



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL EN ADOLESCENTES. LA FLORIDA, RIOBAMBA, ENERO – JUNIO 2016

MARIANA DE JESÚS JARA ZÚÑIGA

**Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Postgrado y Educación Continua de la ESPOCH
como requisito parcial para la obtención del grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba - Ecuador

Diciembre, 2016



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación** modalidad **Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado: **DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL EN ADOLESCENTES. LA FLORIDA, RIOBAMBA, ENERO – JUNIO 2016**; de responsabilidad de la Médico Mariana de Jesús Jara Zúñiga, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

Ing. Wilson Zúñiga Vinueza; MSc

PRESIDENTE

FIRMA

Lic. Alain Darcout Rodríguez; MSc

DIRECTOR

FIRMA

Dra. Niurka Ginorio Suárez; Esp.

MIEMBRO

FIRMA

Dra. Liana Rodríguez Vargas; MSc

MIEMBRO

FIRMA

Riobamba, Diciembre de 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, MARIANA DE JESÚS JARA ZÚÑIGA declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

MARIANA DE JESÚS JARA ZÚÑIGA

N° de cédula: 0602623340

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, MARIANA DE JESÚS JARA ZÚÑIGA, declaro que el presente **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este proyecto de investigación de Especialización.

Riobamba, Diciembre de 2016

MARIANA DE JESÚS JARA ZÚÑIGA

N° de cédula: 0602623340

DEDICATORIA

A todas las personas inclinadas al servicio de la sociedad, a esos héroes anónimos que día a día se enfrentan a retos en su trabajo, que pasan horas estudiando y en ocasiones se olvidan incluso de alimentarse y dormir, para poder resolver casos “complicados” donde la mejor terapia es la que brinda sus corazones, que viven por y para el confort de sus pacientes, donde el alivio de sus males y la sonrisa es su mejor recompensa es decir a todos los Médicos de manera especial a los Médicos Familiares y Comunitarios, por su labor desinteresada en busca del bienestar individual y colectivo a través de la promoción y prevención.

Mariana

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi sentido de estima y reconocimiento:

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Instituto de Postgrado y Educación Continua, Facultad de Salud Pública donde laboran personas con alto grado científico y calidad humana, bajo un solo objetivo “saber para ser.”

A la Dirección Zonal 3, Distrito de Salud Chambo-Riobamba, Centro de Salud N° 1 por la apertura brindada como unidad asistencial docente en donde prima la atención de calidad y calidez formando lazos de unidad entre personal de salud y usuario llegando a constituir una verdadera familia.

A todos los integrantes de la Brigada Médica Cubana, en especial a Msc. Alain Darcout, Dra. Niurka Ginorio, Dra. Liana Rodríguez, por ser tutores inigualables, que buscan siempre lo mejor para sus estudiantes, además por su valiosa colaboración en la realización de la tesis.

A toda mi familia, principalmente a mis padres y hermanos que son los motivadores para seguir día a día en busca de nuevos ideales con la firmeza y convicción de “ser más para servir mejor”, quienes me han inculcado desde pequeña valores que se han fortalecido en mi vida profesional.

A todos mis pacientes, razón de ser de mi profesión, en especial al grupo de adolescentes que participó en la elaboración de esta investigación por permitirme caminar juntos a ellos en este proceso de enseñanza-aprendizaje.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
 CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	4
1.2 Justificación de la investigación	5
1.3 Objetivos de la investigación	6
1.4 Hipótesis	7
 CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del problema	8
2.2 Bases teóricas	12
2.2.1 <i>Familia y adolescencia</i>	12
2.2.1.1 <i>Clasificación de la familia</i>	12
2.2.1.2 <i>La familia como sistema</i>	13
2.2.1.3 <i>Etapas de la familia</i>	14
2.2.1.4 <i>Crisis familiares</i>	17
2.2.1.5 <i>Funcionamiento familiar</i>	18
2.2.1.6 <i>Adolescencia, una etapa de cambios</i>	20
2.2.2 <i>Consumo de alcohol</i>	22
2.2.2.1 <i>Bebidas alcohólicas y su historia</i>	22
2.2.2.2 <i>Alcoholismo y adolescencia</i>	27
2.2.2.3 <i>Consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes</i>	28
2.2.2.4 <i>Expectativas hacia el alcohol</i>	29
2.2.2.5 <i>Prevención del consumo de alcohol en adolescentes</i>	31
2.2.3 <i>Estrategia de intervención educativa</i>	33

