedades prevalentes en la población en estudio?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los niveles de consumo asociados a la problemática del consumo de alcohol presente en los adolescentes residentes en la comunidad aborigen Yasi Tatareta del Barrio Loteo Municipal de la localidad de Fraile Pintado en el primer semestre del año 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General

- ▣ Determinar el nivel de riesgo del consumo de alcohol en la población de adolescentes de la comunidad Yasi Tatareta de la localidad de Fraile Pintado.

Con formato: Color de fuente: Automático, Sin Tachado

Con formato: Color de fuente: Negro, Sin Tachado

Con formato: Color de fuente: Negro, Sin Tachado

Con formato: Color de fuente: Automático, Sin Tachado

Objetivos Específicos

- ▣ Describir el consumo de alcohol presente en los adolescentes residentes en la comunidad aborigen Yasi Tatareta.
- ▣ Calcular y clasificar el nivel de consumo presente en los adolescentes de la comunidad.
- ▣ Establecer el riesgo en relación al consumo de alcohol y los niveles de consumo en los adolescentes de la comunidad aborigen Yasi Tatareta.

Con formato: Color de fuente: Negro, Sin Tachado

Con formato: Color de fuente: Negro, Sin Tachado

Con formato: Color de fuente: Negro, Sin Tachado

- Establecer estrategias de abordaje en la comunidad en torno al consumo problemático de alcohol en los adolescentes de la comunidad aborigen Yasi Tatareta.

HIPÓTESIS

En la comunidad Yasi Tatareta de la localidad de Fraile Pintado existe mayor probabilidad de tener un consumo riesgoso de alcohol según el sexo

Hipótesis nula

En la comunidad Yasi Tatareta de la localidad de Fraile Pintado No existe mayor probabilidad de tener un consumo riesgoso de alcohol según el sexo.

MARCO TEÓRICO

En reiteradas ocasiones el término Pueblos Indígenas y Comunidades Aborígenes se consideran sinónimos, o se aplican otros conceptos para identificarlos como, por ejemplo: grupos étnicos, comunidades nativas etc.

No hay acuerdo general sobre una definición. El más común es la definición formulada por José Martínez Cobo en su estudio del problema de la discriminación contra poblaciones indígenas, en su informe plantea lo siguiente:

“las comunidades, la gente y las naciones indígenas son las que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades pre-coloniales se han desarrollado en sus territorios, considerándose a sí mismos distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios, o en partes de ellos. Forman actualmente sectores no-dominantes de sociedad y están determinados a preservar,

*desarrollar y transmitir a las generaciones futuras esos territorios ancestrales y su identidad étnica, como la base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas legislativos*³

Aparte de este concepto, existen un número de factores vistos como reveladores que define e identifica su continuidad histórica.

*“una continuidad histórica puede consistir en la continuación, por un período extendido que alcanza al presente, de uno o más de los factores siguientes: (1) ocupación de tierras ancestrales, o por lo menos una parte de ellas; (2) ascendencia común con los habitantes originales de estas tierras; (3) cultura general, o en manifestaciones específicas, (4) lengua; (5) residencia en ciertas partes del país, o en ciertas regiones del mundo; (6) otros factores relevantes”*⁴.

La autoidentificación como indígena también se considera como un elemental sobre una base individual, una persona indígena es aquella que se autoidentifica con el pueblo al que pertenece (sentido de grupo) y es reconocida y aceptada por el grupo como uno de sus miembros (aceptación del grupo). Ello reivindica para el pueblo indígena el derecho y el poder de decidir quién pertenece al grupo, sin interferencias externas.

Salud y Adolescencia

A lo largo de la historia se han formulado diversas definiciones con respecto al término salud. Es lógico que, si el concepto de salud fue modificándose a lo largo de la historia, todo lo que en ese campo influye y abarca, también se modifica, debido a la propia necesidad de adaptarse y

³Cobo, Martínez José. 1971. “*Estudio del problema de la discriminación contra poblaciones indígenas*”. Volumen V, conclusiones, propuestas y recomendaciones. ONU, doc. Núm. E/CN.4/Sub 2

⁴Cobo, Martínez José. (1971). “*Estudio del problema de la discriminación contra poblaciones indígenas*”. Volumen V, conclusiones, propuestas y recomendaciones. ONU, doc. Núm. E/CN.4/Sub 2

actualizarse con respecto a las condiciones que el nuevo término ofrece y de cierta manera impone.

Anteriormente se dejaba en claro que surgieron diversos conceptos con respecto al término salud, tres de muchos de ellos fueron por ejemplo el que sostiene la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) que definió a la “salud” como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo como ausencia de enfermedad⁵.

En 1977 se reformula e incorpora a esta definición el concepto de “equidad” y el ideal de salud era debido a la capacidad de cada persona para producir económica y socialmente⁶.

Otra definición que logró formularse sostenía que la salud era la capacidad de adaptación al medio y de funcionar en las mejores condiciones en ese medio⁷.

Podemos observar entonces que la salud es susceptible de múltiples interpretaciones de acuerdo con las expectativas que cada individuo establece en relación al contexto y al grupo que pertenece y por supuesto en el momento histórico en el que vive. Estas algunas definiciones no son más que producto y consecuencias de los complejos procesos económicos, políticos, sociales, culturales, religiosos, tecnológicos, etc., por los cuales atraviesa una sociedad.

Adolescencia

La etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia.

La adolescencia es, en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno. Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que se inicia a una edad específica a raíz de las modificaciones hormonales. La

⁵O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (1946). *“Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Glosario de Promoción de la Salud”*. Ministerio de Sanidad. Madrid.

⁶ O. M. S. (Organización Mundial de la Salud). (1981). Salud 21. *“Estrategia Mundial de Salud Para todos en el año 2000”*. Ministerio de Sanidad. Madrid.

⁷ Terris, Milton. (1992). *“Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública”*. Organización Panamericana de la Salud.

adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto⁸.

La Organización Mundial de la Salud considera la adolescencia como un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 24⁹.

Cuando hablamos de la etapa de la adolescencia, estamos hablando de una serie fundamental de cambios tanto psicológicos como físicos. Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal hacia el consumo de bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas y otras sustancias nocivas.

Entonces el adolescente pasa a estar expuesto a diversas problemáticas debido a los diferentes factores de riesgos que se hacen presentes, tanto a nivel personal, como conducta y comportamiento individual que realiza, a nivel social y los factores de riesgos que se presentan en el ámbito familiar. Entendiendo por factor de riesgo, en epidemiología, a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor¹⁰.

Definición de alcohol

“En terminología química los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o

⁸Pérez, Porto Julián, Merino María. (2008). “Definición de adolescencia”. <https://definicion.de/adolescencia>

⁹O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (2000). “La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad”. Informe Salud para todos en el año 2000. Pág. 12

¹⁰García, Miguel F. (1998). “Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actúa”. Centro de Salud Alameda. Madrid Atención Primaria, 22, 585-595.

varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. (Organización Mundial de la Salud [OMS.1994])”

El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. Su liposolubilidad es unas 30 veces menor que su hidro solubilidad. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez, 2001).

Además, es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Una bebida estándar equivale a 0.6 onzas de etanol puro. Una bebida estándar se considera 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte (un "shot") como el tequila, el ron, el vodka o el whisky (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2013).

Bebidas alcohólicas

Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Las bebidas alcohólicas se clasifican de acuerdo al proceso de preparación al que se sometan (OMS, 1994). Fermentación. Consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos (Vino, cerveza, champán). Destilación. Es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico (Vermut, whisky, coñac, ron, ginebra, vodka).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5%

aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%.

Consumo experimental de alcohol

Se considera las primeras veces que se consumen bebidas alcohólicas. El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe, la cirrosis hepática y la pancreatitis. A menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo.¹¹

El alcohol también causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión.¹²

Las consecuencias que se producen por el consumo excesivo de alcohol también pueden producir las lesiones por accidentes de tráfico y también de peatones, las caídas y los problemas laborales. Estos riesgos se asocian con el patrón de bebida que se consume y con la cantidad de la misma.

En los últimos años el consumo de alcohol fue incrementando y a edades tempranas afectando principalmente a adolescentes.

En México el alcohol es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos jóvenes, especialmente entre

¹¹ Babor, Thomas F.; Higgins-Biddle, John C.; Saunders, John B.; Monteiro, Maristela G.(2001). *“Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria”*. WHO/MSD/MSB/01. 6ª Original: inglés. Distribución: General.

¹² Babor, Thomas F.; Higgins-Biddle, John C.; Saunders, John B.; Monteiro, Maristela G.(2001). *“Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria”*. WHO/MSD/MSB/01. 6ª Original: inglés. Distribución: General

aquellos en edad de recibir una educación universitaria o superior esta información es proveniente de la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente, muestra que 71.3% de los jóvenes en este grupo de edad (18-29 años) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida mientras que el 52.5% lo ha hecho al menos una vez durante el último mes. En la Ciudad de México se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos terceras partes de los hombres entre los 18-29 años de edad consume regularmente bebidas alcohólicas.

Por ejemplo, en los Estados Unidos el consumo de alcohol y sus complicaciones entre los estudiantes de educación superior ha sido identificado por el gobierno federal como un problema de salud pública mayor y como el principal problema de salud que aqueja a las universidades. Se ha estimado que el consumo de bebidas alcohólicas en las instituciones de educación superior de ese país puede relacionarse anualmente con la muerte de 1.400 estudiantes, 500.000 lesiones, 600.000 agresiones físicas y 70.000 agresiones sexuales. Aún más, debido a que se ha observado que la prevalencia del consumo de alcohol y problemas relacionados es generalmente mayor en los estudiantes universitarios que entre los jóvenes de la misma edad que no son estudiantes.¹³

Entre las variables que podrían explicar esta problemática estarían las sociodemográficas como ser el sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo de los padres, estado civil, lugar de residencia, etc. Así como también se puede hablar de variables ambientales y culturales propias del contexto universitario que facilitarían y promoverían el consumo excesivo de alcohol que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que desemboca en complicaciones físicas y/o psicológicas las mismas desencadenan accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol, cirrosis hepática, etc.

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación,

¹³ Martínez, Díaz Alejandro; Martínez, Díaz Rosa L.; Hernández, Carlos A.; Robles, Ávila José Narro; Fernández, Varela Héctor; Torres, Solís Cuauhtémoc. (2008). *“Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgos en estudiantes universitarios de primer ingreso”*. Salud Mental; 31:271-282.

consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.¹⁴

En el presente trabajo se aplica un test para poder identificar el consumo de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia en cuanto al alcohol. El mismo es denominado Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), y fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están

El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El *consumo de riesgo*, es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El *consumo perjudicial*, se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

La *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras

¹⁴ Babor, Thomas F.; Higgins-Biddle, John C.; Saunders, John B.; Monteiro, Maristela G.(2001). "Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria". WHO/MSD/MSB/01. 6ª Original: inglés. Distribución: General.

actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.¹⁵

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales.

Ambiente familiar

El ambiente familiar, los estilos de crianza, creencias y mitos, clima familiar, conflictos, capacidad de recuperación de los periodos de crisis, percepción parental del consumo de alcohol y otras drogas, entre otros factores, al parecer pueden determinar la proclividad a ciertos factores de riesgo adolescente o juvenil; o por el contrario, pueden contribuir al empoderamiento psicológico, emocional, conductual y desarrollo de una buena calidad de vínculos paternos del sistema familiar y social.

La familia es el primer núcleo educativo, su ambiente media el aprendizaje y desarrollo de sus miembros. Es importante el rol de la familia en el proceso de aprendizaje ya que ésta es el primer núcleo en el que se desarrolla e interactúa una persona, por tanto, es el primer espacio en el que se le brinda al niño los primeros aprendizajes, por ende, la familia cumple un papel importante en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Con respecto a la conceptualización de familia es difícil dar una definición, debido a las dinámicas familiares emergentes en el contexto actual de la sociedad. En este sentido se puede afirmar que paulatinamente han ido surgiendo nuevas tipologías familiares¹⁶.

La familia cumple un rol protagónico en la educación de los niños y niñas es un principio indiscutible. Y es que este grupo social determina en gran medida las normas, valores y tradiciones de la cultura de la cual formamos parte. Por ende, en la familia ocurren implícita y sutilmente aprendizajes a

¹⁵ Martínez, Díaz Alejandro; Martínez, Díaz Rosa L.; Hernández, Carlos A.; Robles, Ávila José Narro; Fernández, Varela Héctor; Torres, Solís Cuauhtémoc. (2008). *“Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgos en estudiantes universitarios de primer ingreso”*. Salud Mental; 31:271-282.