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	39
3.1	Tipo y diseño de la investigación	39
3.2	Localización y temporalización	39
3.3	Población de estudio	39
3.4	Variables de estudio	40
3.4.1	<i>Identificación</i>	40
3.4.2	<i>Operacionalización</i>	40
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	44
3.5.1	<i>Características del instrumento</i>	44
3.5.1.1	<i>Validación del instrumento</i>	45
3.6	Diseño de la estrategia de intervención educativa	46
3.7	Procedimientos	46
3.8	Procesamiento y análisis de datos	48
3.9	Aspectos éticos	49

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
4.1	Resultados y Discusión	50

CAPÍTULO V

5.	PROPUESTA	70
	CONCLUSIONES	82
	RECOMENDACIONES	83
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-2	Clasificación del ciclo vital de la familia según la OMS, 2008.....	15
Tabla 1-4	Distribución de adolescentes según consumo de alcohol. La Florida, Enero - Junio 2016.....	55
Tabla 2-4	Distribución de adolescentes según frecuencia de consumo de alcohol. La Florida, Enero - Junio 2016.....	56
Tabla 3-4	Distribución de adolescentes según razones de consumo de alcohol. La Florida, Enero - Junio 2016.....	57
Tabla 4-4	Distribución de adolescentes según dimensiones de expectativas hacia el consumo de alcohol. La Florida, Enero – Junio 2016.....	60
Tabla 5-4	Distribución de adolescentes según dimensiones de las expectativas hacia el alcohol. La Florida, Enero – Junio 2016.....	61
Tabla 6-4	Distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol y variables sociodemográficas. La Florida, Enero – Junio 2016.....	64
Tabla 7-4	Distribución de adolescente según expectativas hacia el alcohol consumo de alcohol. La Florida, Enero – Junio 2016.....	65
Tabla 8-4	Distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol y razones de consumo. La Florida, Enero – Junio 2016.....	67
Tabla 1-5	Cronograma de actividades de la estrategia intervención educativa.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-4	Gráfico de distribución de adolescentes según edad. La Florida, Enero -Junio 2016.....	50
Figura 2-4	Gráfico de distribución de adolescentes según sexo. La Florida, Enero - Junio 2016.....	51
Figura 3-4	Gráfico de distribución de adolescentes según estado civil. La Florida, Enero - Junio 2016.....	52
Figura 4-4	Gráfico de distribución de adolescentes según nivel de instrucción. La Florida, Enero - Junio 2016.....	53
Figura 5-4	Gráfico de distribución de adolescentes según ocupación. La Florida, Enero - Junio2016.....	54
Figura 6-4	Gráfico de distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol. La Florida, Enero - Junio 2016.....	59
Figura 7-4	Gráfico de expectativas hacia el alcohol y frecuencia de consumo. La Florida, Enero- Junio 2016.....	66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Formulario

Anexo B: Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (CEA-A) y evaluación

Anexo C: Consentimiento informado

Anexo D: Cronograma de actividades

RESUMEN

El objetivo fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre las expectativas hacia el alcohol en adolescentes, del barrio La Florida, Cantón Riobamba, de Enero a Junio de 2016. Se realizó una investigación aplicada, transversal, de tipo descriptivo-correlacional, en el universo de adolescentes de 12 a 19 años (58). Se elaboró un formulario para las variables sociodemográficas y se aplicó el Cuestionario de Expectativas hacia Alcohol (AEQ-A) de Brown y Goldman validado para estas edades en Latinoamérica. Los datos fueron analizados mediante el SPSS 17 y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significación de 5% ($p < 0,05$). Predominaron los adolescentes entre 15 y 19 años 56,897% (33); del sexo hombres 58,621% (34); con un nivel de instrucción básica sin terminar 60,345% (35); sin unión estable 91,379% (53); con ocupación estudiantes 68,966% (40), que han consumido alcohol 51,724% (30) y presentaron expectativas positivas hacia el consumo del tóxico 63,793% (37); prevalecieron las dimensiones de riesgo y agresividad 67,241% (39); seguida del deterioro cognitivo y conductual 63,793% (37). No se observó relación estadísticamente significativa entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas estudiadas. Predominan las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol en los adolescentes por lo que es necesario implementar la estrategia educativa diseñada que permita modificar esta realidad.