¹⁶Gallego, Henao A. (2012). *“Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características”*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte.

través de actividades y relaciones que si bien, no tienen una evidente intención de enseñar, pero producen aprendizajes.

Educación para la Salud.

El concepto de Educación para la Salud fue modificándose a través del tiempo a medida en que el concepto de salud también variaba, una definición de este término es la que postula la O.M.S. cuando afirma que la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad¹⁷.

La carta de Ottawa para la promoción de la salud establece que la Educación para la Salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla, de modo que, cualquier persona o colectivo debe poder discernir y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su entorno o adaptarse a él¹⁸.

Durante las últimas décadas muchos autores han conceptualizado la Educación para la Salud y en todas ellas se puede identificar a grandes rasgos que se enfocan en un mismo objetivo que no es más que el poder modificar, cambiar en un sentido positivo los conocimientos, las actitudes y los comportamientos que las personas tienen con respecto a la salud, tanto en un sentido individual como grupal y a nivel poblacional.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud, lineamiento que ha sido definido como esencial en documentos internacionales como la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la salud¹, involucra necesariamente la participación social y la acción intersectorial para su logro:

¹⁷ OMS (1978). “*Atención Primaria en salud. Informe*”. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Geneva

¹⁸OMS (Organización Mundial de la Salud). (1986). “*Carta para la Promoción de la Salud*”. Ottawa. Canadá.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (...) Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica (...) acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud (...)” Es decir que, “la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.¹⁹

ANTECEDENTES

Se toma como antecedente el trabajo de investigación de Martínez, Díaz Alejandro y colaboradores quienes investigaron la “Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgos en estudiantes universitarios de primer ingreso”.

En México, el alcohol es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos jóvenes. Información proveniente de la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente muestra que más de 50% de los jóvenes entre los 18-29 años ha consumido bebidas alcohólicas al menos una vez durante el último mes. En la Ciudad de México se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos terceras partes de los hombres entre 18-29 años de edad consume regularmente bebidas alcohólicas. Durante los últimos años, el consumo de bebidas alcohólicas se ha venido incrementando importantemente entre los jóvenes mexicanos de ambos sexos en edad de recibir una educación superior. A nivel internacional, la bibliografía sugiere que la población estudiantil de los centros de educación superior es un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de problemas por consumo de alcohol. En México, aunque se desconoce si los estudiantes de

¹⁹ Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. (1986). “*Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*”. Ottawa. Canadá

educación superior son un grupo de mayor riesgo para estos abusos, algunas encuestas y reportes sugieren que los problemas por consumo de alcohol tienen una importancia creciente. En cuanto al consumo de alcohol que excede los niveles seguros para la salud (≥ 2 bebidas estándar al día en las mujeres o ≥ 3 bebidas estándar al día en los hombres), el Observatorio Mexicano del Alcohol y Drogas describió que en el año 2002 el consumo de cinco o más copas por ocasión de consumo afecta a tres de cinco hombres y a una de cinco mujeres. Aunque problemas metodológicos y sesgos de selección potenciales en estas encuestas dificultan su interpretación, sus resultados sugieren que el consumo de alcohol, particularmente el consumo riesgoso y potencialmente dañino, es común entre los estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

El consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA) se sitúa en un continuum de severidad y se define como un patrón de consumo de bebidas embriagantes que colocan al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que desemboca en francas complicaciones físicas y/o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol, cirrosis hepática, etc.). De acuerdo a los reportes de la bibliografía internacional, este es el primer estudio publicado sobre la prevalencia de consumo peligroso y dañino de alcohol en estudiantes universitarios en América Latina.²⁰

Se toma como antecedente el trabajo de investigación de Vega Leticia y colaboradores, quienes investigaron el “Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México”²¹.

En México la importancia de las culturas étnicas para comprender la gravedad del consumo de alcohol y de sus consecuencias ha sido destacada por reportes de investigación de carácter antropológico que buscan comprender la ingesta de alcohol. Un ejemplo es el estudio realizado en una

²⁰ Martínez, Díaz Alejandro; Martínez, Díaz Rosa L.; Hernández, Carlos A.; Robles, Ávila José Narro; Fernández, Varela Héctor; Torres, Solís Cuauhtémoc. (2008). “Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgos en estudiantes universitarios de primer ingreso”. *Salud Mental*; 31:271-282.

²¹Vega, L., Rendón, A., Gutiérrez, R., Villatoro, J., Vargas, A., Juárez, A., Severiano, E., Sánchez, V., Trejo, S. (2015). “Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México”. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones; México, D.F.

comunidad indígena asentada en San Cristóbal de las Casas, en Chiapas, México (OPS, 2006).

En esta investigación se hicieron entrevistas a profundidad a un total de 16 indígenas, así como observaciones directas de sus contextos de desarrollo. Los principales resultados muestran que el alcoholismo crónico es considerado al interior de la cultura local, una enfermedad conocida con el nombre de tsokia kuy. El significado en su conjunto es el de enfermedad del árbol sin razón, perdido, sin coherencia, sin forma.

El consumo es calificado como alcoholismo cuando el individuo transgrede normas culturales socialmente establecidas. En la comunidad de los informantes existe la creencia de que la ingesta exagerada de alcohol la origina un parásito conocido como lombriz, el cual se hospeda en el cuerpo, específicamente en el estómago; este parásito es adquirido por mediación de maleficios, producto de la envidia de terceros. Además, el consumo en el pueblo es favorecido por los compromisos comunitarios en los que están obligados a beber alcohol; negarse a ello, significaría cerrarse las puertas a uno mismo.

La mayoría de entrevistados, o conocidos de ellos se iniciaron en la ingesta de alcohol a una edad promedio de 15 años, afirmando que se les dio “sólo para probar”, “en alguna fiesta”, “por insistencia de los amigos”, “para darse valor”, “para formar parte del grupo”, “por compromiso”, etc. Dentro de la comunidad en estudio, las personas que están o han estado involucradas en el consumo de alcohol, han sufrido intoxicación, deshidratación, alucinaciones y muerte. También han sido víctimas o ejecutores de asaltos, accidentes, violencia en el hogar, etc.

La importancia de conocer e incluir a las culturas indígenas para comprender, prevenir y atender el consumo de alcohol y de otras sustancias, comenzó a ser reconocida por distintas instituciones gubernamentales mexicanas en la primera década del siglo XXI.

Uno de los primeros logros al buscar incorporar las culturas indígenas cristalizó al crearse la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, en el año 2002. Esta dirección promovió un modelo intercultural en

salud, el cual reconoce la importancia de las culturas indígenas en el proceso salud-enfermedad-atención, promoviendo la inclusión de las culturas médicas indígenas o medicinas tradicionales. Otro ejemplo de inclusión de las culturas indígenas es la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en el año 2006, con base en el Sistema de Consulta Indígena.

Los principales resultados reconocen una estigmatización social y cultural de los indígenas, visible hasta hoy en el tema del alcoholismo, así como la pérdida de las costumbres, el idioma, las creencias y las formas de organización, a causa del alcoholismo.

También reconoce que una persona alcohólica es aquella que reacciona de manera agresiva; es insatisfecha, imprudente, intolerante e hiperactiva, incapaz de controlar el consumo de la sustancia. El uso ritual del alcohol no es el problema, el problema es el abuso del consumo de alcohol. El uso terapéutico está plenamente justificado en la medicina tradicional, esta usa el alcohol como conservador o curativo, antiséptico y desinfectante, aperitivo o estimulante del apetito.

Las posibilidades de multiplicar la inclusión de las culturas indígenas en la comprensión del consumo de alcohol, se han incrementado notablemente al ratificar el estado mexicano una serie de medidas y políticas que a nivel internacional han sido acordadas para enfrentar el abuso de alcohol en los pueblos indígenas, y que en conjunto conforman un contexto favorable para respetar e incluir a las culturas indígenas en todos los asuntos que afecten su salud. En este contexto destacan los convenios internacionales de los cuales México forma parte, como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales, así como la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas.

Estos instrumentos destacan el tema de la salud, por ejemplo el Convenio 169 de la OIT (1989), establece en sus artículos 24 y 25, que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna (art.24), y que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos

interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (art. 25).

Particularmente importante para el tema del alcoholismo es la Cuarta Conferencia Restablezcamos el Espíritu del Mundo, que, con la participación de indígenas de todo el mundo, destacó la distinción que hay entre el uso culturalmente aceptado de las bebidas alcohólicas presente por siglos y el abuso de estas sustancias generado en las condiciones de la colonización y la dominación.

También destacan la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Resolución CD37.R5 (1993) y la Resolución CD40R6 (1997) de la OPS/OMS (1993), pero, sobre todo, los avances jurídicos nacionales que ayudan a facilitar la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud.

Además, el contexto favorable a la inclusión cultural, se enriqueció en México, a partir del año 2001, ya que desde entonces se reconoce constitucionalmente como una nación pluricultural, lo cual significa que el Estado mexicano asume que las comunidades indígenas tienen derecho a preservar y enriquecer sus conocimientos, lenguas, tradiciones y culturas. Desde entonces comenzó a ser común la promoción del respeto y mejora del conocimiento e inclusión de las culturas indígenas en todos los asuntos que les afecten.

De hecho, en México se han elaborado leyes generales para dar pauta a las obligaciones gubernamentales que buscan proteger los derechos de las poblaciones indígenas, a saber:

De estas leyes conviene destacar que la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, instituye un Consejo Consultivo como órgano de consulta y vinculación corresponsable entre los pueblos indígenas, el Estado y la sociedad en su conjunto.

El Consejo Consultivo es un órgano colegiado y plural, cuya función sustantiva consiste en entablar un diálogo constructivo e incluyente con los

pueblos indígenas. Por mandato de ley, el Consejo Consultivo está integrado mayoritariamente por indígenas y su objetivo es analizar, opinar y hacer propuestas a la Junta de Gobierno y al director general de la Comisión, sobre las políticas, programas y acciones públicas para el desarrollo de los pueblos indígenas.

El Consejo Consultivo en el año 2005, formuló varias recomendaciones y propuestas, entre las que destacan la ejecución de un programa nacional de atención al alcoholismo en grupos indígenas, la elaboración y difusión de videos y programas radiofónicos contra el alcoholismo y la preparación de la XI Semana Nacional del Alcoholismo “Compartiendo esfuerzos”, dedicada a los pueblos indígenas. Posteriormente el Grupo de Trabajo Salud, Nutrición y Medicina Tradicional del Consejo Consultivo, propuso el diseño y realización de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas.

En este sentido, el Plan Nacional de Salud 2007-2012 ha propuesto que la Secretaría de Salud incorpore procesos para validar y promover las medicinas complementarias; lo cual implica reconocer que existen diversos tipos de medicinas, algunas con una eficacia ancestralmente probada. Semejante reconocimiento fortalece el enfoque intercultural en la atención a la salud, es decir, el proceso de comunicación en relaciones de convivencia de dos o más grupos culturales que manifiestan características y posiciones diversas, en donde se promueven condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, con escucha, comprensión mutua y sinergia (Rodríguez et al., 2012, p.69).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (citado en Rodríguez et al., 2012), “la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades, no se trata

- Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de imponer, de avasallar, sino de concertar...” (p.70). Por otro lado,

la población indígena en el Distrito Federal cuenta con las siguientes leyes y programas para garantizar las condiciones de igualdad:

La conjugación de todo lo anterior, abona en favor de la adopción del enfoque intercultural en la atención de los problemas de salud de los pueblos indígenas y con ello, aflora la necesidad de estudiar lo que éstos dicen acerca del consumo de alcohol, lo cual resulta fundamental para promover el autodesarrollo y la participación comunitaria e individual al máximo posible en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención de la salud.

También se toma como antecedente el trabajo de investigación de Ortiz Cochancela, Darío Rubén y colaboradores, quienes investigaron “Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón El Pangui y Centinela del Cóndor de la provincia de Zamora Chinchipe”²².

La presente investigación denominada consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón El Pangui y Centinela de Cóndor de la provincia de Zamora Chinchipe, fue realizada con la finalidad de poder conocer en qué medida los adolescentes realizan este acto, ya que es una problemática de toda nuestra sociedad, siendo uno de los factores principales de muerte y conflictos personales a nivel mundial.

El presente trabajo de investigación trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y de corte transversal, el instrumento que se aplicó fue una encuesta semi estructurada, tomando como referencia la encuesta de la secretaria técnica de drogas con modificaciones en sus variables.

La muestra comprendió 412 estudiantes, donde se evidenció un elevado consumo de alcohol o algún tipo de sustancias psicoactivas. La mayoría de los estudiantes en estudio consumen alcohol o algún tipo de sustancia psicoactiva, siendo el de mayor prevalencia el alcohol, seguido de marihuana, inhalantes y pasta base, donde se evidenció que el consumo de alcohol se inicia por curiosidad, produciendo o manteniendo el consumo ya sea por problemas de

²²Puertas Azanza, Ana Catalina; Ortiz Cochancela, Rubén Darío. (2016). “Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón El Pangui y Centinela del Cóndor de la provincia de Zamora Chinchipe”. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17304>

tipo familiar, presión o aceptación en grupo de pares y conflictos interpersonales.

De la misma manera se apreció que el consumo de alcohol es similar tanto en hombres como en mujeres presentando una mayor prevalencia de inicio de consumo de esta sustancia a los 13 y 14 años correspondientemente, referente a sustancias psicoactivas el consumo es mayor en hombres y las edades de inicio de consumo van desde los 12 años y varían según el tipo de sustancia.

Considerando la nacionalidad shuar se evidenció que el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas es mayoritario en hombres a excepción de las drogas vegetales donde se observó que las mujeres presentan un consumo mayor.

Otro trabajo de investigación que se toma como antecedente es el de Thomas F. Babor y colaboradores quienes desarrollaron el “Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol”

Este manual presenta el AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4).

Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del screening de alcohol y la popularidad internacional

del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica. Este manual va dirigido

principalmente para personal sanitario, pero otros profesionales que se encuentren ante personas con problemas relacionados con el alcohol también pueden encontrarlo útil.

Está diseñado para su uso junto con un documento complementario que proporciona información sobre los procedimientos de intervención precoz, y que lleva por título «La Intervención breve para el consumo perjudicial o de riesgo: Un Manual para Uso en Atención Primaria». Juntos, estos manuales describen una aproximación detallada del screening y la intervención breve para los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria de Salud.

METODOLOGÍA

La presente investigación se basará en un paradigma positivista. Los paradigmas son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica²³.

El uso de métodos y técnicas cuantitativas que aplica el paradigma hipotético deductivo (también llamado paradigma positivista) en las ciencias sociales, propone probar modelos teóricos sobre una realidad social, mencionando datos sobre el grado en que se establecen entre las relaciones²⁴.

²³Kuhn, Thomas Samuel. (1986). *“La estructura de las revoluciones científicas”*. Fondo de Cultura Económica

²⁴Bryman, A. (1984). *“El debate sobre la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: ¿Una pregunta de método o epistemología?”*. British Journal of Sociology.

Para este trabajo pretendemos determinar niveles sobre el consumo de alcohol que nos permita identificar sobre la población en estudio, una cantidad y frecuencia, una dependencia de alcohol y un consumo problemático como así también establecer el riesgo de consumo en relación a los niveles en los adolescentes de la comunidad ava guaraní.

Para el positivismo una estructura es algo descriptivo y estático, describe los datos empíricos encontrados que son parte de la realidad social.

El presente trabajo de investigación forma parte del proyecto denominado “Niveles de consumo asociados a la problemática del consumo de alcohol presente en los adolescentes residentes en la comunidad aborígen Yasi tatareta del barrio loteo municipal de la localidad de fraile pintado en el primer semestre del año 2018” con un enfoque de tipo cuantitativo, ya que recoge datos y pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva.

A través de la recolección de datos mediante la aplicación de encuestas, se aplica un test denominado Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, (*AUDIT*) que fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También ayuda a la identificación de un consumo riesgoso, signos de dependencia y un consumo problemático. Este instrumento consiste de diez preguntas que demuestra la frecuencia e intensidad del consumo de bebidas alcohólicas.

Su validez y confiabilidad también se han establecido en poblaciones diversas que incluye a la población estudiantil universitaria en diversas partes del mundo debido a que fue utilizado para otros trabajos de investigación que buscan identificar el consumo riesgoso de alcohol.

En el test las tres primeras preguntas hacen referencia a la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol. Las que siguen hasta la pregunta seis demuestran síntomas de la dependencia al alcohol, mientras que las preguntas siete hasta la diez exploran las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol. Cada pregunta tiene de tres a cinco posibles respuestas. Cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos. La

sumatoria de los puntos de cada respuesta da un puntaje total con un máximo posible de 40 puntos.

En general se considera que puntajes de ocho o más puntos indican la presencia del Consumo Riesgoso de Alcohol.

En general, una puntuación igual o mayor a uno en la pregunta dos o la pregunta tres indicaría un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de cero en las preguntas cuatro hasta la seis (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas siete hasta la diez indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Entonces aplicando este test se puede identificar cantidad y frecuencia, signos de dependencia, así como el daño y riesgo presentes en los individuos estableciendo un consumo problemático.

Una vez definido los niveles de consumo se recurre a establecer el riesgo presente en los integrantes de la comunidad ava guaraní aplicando una prueba estadística, la razón de momio (RM), razón de probabilidades o en inglés, odds ratio (OR), ésta es una medida estadística utilizada en estudio epidemiológico transversal y de caso control que permite establecer el riesgo a partir de los valores establecidos.

Un resultado >1 se clasificaría como un factor protector de acuerdo al evento que se presenta o se estudia, si éste valor se posiciona por encima de 1, este factor cambia y se presenta como un factor de riesgo en cuanto al evento en estudio.

Por último, para establecer la relación entre el sexo y poseer o no consumo riesgoso de alcohol, se realizará la prueba de chi cuadrado de Parsons, esta prueba se utilizará para poner en evidencia si la hipótesis planteada es válida o no. Con un $p < 0.05$ para establecer su significancia se podrá establecer las probabilidades, por debajo de su valor establecido se considera que no existe relación para considerar una hipótesis válida, por encima de su valor se presentaría la aceptación de la hipótesis nula.

Universo y muestra

Uno de los aspectos centrales de la estrategia metodológica cuantitativa es la determinación de la población o grupo en que el estudio será realizado.

Siguiendo una definición universo es la totalidad de individuos, elementos o unidades, en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada, observada o medida²⁵.

De acuerdo a esta definición el universo del presente trabajo son los integrantes de la comunidad aborígen Yasi Tataretá de la localidad de Fraile Pintado, departamento Ledesma, provincia de Jujuy, en el cual se cuenta con 270 familias, 80 son niños y adolescentes que asisten tres veces por semana al merendero, el resto se encuentra trabajando dentro de la comunidad como así también en ámbitos externos.

Debido a la cantidad de personas se dificulta trabajar con la totalidad de familias, es por eso que se acude a la selección de una muestra, entendiéndose a ésta como el subconjunto o parte del universo, población que se llevará a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo²⁶.

La muestra quedará definida de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la misma. Aplicando las técnicas de recolección de datos por encuestas.

- Edad de los adolescentes dentro de los 12 años a 19 años.
- Consentimiento informado, firmado por los representantes legales.
- Regular asistencia los días en que funciona el merendero.
- Presencia de consumo de sustancias.
- Como criterios de exclusión se tomará a los adolescentes que no quisieron participar y a los que no asisten con regularidad al merendero.

²⁵Fayad, Camel V. (1974). *“Estadística Médica Y De Salud Pública”*. Universidad De Los Andes, Mérida - Venezuela

²⁶Fayad, Camel V. (1974). *“Estadística Médica Y De Salud Pública”*. Universidad De Los Andes, Mérida - Venezuela

De acuerdo a estos criterios la muestra quedará concretada.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Sexo	N	%
Masculino	33	55
Femenino	27	45
Total	60	100

Tabla 1. Descripción de la población por sexo

Edad	N	%
------	---	---

Comentario [1]: Las tablas tienen que contener valores que los uses en el cuerpo o que sirvan para tu explicación. Por eso saque las frecuencias acumuladas, reemplace frecuencia por n y use el símbolo de porcentaje. Las tablas no se encuentran trabajadas, sugiero continuar con el formato aplicado a las tablas 1 y 2

14	1	1,7
15	3	5
16	16	26,7
17	8	13,3
18	16	26,7
19	9	15
20	4	6,7
21	2	3,3
23	1	1,7
<hr/>		
Total	60	100

Tabla 2. Descripción de la población por edad

La distribución por sexo en la población de la comunidad Yasi Tataretá (tabla 1) para este estudio contó con un 45% de mujeres (n=27) y con un 55% de varones (n=33). En lo que refiere a la distribución por grupos de edad en la comunidad (tabla 2) se observó que el rango de edad comprendió entre los 14 años a 23 años de edad presentando el mayor número entre los 16 y 18 años de edad.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES

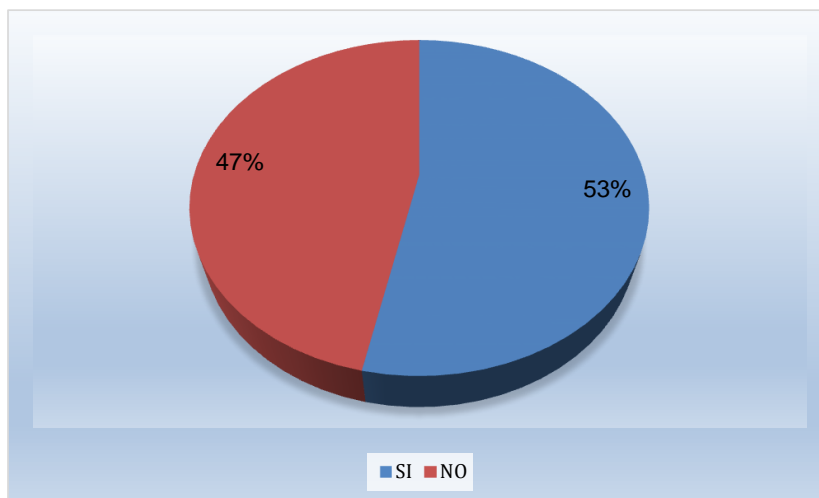


Gráfico 1. Auto-percepción

En el gráfico 1 se observa la autopercepción por parte de los miembros de la comunidad Yasi Tatareta en la cual se evidencia que el 53,3% de la población se adscribe perteneciente a una comunidad originaria.

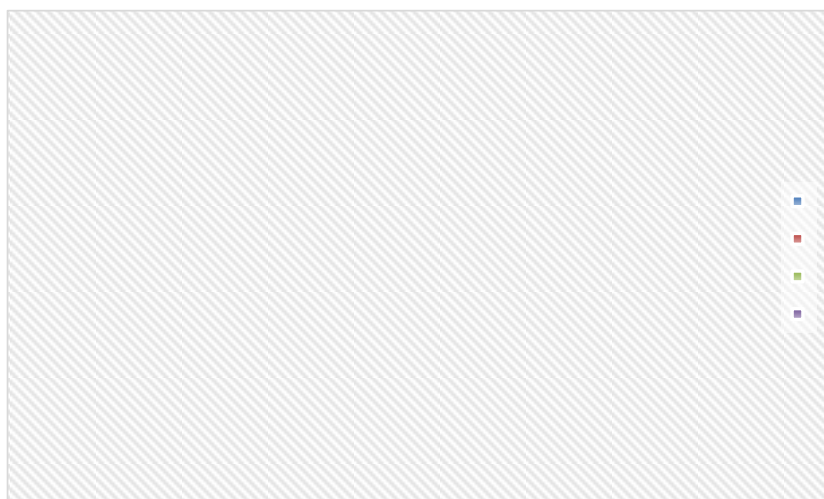


Gráfico 2. Tipos de familia

En el gráfico 2 se observa las características familiares de la población en cuanto al tipo de familia que constituyen, el 40% pertenece a una familia tipo, mientras que el 28,3% es parte de una familia extensa, esta es el tipo de familia que se constituye por una familia tipo más otros integrantes familiares como se abuelos, tíos, primos. El tipo de familia que le sigue es la familia compuesta con el 26,7% de la población, es decir aquella que está conformada por un núcleo conyugal primario. El siguiente tipo de familia es la familia monoparental representada en el 5% de la población, es aquella que está compuesta por un uno de los progenitores y sus hijos.