Palabras Claves:

<TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS >, < MEDICINA FAMILIAR>, <INTERVENCIÓN EDUCATIVA>, <ADOLESCENTES>, <VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS>, <CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL (AEQ-A) >, < PAQUETE ESTADÍSTICO PARA LAS CIENCIAS SOCIALES (SPSS) >, <RIOBAMBA (CANTÓN)>.

ABSTRACT

The objective was to design an educational intervention about the expectations towards alcohol in teenagers. of the Neighborhood La Florida, Country of Riobamba, from January to June of 2016. An applied, transversal, and descriptive-correlational investigation was made, within the universe of teenagers from 12 to 19 years (58). A form sheet was elaborated for the socio-demographic variables and an Alcohol Expectation Questionnaire (AEQ-A) of Brown and Goldman validated, for these ages in Latin America. The data was analysed by means of the SPSS 17 and the Chi-Square Test was used with a significance level of 5 % ($p < 0.05$). The teenagers between 15 and 19 years predominated with a 56,897 % (33), male gender 58,621 % (34), with a level of basic instruction without ending 60,345 (35), without stable union 91,379 % (30) and they presented positive expectation towards the composition of the toxic 63,793 % (37); the risk dimensions and aggressiveness 67,241 % (39), followed by the cognitive and conductual damage 63,793 % (37). It was not show relation statistically significant among the positive expectations towards the alcohol consumption in teenagers that is why is necessary to implement the designed educational strategy that allows modifying this reality.

Key Words:

<TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES >, < FAMILIAR MEDICINE>, <EDUCATIONAL INTERVENCTION>, <TEENAGERS>, <SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES>, <ALCOHOL EXPECTATION QUESTIONNAIRE IN ADOLESCENTS (AEQ-A) >, < STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS)>, <RIOBAMBA (COUNTRY)>.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa de crecimiento, desarrollo y cambios, además un período de inestabilidad, de búsqueda de identidad donde son fácilmente influenciados por el entorno en donde se desenvuelven.

El consumo excesivo de alcohol en adolescentes, se ve plasmado en varios estudios que demuestran que la edad de inicio de consumo de alcohol es cada vez más temprana lo cual representa problemas de adicción en un futuro, lo que ha permitido catalogar como un verdadero problema de Salud Pública debido a las consecuencias que ocasiona en el individuo, la familia, y la sociedad.

La región de las Américas, junto con Europa, tienen las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo, el Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas (OMS, 2013). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el Ecuador (ENSANUT, 2013) el 45,6% de los adolescentes de 10 a 19 años declara haber consumido alguna vez bebidas que contienen alcohol y el 34,4% reporta haberse embriagado alguna vez.

La Provincia de Chimborazo no escapa a esta realidad y a través de la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas se pudo evidenciar que en el barrio La Florida según el Análisis situacional de salud (ASIS) presentan factores de riesgo para consumo excesivo de alcohol por lo que se realizó un estudio descriptivo-correlacional, transversal que pretende establecer la relación que existe entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas.

Con la finalidad de diseñar una estrategia preventiva, en el estudio se aborda el alcoholismo desde la perspectiva integral e interdisciplinaria, lo que permitirá desde el punto de vista práctico la intervención de actores claves, para promover cambios de comportamiento en la población a través del manejo de las creencias erróneas que poseen sobre el consumo de alcohol, buscando incorporar elementos en una estrategia de intervención.

1.1 Planteamiento del problema

La adolescencia es un período de transición, inestabilidad, exploración, cambios y predominio de influencias del medio ambiente social y familiar, se evidencia el consumo generalizado del alcohol y otras drogas, con edades de inicio cada vez más tempranas, que puede provocar adicción en un futuro, por lo que el consumo excesivo de alcohol es considerado un problema de Salud Pública debido a las consecuencias que ocasiona en la salud familiar y colectiva.

Europa y las Américas tienen las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo aunque se han registrado incrementos en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental; mundialmente alrededor de 3,3 millones de personas murieron debido al uso nocivo del alcohol, lo que incrementa el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades incluyendo la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la neumonía y el VIH/sida. (OMS, 2013)

El consumo de alcohol provoca disfunción y discapacidad a una edad relativamente temprana y existe también una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de su letal influencia en las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, provocando no solo consecuencias sanitarias sino pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Según un reciente estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS para las Américas, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, seguidos por Brasil, México y Cuba, tienen las tasas más altas de mortalidad por causas atribuibles al alcohol, lo cual refleja los patrones nocivos de consumo.