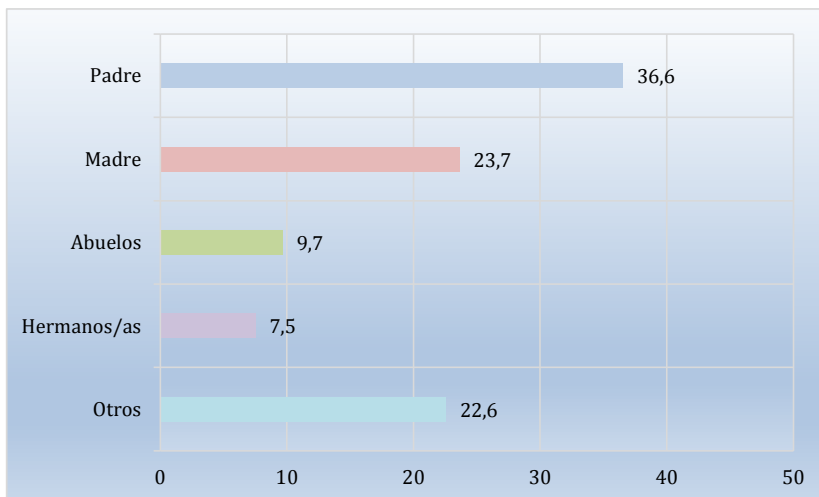
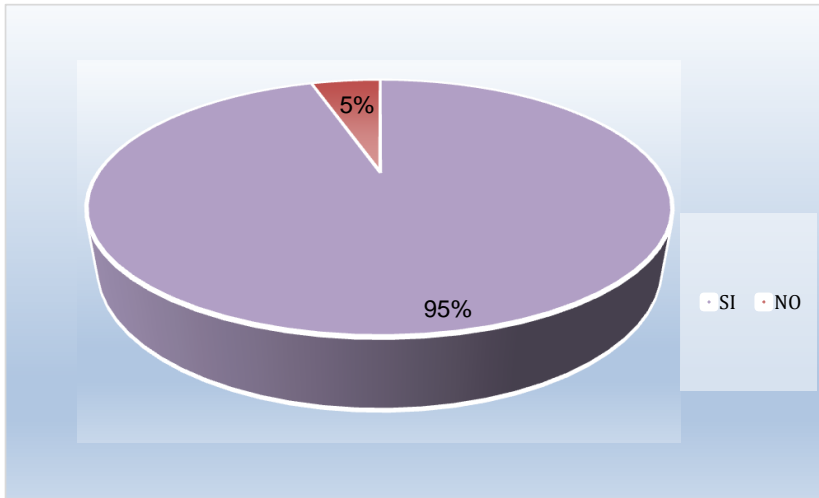


Gráfico 3. Soporte económico familiar

En el gráfico 3 se muestra el soporte económico familiar, es decir quiénes son los que aportan financieramente en el hogar de cada encuestado. Por empezar se observa que el 36,6% en sus hogares aportan económicamente los padres. El porcentaje para los hogares donde económicamente aportan las madres es del 23,7%, un 22,6% pertenece al aporte que realizan Otros y en cuanto al aporte que realizan los abuelos y hermanos/as es del 9,7% para la clasificación primera y del 7,5% para la segunda.



DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Gráfico 3. Consumo de alcohol en la comunidad

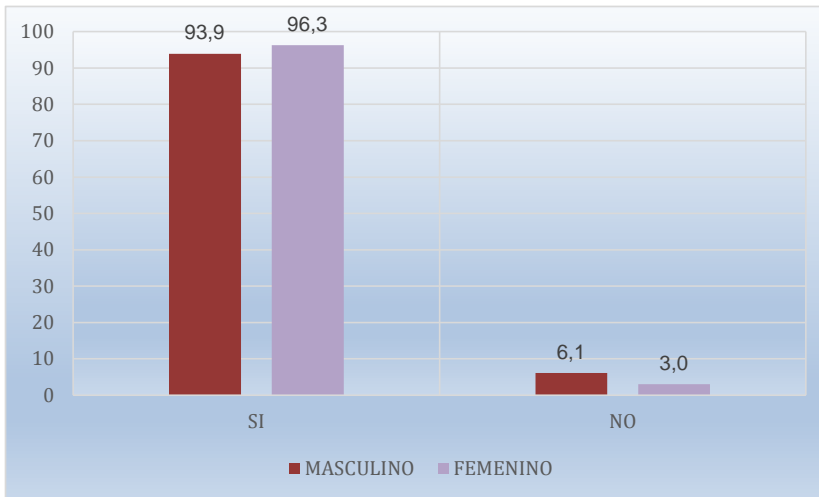


Gráfico 4. Consumo de alcohol en la población por sexo

Comentario [2]: Gráficos, valores del eje de la y no deben superar el 100% dado que siempre hacemos alusión a un total de población y no a una acumulación porcentual.

También establecer si se trabajara con mayúscula o la primera con mayúscula solamente .

Porcentaje con 0 o sin ¿? Tiene que ser para todos los casos
Ejemplo

100,0 o 100.

5,0 o 5

En el gráfico 4 se presenta la frecuencia de consumo de alcohol en la población Yasi Tatareta en la cual el 95% de la población manifiesta que consume alcohol de forma regular.

Cuando establecemos la frecuencia de consumo de alcohol por sexo (grafico 5) se evidencia la misma tendencia que se observa de forma general. En particular el consumo de alcohol en varones fue del 93,9%. El consumo de alcohol en mujeres fue del 96,3%.

RELACIONES SOCIALES DE CONSUMO

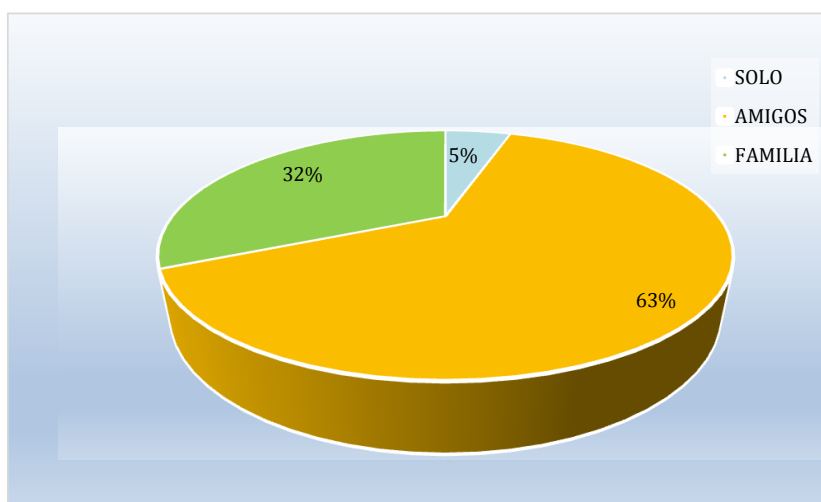


Gráfico 5. Frecuencia de relaciones de consumo

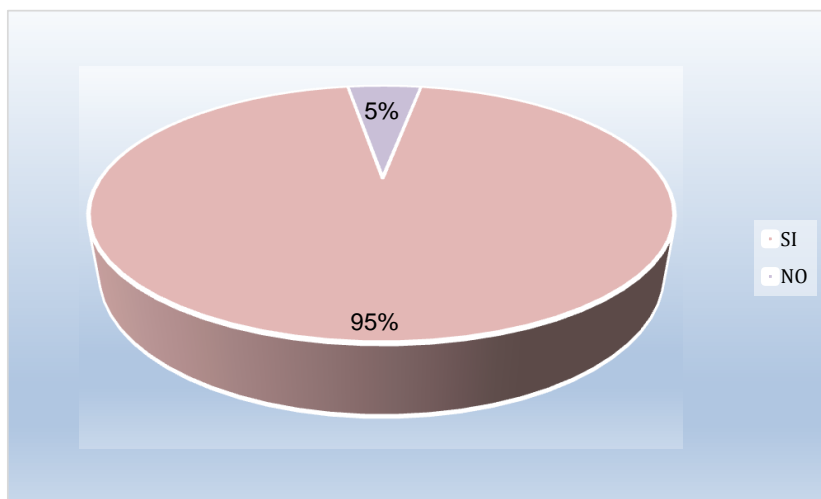
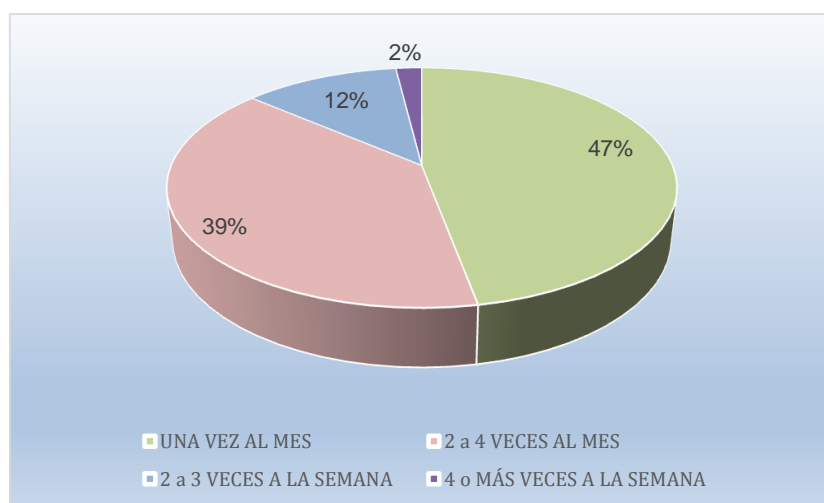


Gráfico 6. Consumo de alcohol en la actualidad

Los gráficos 5 y 6 se refieren a las relaciones de consumo que se dan en los adolescentes de la comunidad Yasi Tataretá. En el gráfico 5 se presenta la frecuencia de las relaciones de consumo, en el cual el 63% de la población

manifestó haber consumido por primera vez alcohol con su grupo de amigos, mientras que el 32% de la población en estudio, indicó haber consumido por primera vez alcohol con su entorno familiar. El 5% restante indicó que la primera vez que consumió alcohol lo hizo estando solo.

En cuanto al consumo de alcohol en la actualidad (gráfico 6) el 95% de la población afirmó que continúa con el consumo de alcohol de manera regular.



DESCRIPCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCO

HOL

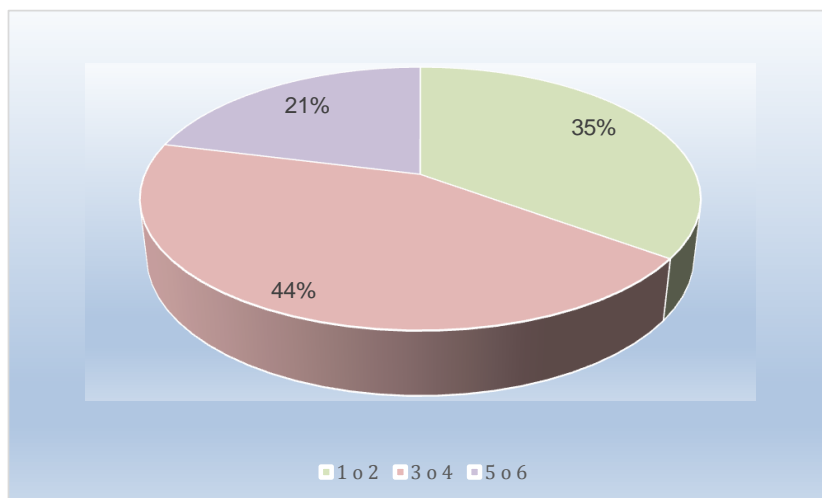


Gráfico 7. Frecuencia de consumo de alcohol en la comunidad

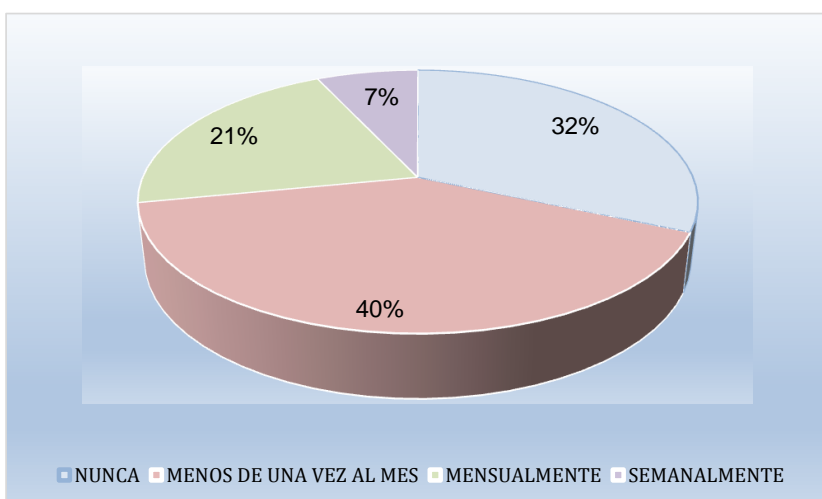


Gráfico 8. Frecuencia de consumo diario

Gráfico 9. Consumo de seis o más bebidas en un día

Los gráficos 7, 8 y 9 evidencian la frecuencia de consumo de alcohol por mes, por semana y por día. En el gráfico 7 se proclama que el 47% de la población en estudio consume alcohol al menos una vez al mes, el 39% de la población lo hace de dos a cuatro veces al mes. En cuanto a la frecuencia semanal el 12% indica que consume alcohol de dos a tres veces por semana, y un 2% de la población consume alcohol de cuatro a más veces a la semana.

En el gráfico 8 se muestra el consumo diario de alcohol de la población en estudio, el 44% representa a la población que consume de tres a cuatro bebidas alcohólicas en un día normal, mientras que el 35% consume de una a

dos bebidas alcohólicas por día y el 21% de la población consume en un día de cinco a seis bebidas alcohólicas.

En el gráfico 9 se muestra la frecuencia de consumo de seis o más bebidas alcohólicas en día, indicando que el 40% de la población afirmó su consumo.

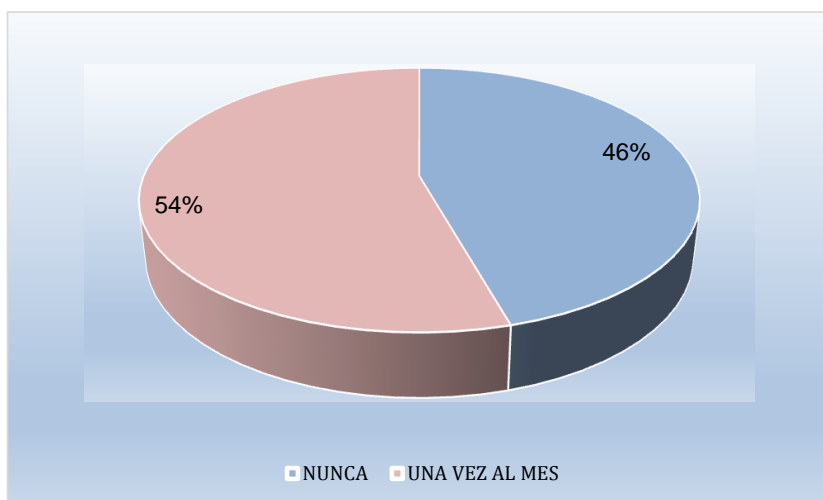


Gráfico 10. Sentimientos de culpa o remordimiento

En el gráfico 10 evidencia que el 54% de la población en estudio tuvo al menos una vez al mes sentimiento de culpa o remordimiento por haber consumido alcohol y el 46% demuestra que nunca tuvo sentimientos de culpa ni remordimiento.

DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO POR CONSUMO DE ALCOHOL

Comentario [3]: Los ejes donde se encuentre el valor de referencia, este caso el porcentaje debe tener una escala en 100 o 50 10 como máximo y no 45 como figura.

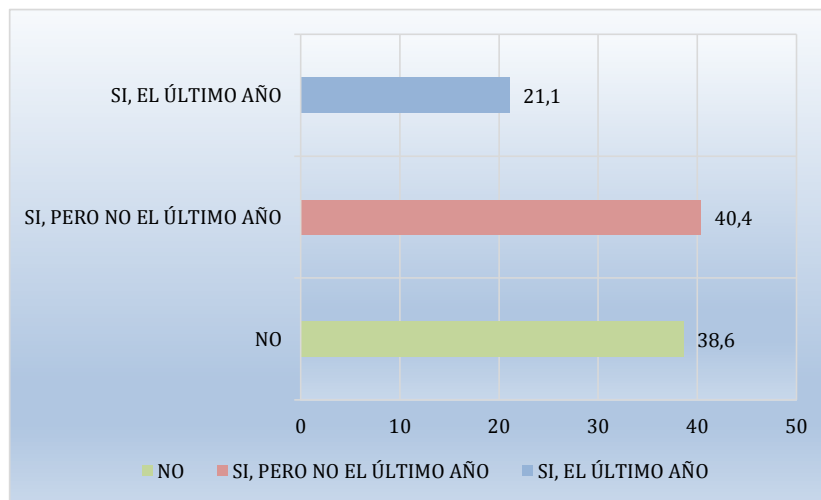


Gráfico 11. Consecuencias sobre el consumo de alcohol

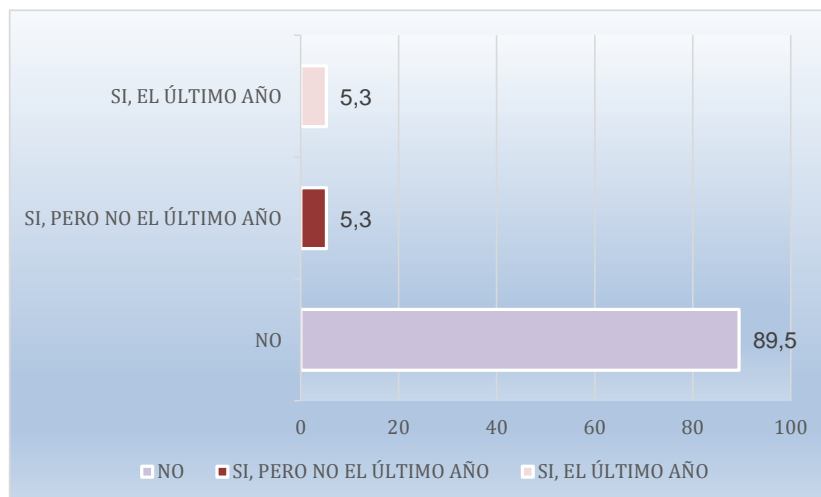


Gráfico 12. Sugerencia para dejar el consumo de alcohol

En el gráfico 11 y 12 se muestra la frecuencia del riesgo por el consumo de alcohol. En el gráfico 11 el 40,4 % de la población manifiesta que, como consecuencia por haber consumido alcohol, alguien o la persona misma resultó herida pero no en el último año. El 21,1% expresó que, como consecuencia por haber consumido alcohol, un tercero o la persona misma resultó herida en el último año, mientras que el 38,6% manifestó no haber provocado daños ni heridos por haber consumido alcohol.

En el gráfico 12 el 89,5% expresó que nadie le aconsejó o sugirió dejar de consumir alcohol. El 5,3% afirmó que en el último año alguien le aconsejó dejar de consumir alcohol mientras que el 5,3% restante afirmó que alguien le sugirió dejar de consumir bebidas alcohólicas, pero no en el transcurso del último año.

CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE CONSUMO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA COMUNIDAD YASI TATARETA

CANTIDAD Y FRECUENCIA		SIGNOS DE DEPENDENCIA		CONSUMO PROBLEMÁTICO	
ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO
85,00%	15,00%	51,70%	48,30%	80,00%	20,00%

Tabla 3: Clasificación de Niveles de consumo

En la tabla 3 se observa una clasificación de los niveles de consumo, en cuanto a la cantidad y frecuencia el nivel alto fue de un 85%. En relación a la dependencia se muestra que un 51,7% de la población presenta signos altos de dependencia. En cuanto al consumo problemático el 80% de la población presenta un alto nivel.

	CANTIDAD Y FRECUENCIA		SIGNOS DE DEPENDENCIA		CONSUMO PROBLEMÁTICO	
	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO
MASCULINO	90,90%	9,10%	54,50%	45,50%	87,90%	12,10%
FEMENINO	77,80%	22,20%	48,10%	51,90%	70,40%	29,60%

Tabla 4: Clasificación de Niveles de Consumo por Sexo

Teniendo en cuenta una clasificación de niveles por sexo, tabla 4, en Cantidad y Frecuencia los hombres presentan el nivel más alto en un 90% mientras que en las mujeres el nivel alto es del 77,8%. En cuanto a la población que presentan signos de dependencia, el 54,5% de la población masculina se ubica con un alto nivel, mientras que en la población femenina ese nivel

alcanza al 48,1%. El alto nivel de consumo problemático en la población masculina es del 87,9% mientras que en la población femenina ese nivel se establece en el 70,4% de la población en estudio.

Comentario [4]: Letras dentro del cuadro de gráfico ¿? Desalineado. Re hacer

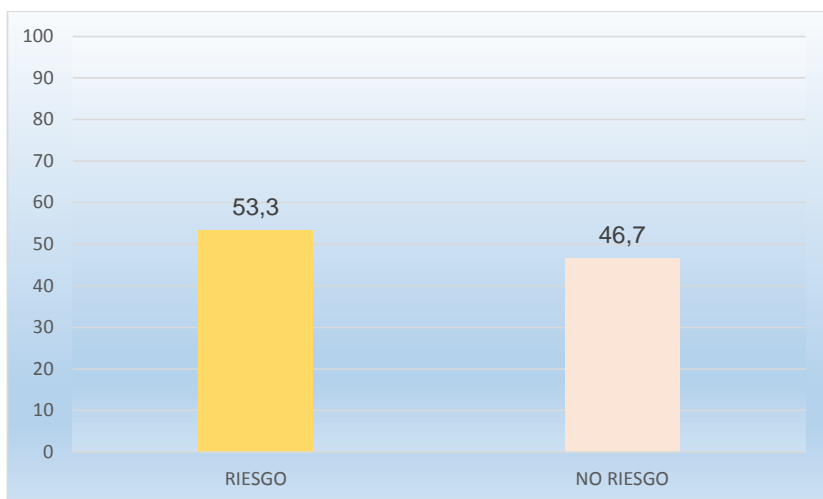


Gráfico 13. Nivel de Consumo para la población

En el gráfico 13 se muestra el nivel de consumo general en la población en estudio. El 56% presenta un nivel alto de consumo de alcohol.

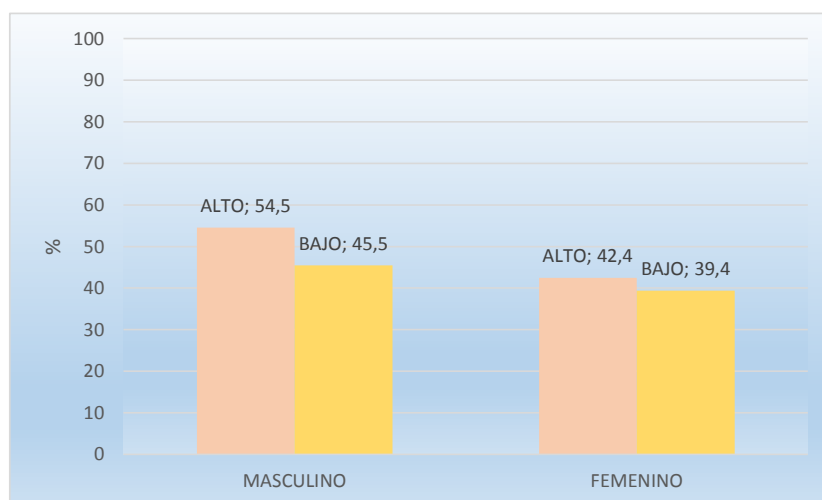


Gráfico 14. Nivel de consumo de la población por sexo

En el gráfico 14 se observa el nivel de consumo de alcohol por sexo. El 54,5% de la población masculina presenta un nivel alto de consumo, mientras que para la población femenina la misma clasificación se presentó en el 42,4%.