En promedio, en el mundo cada persona de 15 años o mayor bebe anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro; existe un mayor porcentaje de hombres (7,6 %) en relación a las mujeres (4 %) que mueren por causas relacionadas con el alcohol, existe evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol en comparación con los hombres, lo que provoca consternación por el aumento constante en el consumo de alcohol entre las féminas. (OMS, 2013)

Se registran evidencias del incremento del consumo de alcohol en la etapa de la adolescencia. Los jóvenes que beben son 7.5 veces más propensos a utilizar otras drogas ilegales y cincuenta veces más propensos a utilizar cocaína que los abstemios, encuestas refieren que el 32% de las personas mayores de 12 años que bebían en exceso, también consumían drogas ilegales y este mismo reporte, asegura que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas. (OMS, 2013)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el Ecuador (ENSANUT, 2013) el 45.6% de los adolescentes de 10 a 19 años declara haber consumido alguna vez bebidas que contienen alcohol, en el grupo de 10 a 14 años es del 21.3%, mientras que para el grupo de 15 a 19 años es de 71.7%. Entre aquellos participantes que refirieron haber consumido alcohol alguna vez, el 25.2% informó además que había consumido alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta (32,4% en hombres y 17,1% en mujeres). Con relación a la embriaguez, la población de 10 a 19 años que respondió haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 34.4% reporta haberse embriagado alguna vez, y se registra una prevalencia más alta en hombres (39.5%) que en las mujeres (28.7%).

En una encuesta realizada por la Dirección Nacional de Policía Especializada para niños, niñas y adolescentes (DINAPEN, 2014) de la Provincia Chimborazo se encontró que esta realidad no es diferente porque el 37 % de los menores afirma que busca el alcohol como una forma de esparcimiento debido a que no cuenta con momentos de recreación familiar o porque en la ciudad faltan espacios y actividades para el tiempo libre según refieren.

A través de la elaboración de las fichas familiares durante el proceso de dispensarización, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas se pudo evidenciar que en el barrio La Florida, Riobamba, existen un número considerable de adolescentes ochenta (80), y en el Análisis Situacional de Salud (ASIS, 2014) se evidencia la presencia de factores de riesgo para el consumo excesivo de alcohol, como la presencia de familias con miembros que consumen alcohol y una cultura permisiva para su consumo, y se aprecia la existencia de expectativas hacia el alcohol en los adolescentes lo que estructura sus percepciones y actitudes hacia el tóxico, lo que puede tener una expresión en la frecuencia de problemas relacionados con el alcohol, por lo que muchos de ellos ya están vivenciando las consecuencias negativas de este fenómeno.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas en los adolescentes del barrio la Florida en el período de Enero a Junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre las expectativas hacia el alcohol en los adolescentes del barrio la Florida?

1.2 Justificación

La adolescencia se define como la etapa comprendida entre los 10 a los 19 años, en la cual se producen una serie de cambios tanto físicos, emocionales, de maduración psicológica y sexual, entre otros. La palabra adolescencia proviene de “adolece” que significa carencia o falta de madurez, lo que define como hombres y mujeres experimentan emociones, sentimientos encontrados en el transcurso de infantes a adultos, características propias de esta etapa, primando una actitud cuestionadora que se opone a las normas.

El adolescente está convencido de tener la razón en todo y que la realidad es tal y como él mismo la percibe, ante sus ojos los padres y profesores han perdido su estatus pero es altamente permeable por sus pares; por lo que en este período de inestabilidad y de búsquedas son fácilmente influenciados por el entorno; se ha podido evidenciar que el consumo de sustancias, principalmente de alcohol, se debe a una variedad de factores como: la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales, la religión, así como las políticas gubernamentales.

Por ello es necesario identificar los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, en este grupo etario, no solo las circunstancias personales (formar parte de un grupo, huir a sus problemas, reafirmar su identidad) o sociales (familias disfuncionales, pocas opciones sanas para empleo del tiempo libre, dificultades para la realización profesional) que aumentan su vulnerabilidad ante el tóxico, donde se incluyen las expectativas en relación al consumo excesivo mismo que condicionarían su percepción de riesgo.