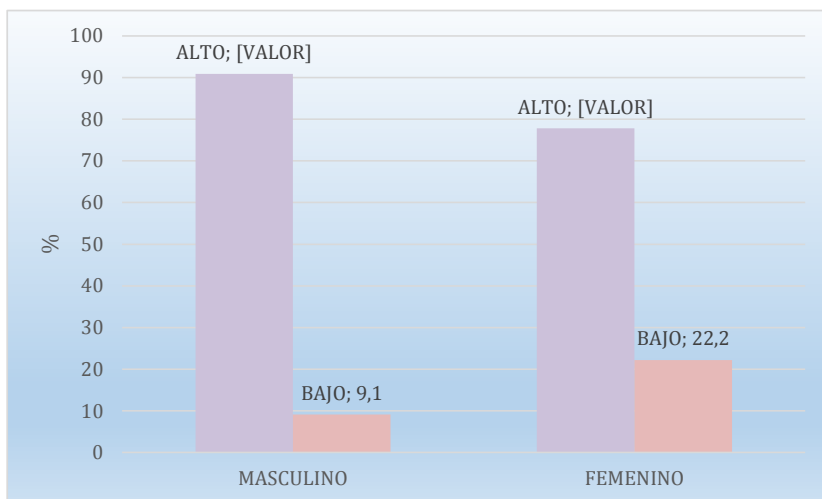


Gráfico 15. Cantidad y Frecuencia por Sexo

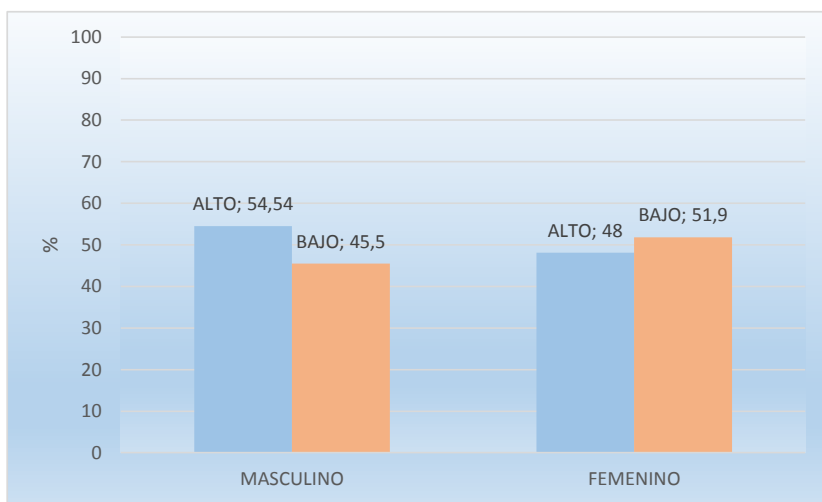


Gráfico 16. Signos de Dependencia por Sexo

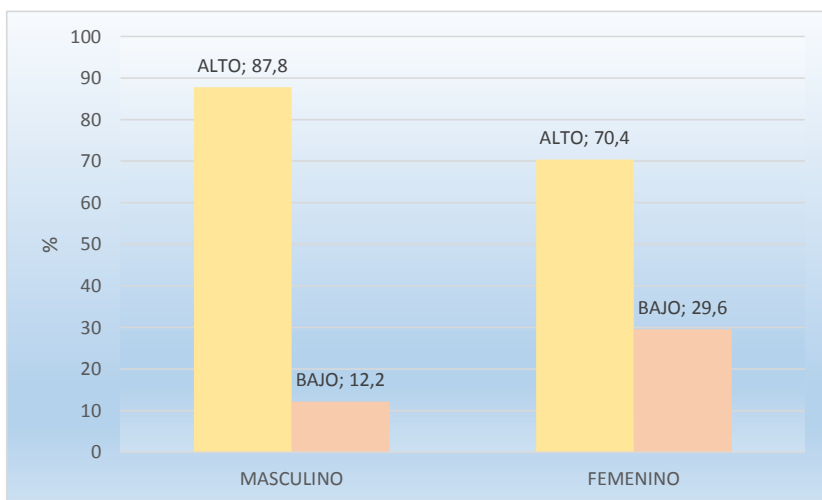


Gráfico 17. Consumo Problemático por Sexo

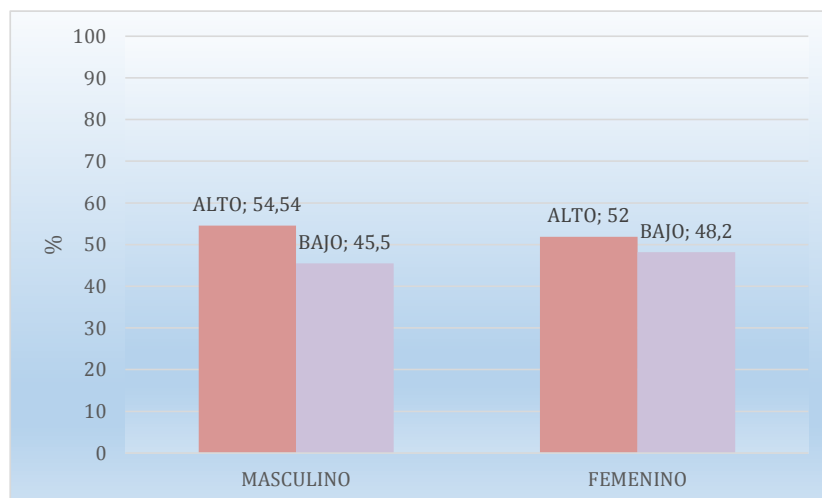


Gráfico 18. Niveles de Consumo por Sexo

Los siguientes gráficos muestran la prevalencia de riesgo en relación a los niveles de consumo por sexo.

En el gráfico 15 se muestra la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol por sexo, en el cual se observa que el 90,9% de los hombres presentan una clasificación alta y en las mujeres el 77,8% remitió a la misma categoría que los hombres.

En el gráfico 16 se observa los signos de dependencia por sexo, en el mismo señala que la población masculina presentó una clasificación alta del 54,54%, en tanto para la población femenina, la misma clasificación fue del 48%.

El consumo problemático por sexo, gráfico 17, indica que en los hombres la clasificación alta fue del 87,8% mientras que en las mujeres fue del 70,4% haciendo referencia a la misma clasificación.

Se manifiesta el nivel de consumo por sexo en el gráfico 18, se observa que la clasificación alta para la población masculina se estableció en el 54,54%, en tanto para la población femenina la misma categoría quedó en el 52%.

NIVEL DE RIESGO

	Razón de Momios
Cantidad y Frecuencia/Sexo	2,86
Signos de Dependencia/Sexo	1,29
Consumo Problemático/Sexo	3,05
Nivel de Consumo/Sexo	1,11

Tabla 5. Riesgo por Relación de Prevalencia

En la tabla número 5 se presentan los valores establecidos a partir de la razón de momios (RM)²⁷, en cuanto a la cantidad y frecuencia por sexo el valor se estableció en 2,88; en tanto en los signos de dependencia por sexo el valor se posicionó en 1,29; en el consumo problemático por sexo el valor fue de 3,05; y por último en el nivel de consumo por sexo el valor fue de 1,11. En todos los casos los valores superaron el valor de 1, lo cual los establecerían como posibles factores de riesgos.²⁸

SIGNIFICANCIA ENTRE CONSUMO Y SEXO

	chi2	p<0,05
Sexo/CRA	0,43	no significativo
Sexo/CyF	2,008	no significativo
Sexo/SdD	0,243	no significativo
Sexo/CP	2,845	no significativo

Tabla 5. Prueba de chi cuadrado de Parson para Sexo y Riesgo

Para establecer la relación entre el sexo y poseer o no consumo riesgoso de alcohol, se realizó la prueba de chi cuadrado con un $p < 0.05$ para

²⁷ La razón de momio (RM), razón de oportunidades o razón de probabilidades o en inglés, odds ratio (OR), es una medida estadística utilizada en estudio epidemiológico transversal y de caso control.

²⁸ Clasificación de valores de odd ratio

establecer su significancia. En todos los casos la relación los valores de chi cuadrado arrojaron valores por debajo del valor crítico en referencia, por lo cual no se puede inferir en una relación.

En función de la prueba de chi cuadrado se puede señalar que la hipótesis de inicio que se planteaba como una relación entre el consumo riesgoso de alcohol y el sexo, en ninguno de los casos se constituyó como significativa, por lo que se rechaza la hipótesis de inicio y se acepta la hipótesis nula. La cual establecía que el consumo riesgoso de alcohol en los miembros de la comunidad se presenta de forma indiferente en relación al sexo.

Discusión

- Describir el consumo de alcohol presente de los residentes de la comunidad aborígen Yasi Tatareta.

La investigación que se realizó en la comunidad Ava guaraní denominada Yasi Tatareta de la localidad de Fraile Pintado sobre el nivel de riesgo por consumo de alcohol arrojó los siguientes datos.

El 95% de la población en estudio indicó que consume alcohol. En lo que refiere a la distribución de consumo de alcohol, por sexo, el 93,9% pertenece al consumo masculino y en mujeres se presenta en el 93,6%. Respecto a esto, los resultados muestran que la variable sexo no es relevante en relación al consumo de alcohol en esta comunidad.

En contraste a estos resultados el autor Fabrizio Martínez Dibarbour en su trabajo de las prácticas de consumo de alcohol en comunidades originarias (Karu guasu)²⁹ plantea que el sexo es relevante en cuanto al consumo de alcohol, en su estudio demuestra que en varones este evento se presenta con mayor porcentaje que en las mujeres.

Otra característica que se puede encontrar en su estudio es que el consumo se fue insertando como una práctica cultural debido a las celebraciones que se realizaban, al igual que el estudio realizado en la comunidad Yasi Tatareta, ambas comunidades coinciden en cuanto al cambio de bebida tradicional que consumían, en sus antepasados la chicha era una bebida que no faltaba en sus celebraciones o rituales, si bien en la actualidad su consumo sigue no es lo mismo que en años anteriores, porque se pasó a reemplazar por otras bebidas alcohólicas como ser la cerveza, vino, etc.

En la actualidad (gráfico 7) el 95% de la población Yasi Tatareta afirmó que continúan con el consumo de alcohol de manera regular, y esto también se refleja en lo que plantea Martínez, en su estudio muestra como la población masculina continuó con su consumo desde la primera vez que lo realizó, en la

²⁹ Fabrizio Martínez Dibarbour. (2013). *"Karu guasu Entre encuentros y desencuentros los Ava-guaraní y su representación y práctica del alcohol de los "Kari"*. Universidad de la República Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Unidad de Profundización, Especialización y Posgrado Maestría en Ciencias Humanas. Montevideo.

mayoría de los casos los mismos llegaron a ser Mburuviches o llegaron a ocupar otras jerarquías dentro de la comunidad.

- Calcular y clasificar el nivel de consumo presente en los integrantes de la comunidad.

De acuerdo a la sistematización de los datos obtenidos a través del test AUDIT se pudo establecer tres niveles de consumo relacionados al alcohol en la población estudiada, la cantidad y frecuencia, los signos de dependencia y un nivel de consumo problemático. Los autores Jaiberth Antonio, Cardona Arias y Luis Jaime Orjuela presentaron un estudio similar, pero en estudiantes de una universidad de Medellín.

Los resultados para ambos fueron en cuanto la cantidad y frecuencia fue del 85% de la población en la comunidad Yasi Tatareta, en el estudio de las universidades este nivel de riesgo no fue clasificado, presenta su porcentaje en relación al consumo de riesgo del 62%.

El porcentaje por signos de dependencia fue del 53, 7% para el primer estudio y del 31% para el segundo. El consumo de riesgo en la comunidad Yasi Tatareta fue del 53,3%, existe otra diferencia en cuanto a los resultados obtenidos para el consumo problemático, el 80% de los integrantes de la comunidad Yasi Tatareta presenta un consumo problemático mientras que en el trabajo realizado en la universidad de Medellín este nivel representa el 7%.

Si bien existe una diferencia establecida en cuanto al riesgo, y su consumo problemático también se plantea la cuestión del sexo, ya que en el segundo estudio la frecuencia de consumo perjudicial y dependencia se presenta más en varones que en mujeres, mientras que en este trabajo la variable sexo no permite establecer ninguna diferencia en cuanto al consumo.

- Establecer el riesgo en relación al consumo de alcohol y los niveles de consumo en los adolescentes de la comunidad aborigen Yasi Tatareta.

Para establecer el riesgo se aplicó una prueba estadística (razón de momios) los resultados que arrojó esta prueba fueron en relación al consumo de alcohol y los niveles determinados.