El impacto de un bebedor en la familia es trascendental, los conflictos derivados provocan desconcierto y confusión en sus miembros, estrés, alteración en las normas y roles de cada uno de sus integrantes, provocando que todo el grupo familiar altere su dinámica. Además del aprendizaje por imitación de estas conductas, en el plano social se refuerzan con los mitos como que las prácticas sociales más divertidas están relacionadas al consumo del alcohol.

En el barrio La Florida el 40% de las familias son disfuncionales, y en su mayoría, se debe a las crisis relacionadas con que alguno de sus miembros consume bebidas alcohólicas. Del total de adolescentes que reside en este barrio, todos presentan al menos un factor de riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

Por lo tanto, es conveniente la realización de este estudio que surge de la necesidad de identificar los elementos que podrían contribuir a su prevención y la disminución de la vulnerabilidad ante el consumo de alcohol, mediante acciones que favorezcan cambios de actitudes y comportamientos, evitando las repercusiones sobre la salud individual, familiar y comunitaria.

Para ello se pretende diseñar una estrategia de intervención educativa sobre la base de las expectativas hacia el alcohol que tiene el grupo de adolescentes del barrio La Florida, Riobamba. En el marco teórico se abordaran los elementos fundamentales del fenómeno del alcoholismo desde la perspectiva integral e interdisciplinaria, lo que proporcionará las herramientas teóricas y desde el punto de vista práctico para la intervención sobre actores claves y la población general, a través del manejo de las creencias erróneas que tienen sobre esta droga legal.

1.3 Objetivos de la Investigación

General:

- Diseñar estrategia de intervención educativa sobre las expectativas hacia el alcohol en adolescentes del barrio la Florida en el período de Enero a Junio de 2016.

Específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas.
2. Determinar las expectativas hacia el alcohol de los adolescentes.
3. Identificar la posible relación entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas.
4. Diseñar estrategia de intervención educativa sobre las expectativas hacia el alcohol en adolescentes.

1.4 Hipótesis

- Existe una relación entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas en los adolescentes del barrio la Florida.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

El alcohol se ha convertido en una de las sustancias protagonistas del consumo de drogas en el mundo actual, adquiriendo un carácter destacado en lo que se refiere a las edades juveniles. Por ello existen multitud de estudios dedicados a analizar las pautas de consumo de alcohol por parte de este sector vulnerable de la población. Las cifras del consumo juvenil comienzan a ser preocupantes por su progresivo asentamiento y, sobre todo, por las pocas barreras capaces de contrarrestar su incidencia; además, es considerada una ‘droga portero’ pues prepara el camino al consumo de otras drogas. El alcohol representa una droga "lícita" con la cual se inician los adolescentes en las adicciones porque es barato, accesible y socialmente aceptado.

2.1 Antecedentes del problema

Aunque la ley establece una edad específica para poder comprar y/o consumir bebidas alcohólicas en casi todos los países en donde el consumo de alcohol ha sido legalizado, principalmente en menores de edad tiene un inicio cada vez más temprano con nefastas repercusiones en la salud y en el desarrollo de la persona. Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta por ello han sido objeto de investigaciones en la búsqueda de su prevención.

En el año 2016 Morojele K, Ramsoomar L realizaron una investigación en África del Sur acerca del consumo excesivo de alcohol, pues es considerado como un problema de Salud Pública en este país, donde el uso es caracterizado por la embriaguez recurrente y el consumo compulsivo mayoritario en los hombres, en tanto que en las mujeres se aprecia

un aumento significativo en las últimas décadas. Estos autores concluyeron que el consumo compulsivo de alcohol es un factor de riesgo importante para una gama de daños como por ejemplo: accidentes, muertes, violencia interpersonal, comportamiento sexual de riesgo entre otros, ante esto se puede direccionar al adolescente para el uso del alcohol y los daños provocados a través de la aplicación de intervenciones breves y tratamiento adecuado.

Panagiotis V, Lama J, et al, en el año 2013, realizaron una revisión sistemática titulada “La relación entre el consumo de alcohol y la toma de riesgos sexuales en América Latina” cuyo objetivo fue proporcionar una descripción de la bibliografía sobre la asociación entre el consumo de alcohol y la toma de riesgos sexuales, con foco en América Latina. La búsqueda fue en base de datos como MEDLINE, Embase, Web of Science, LILACS y Cochrane donde seleccionaron 561 artículos singulares y analizaron 30, de los cuales 27 revelaron asociaciones directas o indirectas entre el consumo excesivo de alcohol y el sexo sin protección o de riesgo, y los 3 restante no presentaron asociación directa. Finalmente se concluye que se requiere llevar a cabo nuevas investigaciones para establecer los factores y los comportamientos que podrían ser objeto de modificación para reducir la asociación entre los trastornos por consumo de alcohol y el comportamiento sexual de riesgo.