Para la cantidad y frecuencia el resultado se estableció en 2,86. Para determinar el riesgo en los signos de dependencia el resultado dio 1,29, en cuanto al consumo problemático este quedó determinado en 3,05 y en cuanto al nivel de consumo general el resultado se concretó en 1,11.

En este caso todos los resultados de acuerdo al riesgo establecido dieron una puntuación mayor a uno, lo cual esta población desarrolla más frecuentemente el riesgo, presentan un daño con respecto al evento del consumo de alcohol, los resultados obtenidos aplicando razón de momios que arrojen una puntuación mayor a uno establece o ubica a estos casos como factores de riesgos.

Un estudio revela el riesgo establecido en adolescentes con respecto al consumo de alcohol en complementariedad con otros estudios y resultados obtenidos, a diferencia de este trabajo, no aplica AUDIT, pero si un cuestionario aprobado también por la O.M.S. Se denomina "Consumo de alcohol en adolescentes. Estudio poblacional sobre el consumo de alcohol en jóvenes adolescentes de países de ingresos bajos y medios"³⁰. La EGSE es una encuesta escolar auto administrada desarrollada por la OMS y el CDC.

La meta de la EGSE es proporcionar datos sobre los comportamientos de salud entre adolescentes de 12-15 años utilizando los mismos procedimientos estandarizados para ayudar a los países a desarrollar programas y políticas de salud efectivos. El cuestionario de la EGSE está compuesto por diez módulos de preguntas sobre diferentes aspectos de la salud, incluyendo el consumo de tabaco, la dieta, la actividad física, las conductas sexuales y el consumo de alcohol. El estudio de los autores muestra un nivel moderadamente alto de prevalencia de consumo de alcohol, embriaguez alguna vez en la vida y problemas relacionados con el alcohol en jóvenes adolescentes

En función al objetivo general que presenta este trabajo de investigación, se aplicó un test creado por la Organización Mundial de la Salud (AUDIT) que permitió determinar niveles por consumo de alcohol, se puede hablar entonces de cantidad y frecuencia, signos dependencia y consumo problemático, con

³⁰ Chuanwei Ma, Pascal Bovet; Lili Yang, Min Zhao; Yajun Liang, B. (2018). *Artículo "El consumo de alcohol en adolescentes"*. Intra Med.

respecto a esto se determina de manera general de acuerdo a los resultados que, el 56,3% de la población adolescente de la comunidad Yasi Tatareta presenta un consumo de riesgo excesivo en relación al consumo de alcohol, este porcentaje equivale a todos los encuestados que en el test presentaron un puntaje general de 8 o más. Este puntaje sitúa al individuo en un nivel que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la persona que consume alcohol y para los demás, desencadenando accidentes, peleas y cualquier otra situación negativa para la sociedad y el individuo. En otra instancia se estableció el riesgo por cada nivel determinado, lo cual arrojaron resultados que sitúan a los niveles como factores de riesgos.

En cuanto a la hipótesis planteada en este trabajo, aplicando una prueba estadística (chi cuadrado) se pudo establecer que la misma queda rechazada en cuanto a los resultados obtenidos, los valores no presentan una significancia de acuerdo al valor tomado como referencia ($p < 0,05$). Siguiendo este criterio se puede afirmar que la hipótesis válida para este trabajo es la hipótesis nula la cual plantea que la población en estudio de la comunidad Yasi Tatareta presenta igual riesgo de consumo de alcohol en ambos sexos.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a este estudio el consumo de alcohol en los adolescentes de la comunidad Yasi Tatareta se realiza de manera regular y sus inicios en la mayoría de los casos, fueron en contextos familiares.

También se logró establecer niveles de consumo; los cuales son, consumo y frecuencia de alcohol, signos de dependencia y un tercer nivel denominado consumo problemático; esto en relación a la aplicación de un test denominado AUDIT y aprobado por la O.M.S. en el cual el nivel más alto se establece en un consumo problemático. Para poder determinar el riesgo establecido de acuerdo a estos niveles se aplicó una prueba estadística llamada Razón de Momios la cual de acuerdo a sus valores establecidos este estudio de investigación ubica los niveles de consumo sobre el valor requerido; lo que quiere decir es que los establece como potenciales factores de riesgo.

Concluyendo; de acuerdo a las pruebas aplicadas; el nivel de riesgo del consumo de alcohol en la población adolescente de la comunidad Yasi Tatareta es alto y no distingue su consumo en relación al sexo; esto se pudo determinar de acuerdo a una prueba estadística denominada Chi Cuadrado de Parsons, lo que arrojó resultados no significativos anulando la hipótesis planteada en este trabajo.

A partir de todo esto se sugiere establecer estrategias de abordaje en la comunidad, en torno al consumo de alcohol en los integrantes de la comunidad alcanzando en mayor escala la sensibilización y la reducción de riesgos y consecuencias adversas que involucran al sujeto y a su entorno.

Desde la Educación para la Salud a través de un modelo integrador se pretende ampliar el foco reflexivo sobre la problemática de ingesta excesiva alcohol. El consumo de alcohol en la comunidad de estudio existe, lograr la sensibilización sobre esta temática puede llevar a reducir los riesgos y la prevención de inicio a edades más tempranas del consumo excesivo de alcohol, dado que este fenómeno debe ser entendido como una práctica sociocultural y no como un evento aislado.



FHyCS

Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

TÍTULO:

**“EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO
UNA PRÁCTICA SOCIAL Y EL DESAFÍO
DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA
SALUD EN SU ABORDAJE DE
SENSIBILIZACIÓN; SOBRE
CONSECUENCIAS DEL MISMO”**

AUTORA: TUPIERI YESICA

DIRECTOR: LIC. BEJARANO IGNACIO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el consumo de alcohol incrementó de manera avanzada, el alcohol se insertó como una práctica social donde los más vulnerables son niños y adolescentes, cada vez a más temprana edad, de acuerdo al trabajo de investigación realizado un 53,3% de la población se encuentra en un nivel de riesgo por consumo excesivo de alcohol, abarcando las edades de los 14 hasta los 23 años de edad, mientras que el porcentaje restante se encuentra con síntomas de dependencia o con consumo perjudicial debido a las consecuencias adversas obtenidas por el consumo.

Para entender este fenómeno es necesario realizar una mirada general, una visión antropológica para comprender que el consumo de alcohol se practica de tiempos pasados.

Los primeros hallazgos referentes a la utilización de bebidas fermentadas se ubican hace 6.000 años, hacia el año 4000 A.C. en Mesopotamia, donde se pueden hallar indicios de la *Vitis Vinícola*, viña de la que probablemente proviene el vino que consumimos. En el año 2200 A.C. se encuentran escritos. Más tarde, en el siglo XIII, se encuentran avances con respecto a la elaboración de la cerveza. Con los descubrimientos de Pasteur sobre la fermentación de las levaduras, se le añaden propiedades conservantes a este tipo de alcohol. Y solo a partir del siglo XIX se encuentran elaboraciones de cerveza sin alcohol, que no obtiene un papel representativo hasta la segunda mitad del siglo XX. En cuanto al vino, se encuentran relatos asociados estrechamente a la mitología; Con la caída del Imperio Romano y la llegada de los bárbaros, se impone la ingesta de cerveza, pasando la elaboración del vino fundamentalmente a los monasterios. El consumo de alcohol como parte de rituales ha sido una constante en casi todas las culturas. En la cultura judeocristiana, el vino es un elemento de primordial importancia pues representa la sangre de Cristo en el ritual de la eucaristía y en América se sabe que los nativos conocían y utilizaban bebidas embriagantes llamadas “chichas”.³¹

³¹ Fabrizio Martínez Dibarboure. (2013). *“Karu guasu Entre encuentros y desencuentros los Ava-guaraní y su representación y práctica del alcohol de los “Karai”*. Universidad de la República Facultad de Humanidades y Ciencias de la

Al reflexionar sobre el proceso histórico del alcohol, se podría llegar a aceptar este como un fenómeno “normal”, pero durante las últimas décadas el patrón de consumo se ha visto influenciado por la existencia de múltiples variables, las cuales han originado cambios en los patrones de ingesta del alcohol y han aumentado el riesgo por su consumo excesivo.

A partir de los resultados se propone trabajar aplicando dos modelos que propone la Educación para la Salud, estos representan modos de operar en y con la realidad a través de las prácticas profesionales

De esta manera se busca la sensibilización con respecto a esta problemática y se busca la reducción de los riesgos que se desencadenan como consecuencia del consumo.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el consumo de alcohol es considerado una práctica socialmente aceptada y se la reconoce como vehículo de socialización en diversos grupos sociales como los adolescentes.

La historia del consumo de alcohol se puede remontar a la propia historia de la vida del ser humano, con una carga cultural que trasciende a través de las generaciones. Se le ha identificado presente en la historia de la sociedad en los distintos ámbitos de la vida del hombre; su origen se relaciona, con aspectos mágicos y religiosos. Formando parte de rituales y festividades colectivas, también ha estado presente en momentos de crisis cultural y de valores (Alonso, 2008; Edwards, 2005)³². Es considerada la droga legal más consumida que ha formado parte del entorno social y cultural a través de los años, su devenir histórico la ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social

Desde el nacimiento los procesos de aprendizaje y de socialización presentes durante el desarrollo del ser humano influyen a través del aprendizaje de normas y comportamientos socialmente aceptados en la familia, la escuela, los amigos/pares y los medios de comunicación (Becoña, 2002).

En la sociedad actual la disponibilidad de las bebidas alcohólicas tiene una incidencia especial en el inicio del consumo, la presencia física de la sustancia predice la cantidad de consumo en la sociedad: cuanto mayor sea la cantidad presente en el medio social, mayor será la proporción de consumidores experimentales, habituales y dependientes. Es fácil que los individuos de cualquier edad, incluso los adolescentes consigan fácilmente las bebidas alcohólicas y a bajo precio, están disponibles en cualquier establecimiento con permiso o supermercado, los cuales en su mayoría las expiden sin exigir que sean mayores de edad (Pons & Buelga, 2011).

Es por ello que se debe trabajar esta problemática y no ignorarla por más naturalizada que parezca, el sujeto debe establecer para su vida estilos de

³² Ahumada Cortez, Jesica Guadalupe; Gámez Medina, Mario Enrique; Valdez Montero, Carolina. (2017). *“El consumo de alcohol como problema de salud”*. universidad autónoma indígena de México. El Fuerte. México.

vida saludables y proyectar en este caso en los adolescentes, un proyecto viable con metas y objetivos a cumplir, porque es en esta etapa donde se toman las decisiones para una vida futura.

Objetivo general

Sensibilizar a la población adolescente de la comunidad Yasi Tataretá sobre el consumo excesivo de alcohol que pone en riesgo el bienestar físico, mental y social del individuo.

Objetivos específicos

Reforzar las campañas sobre el consumo excesivo de alcohol que se implementan en la actualidad en relación a normativas nacionales y provinciales.

Informar las consecuencias y enfermedades que se obtiene por la ingesta de bebidas alcohólicas de manera excesiva y no controlada.

MODELOS DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los dos modelos aplicables para trabajar son el modelo conductual y el integrador, el primero se caracteriza por ser utilizado por la comunicación masiva en las campañas de prevención, basa su accionar en la pretensión de lograr motivación en las personas, cual objetos manipulables, a partir de satisfacer supuestos intereses. Solo serán recompensados si hacen o no hacen tal cual acción reflexiva. Lo que pretende lograr implementando este modelo es lograr modelar las conductas de las personas a partir de la información brindada a través de algunas técnicas motivadoras. Por eso como uno de los objetivos es reforzar las campañas preventivas con normativas provinciales y nacionales, transmitiendo información necesaria y acorde en el marco del modelo conductual. El aprender pasa por incorporar conocimiento a-críticamente al relacionarlos con alguna motivación personal y traducirlos en conductas prácticas (hacer porque es bueno).

La comunicación debe ser el soporte del dispositivo para lograr tales aprendizajes. Por lo tanto, a pesar de ser asimétrica la relación entre emisores

y receptores el mensaje debe tener mucho enriquecimiento en su elaboración, y que de ello dependerá las respuestas requeridas.

El segundo modelo elegido para operar en la realidad es el modelo integrador, en este se trata de que los sujetos signifiquen socialmente a partir de sus propias matrices de aprendizajes, trabajando en complemento con el otro modelo, éste que sería un modelo opuesto trabajaría en la promoción de la salud y el refuerzo de los factores protectores.

FACTORES PROTECTORES

Hawkins en 1985 definió los factores protectores como “aquellos factores o atributos individuales (personales, psicológicos, sociales), condiciones situacionales, ambiente o contexto que reduce, inhiben, o atenúan la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo de drogas”. En su Teoría de Desarrollo Social Hawkins y Weis (1985), describen los factores protectores y los procesos implicados para incidir en la reducción de conductas de riesgo o comportamientos problemáticos como el consumo de drogas. Ellos proponen tres factores de protección que controlan los comportamientos problemáticos y antisociales como el consumo de alcohol:

1) Las relaciones sociales (apego, compromiso, comunicación con la familia, la escuela y los compañeros y amigos no consumidores)

2) Las coacciones o limitaciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas, mantenidas o demostradas por personas importantes para el individuo) y,

3) Las habilidades sociales (contar con estrategias de solución para afrontamiento asertivo de situaciones o tentaciones de consumo, autocontrol o auto eficacia de resistencia para no involucrarse con el consumo, auto concepto o autoestima, así como satisfacción y proyecto de vida) actuarían protegiendo al adolescente de su involucramiento con el alcohol y otras drogas.

Estos factores protectores también han sido definidos como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo”. Se ha encontrado que estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo y que su repercusión también varía a lo largo del proceso de

desarrollo.³³ Al igual que los factores de riesgo los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales

Factores Personales: Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes -sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre.

Familiares: Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y -asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre.

Psicológicos: Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y -de postergar la satisfacción.

Escolares: Perseverancia en los estudios, apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, -establecimiento de lazos cordiales, buena relación con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento del trabajo en equipo y de la creatividad.

Ambientales/sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, - relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia.³⁴

³³ Arthur, Hawkins; Pollard, Catalano Baglioni. (2002).” *Hawkins & Weis*”. Definición 1992.

³⁴ Mosqueda Díaz, Carvalho. (2011); Pollar, Catalano; Hawkins, Arthur. (1997); Randolph, Russell; Harker, Finchman. (2010). Rodríguez, Ruiz. (2004); Lozano, Polaino, 1994).

Metodología

Como estrategia se implementarán talleres de prevención y promoción de la salud enmarcados en los modelos conductual e integrador. El trabajo consta con una metodología cuali cuanti debido a los resultados que se esperan obtener y los contenidos que se pretende aplicar, a pesar de ser dos modelos muy diferentes y opuestos a su vez son muy complementarios y viables para encaminar el siguiente trabajo de intervención denominado “ “

También cabe mencionar que el propósito de este trabajo de intervención no es erradicar por completo el consumo de alcohol porque se entiende que este consumo como he mencionado anteriormente es entendido como una práctica social aceptada y en la mayoría de los casos los adolescentes comenzaron su consumo dentro de un ámbito familiar o fiestas donde algunos familiares estaban presentes, entonces lo que se busca es disminuir los riesgos ocasionados por esta problemática y que la población tome conciencia sobre las consecuencias negativas no solo para el sujeto que decide consumir sino también para su entorno, de esta manera disminuiría la dosis de consumo en aquellos sujetos que deciden consumir.

Cada modelo con sus características nos aportan las herramientas para abordar en la realidad de manera profesional a través de nuestras prácticas, con el modelo conductual se trabajará en la transmisión de información, brindando contenidos sobre los conceptos que engloban esta problemática del consumo excesivo de alcohol, diferenciando un consumo riesgoso, una dependencia y un consumo perjudicial, también se hará hincapié en las consecuencias que se desencadenan debido al consumo excesivo de alcohol, entendiendo a estas consecuencia como accidentes, peleas, enfermedades u otro tipo de dificultad física, mental y social que repercute negativamente en la vida de los adolescentes de la comunidad Yasi Tatareta.

Con respaldo del modelo integrador los dos talleres restantes se trabajará de manera opuesta a la problemática, buscando en los adolescentes una mirada hacia su futuro y un proyecto de vida con metas a cumplir, respetando sus prácticas, cultura y costumbres.

Recursos Materiales:

- Notebook
- Proyector
- Cartulinas
- Tijeras, plasticolas
- Revistas
- Fibrones

Recursos Humanos:

- Educadora Sanitaria
- Personal de la Secretaría de Desarrollo Humano, Cultura y Deporte de la Municipalidad de Fraile Pintado.

Talleres

Con los talleres se busca que los adolescentes logren reconocer los valores de la familia, del entorno y de ellos mismos, Entendiendo que los valores afectan a la conducta, Practicando el establecimiento de metas a corto y largo plazo, y aprender a lograrlas. Saber predecir los resultados de sus acciones y Ensayar un modelo para la toma de decisiones en relación con la salud”

Taller 3: “Conocerte - Conocerme”

Contenidos

- Etapa de adolescencia.
- El entorno del adolescente.
- Grupos de pares
- La importancia de escuchar.

Actividades

- Presentación del equipo. Presentación de los destinatarios.
- Abordaje del tema
- Técnica rompe hielo: El Espejo. Para esta actividad será necesario prestar atención, preguntar y responder de manera certera, en otras palabras, logran una comunicación asertiva.
- Oír sin escuchar (duración: 20 minutos)

Una vez formados los grupos, el equipo de trabajo pedirá la atención de los participantes y se presentarán todos al mismo tiempo. Entonces pediremos que por grupo debatan sobre la diferencia, los pros y contras de presentarse y hablar todos al mismo tiempo, en contraposición con la experiencia de la presentación en pareja de la primera actividad.

-Pequeña obra teatral con participación de todos.

Materiales

Computadora

Proyector

Biombo

Sombreros

Telas

Pinturas

Hojas A4

Taller 4: "Mirada al mañana" y realización de un mural

Contenidos:

- Qué son los valores
- Qué es el respeto
- Proyecto de Vida
- Habilidades para la Vida
- Qué es el autoconocimiento
- Qué es una autocrítica

Actividades

□ Abordaje del contenido mediante diapositivas. Lo que se pretende es que los adolescentes descubran que quieren en la vida e identifiquen los recursos personales que cuentan para alcanzarlo.

□ Técnica: Viaje al futuro. Se entregará a cada estudiante una hoja donde deben escribir o dibujar, en términos generales, como se ven ellos mismos dentro de 10 años (dónde, con quién, haciendo qué, etc.). Una vez que terminen deberán hacer una devolución explicando sus escritos o dibujos. Luego se les preguntará a los participantes si les ha costado realizar la actividad o les resultó fácil y por qué lo creen. De esta manera se inicia un proceso de reflexión sobre su futuro, un debate en conjunto con los compañeros, en donde es posible que se presenten problemas para los cuales ellos puedan idear posibles soluciones.

□ Técnica: Autorretrato (Duración: 30 min)

Nuevamente se le brindará a cada participante una hoja en la que deben “dibujar” su propio retrato, el cual no debe representar aspectos físicos, sino aspectos como estados de ánimo, sentimientos, actitudes y pensamientos. Se entregarán los retratos anónimos para posteriormente repartirlos a los participantes de manera que nadie quede con su propio retrato. Los adolescentes se formarán en círculo y cada uno explicará lo que entendió del dibujo y su interpretación para después adivinar de quién es el retrato.

De esta forma los estudiantes identificarán en sí mismos las características generales y particulares que los hacen ser quienes son.

EVALUACIÓN

Se recurre a la evaluación procesual lineal donde se busca la participación de los destinatarios y puedan identificar sus problemáticas y las consecuencias del consumo de alcohol. Además, se busca el acompañamiento de otros profesionales para poder lograr que los mismos se incorporen en otras actividades de interés como se deportes; baile; etc.

Asumir el compromiso del acompañamiento y evaluar su participación a través de las diferentes actividades propuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alderete, E.; Kaplan, C.; Gregorich, E.; Mejía, R. y Pérez Stable, E. (2009). *“Consumo de cigarrillos y etnicidad en jóvenes de la provincia de Jujuy”*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy.
- Bandura, Albert. (1973). *“Agresión: un análisis de aprendizaje social”*. Prentice Hall. Englewood Cliffs.
- Bryman, A. (1984). *“El debate sobre la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: ¿Una pregunta de método o epistemología?”*. British Journal of Sociology.
- Cabral, João Carlos Centurión; Veleda, Gessyka Wanglon; Mazzoleni, Martina; Colares, Elton Pinto; Neiva-Silva, Lucas; Neves, Vera Torres das. (2016). *“El estrés y la reserva cognitiva como factores independientes del rendimiento neuropsicológico en ancianos sanos”*. Ciencia y Salud Colectiva 21.
- Chávez Domínguez, Rafael César; López Antuñano, Francisco J.; Regalado Pineda, Justino; Espinosa Martínez, Marlene. (2004). *“Consumo de Tabaco, una enfermedad social”*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Cid-Monckton, Patricia; Luis Jorge Pedro. (2011). *“Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes”*. Revista Latino -americana de Enfermaren 19

- Cobo, Martínez José. 1971. "Estudio del problema de la discriminación contra poblaciones indígena". Volumen V, conclusiones, propuestas y recomendaciones. ONU, doc. Núm. E/CN.4/Sub 2
- Donoso Siña, Enrique (2007). "[Violencia contra la mujer en Chile: problema de salud pública](#)". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 72.
- Fayad, Camel V. (1974). "Estadística Médica Y De Salud Pública". Universidad De Los Andes, Mérida – Venezuela.
- Feldman, Robert F. (2010). "Psicología con aplicaciones en países de habla hispana". Mcgraw-Hill. p. 579.
- Franzkowiak P. (1990). "El desarrollo del adolescente y sus implicaciones para la prevención del SIDA". Revista Intercambio
- Gallego, Henao A. (2012). "Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características". Revista Virtual Universidad Católica del Norte.
- García, Miguel F. (1998). "Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actúa". Centro de Salud Alameda. Madrid Atención Primaria, 22, 585-595.
- Garrido, José Manuel. (2013). "Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Psicopedia, información y recursos sobre Psicología. Org.
- Gold, M. S. (1996). "Tabaco". Barcelona: Ediciones en Neurociencias
- González, Marín J. Q. (1998). "El tabaquismo como drogodependencia". Libro blanco sobre el tabaquismo. España. Barcelona: Glosario p. 89-109.
- Huamaní Llancán, Melissa Roberta. (2012). "Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el colegio estatal de San Juan de Miraflores – Lima". Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

- Jiménez Ornelas, René Alejandro. (2005). *“La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual”*. Papeles de población.
- Kuhn, Thomas Samuel. (1986). *“La estructura de las revoluciones científicas”*. Fondo de Cultura Económica.
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (1946). *“Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Glosario de Promoción de la Salud”*. Ministerio de Sanidad. Madrid.
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (1981). Salud 21. *“Estrategia Mundial de Salud Para todos en el año 2000”*. Ministerio de Sanidad. Madrid.
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (1998). *“Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA”*. Serie O.M.S. sobre SIDA N°1. Ginebra
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud). (2000). *“La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad”*. Informe Salud para todos en el año 2000. Pág. 12
- O.N.U. (2013). *“Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”*
- OMS (1978). *“Atención Primaria en salud. Informe”*. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Geneva.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1986). *“Carta para la Promoción de la Salud”*. Ottawa. Canadá.
- Pérez, Porto Julián, Merino María. (2008). *“Definición de adolescencia”*.
<https://definicion.de/adolescencia>
- Puertas Azanza, Ana Catalina; Ortiz Cochancela, Rubén Darío. (2016). *“Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón El Pangui y Centinela del Cóndor de la provincia de Zamora Chinchipe”*.
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17304>

- Reartes, Diana Leticia. (2011). *“La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas”*. Desacatos.
- Rodríguez, Diana Carolina. (2005). *“Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia”*. Cartilla de Salud Pública. Colombia.
- Rozas Pagaza, Margarita. (2001). *“La Intervención Profesional en relación Cuestión Social”*. El caso del Trabajo Social.
- Samet, Jonathan M. (2002). Departamento de Epidemiología. Universidad de Johns Hopkins. Baltimore, Md. 21205, USA. Cedro. El problema de drogas 2007
- Terris, Milton. (1992). *“Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública”*. Organización Panamericana de la Salud.
- Villalba, Caloca J.; Ramírez, Venegas A. (2001) *“Costos de la atención médica”*. CONADIC Informa. Boletín Especial de Tabaquismo.