Otra tendencia significativa de los estudios actuales en el tema han sido las consecuencias a largo plazo de la exposición al tóxico durante el embarazo, Heather C, Montague R, (2011), en Estados Unidos mencionan que es vital diagnosticar precozmente a niños nacidos con exposición prenatal al alcohol, enfatizando en todas las “dificultades cerebrales” derivadas de los efectos teratogénicos del alcohol y la necesidad de reducir los riesgos y aumentar los factores protectores.

Para estimular el progreso de la investigación en estos campos, se discuten una gran variedad de intervenciones tempranas, para lograr las adaptaciones necesarias. Se proporcionan enlaces a sitios web, información de apoyo a los padres y temas de capacitación para proveedores de intervención temprana en estos temas, especialmente

en la adolescencia por constituir una etapa de riesgo, por las características del desarrollo físico y mental, de comportamiento sexual inadecuado y en que el consumo de alcohol incrementa considerablemente la vulnerabilidad en todos los órdenes de la vida, por lo que es importante trabajar entonces en intervención primordial.

En el año 2015, Reyes J y Rodríguez L realizaron una investigación titulada “Consumo compulsivo de alcohol como factor de riesgo para la violencia entre estudiantes de la escuela secundaria en una muestra nacionalmente representativa en Puerto Rico”, donde se trazaron como objetivo determinar la asociación entre el consumo compulsivo de alcohol y la violencia en estudiantes de enseñanza secundaria, encontrando los siguientes resultados: casi 20% de los miembros de la muestra divulgaron que el consumo compulsivo de alcohol había ocurrido durante las 2 semanas antes de la encuesta (17,7%), concluyeron que el estudio muestra una asociación entre el consumo compulsivo de alcohol y la violencia en los adolescentes puertorriqueños, indicando que las juventudes que abusan del alcohol pueden estar en el riesgo creciente de violencia. Estos hallazgos sugieren que los programas de la prevención de la violencia sean integrados con programas de la prevención del uso de la sustancia.

Un estudio realizado en Loja, Ecuador determinó que la edad media de consumo de alcohol era de 12 a 13 años y la causa del consumo de alcohol de los adolescentes, indicada por la mayoría lo realiza por “situaciones sociales y también por pertenecer a un grupo de iguales” Pineda J (2014).

Investigaciones realizadas con poblaciones adolescentes en Estados Unidos señalan que el 80% de los adolescentes ya han tenido experiencias de consumo de alcohol para el último año de secundaria y que casi la mitad ha experimentado con alcohol antes de ingresar a la secundaria (Donovan, Leech, Zucker, et al., 2004) y que un factor de riesgo para el consumo abusivo de alcohol es el inicio temprano de la ingesta. (Lo, 2000; Pitkänen, Lyyra y Pulkkinen, 2005; Spear, 2000; Warner y White, 2003). También encontraron que el tipo de consumo que se registra principalmente es de tipo experimental (Johnson, Greenlund, Webber y Berenson, 1997), aunque se señala que existen dificultades en establecer las estadísticas confiables ya que no existen suficientes encuestas destinadas a avalar el consumo de alcohol en edades tempranas. (Donovan et al., 2004).

En las últimas décadas las investigaciones se han orientado hacia el estudio de las expectativas hacia el alcohol (EA). De acuerdo con la definición clásica estas “son las creencias acerca de los efectos que el alcohol produce sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones. La percepción de contingencia entre un comportamiento dado y ciertos resultados conduce al almacenamiento de tales asociaciones en la memoria, en la forma de expectativas del tipo “*si... entonces...*” entre el comportamiento y los resultados. Estas asociaciones almacenadas, influyen tiempo después en la decisión de realizar o no un comportamiento dado, en este caso, consumir o no alcohol.” (Goldman, Brown, Christiansen y Smith, 1991).

Varios estudios longitudinales observaron relaciones significativas entre las EA, el consumo de alcohol en el grupo de pares y la aparición de problemas relacionados con el uso de alcohol (Fearnow-Kenny, Wyrick, Hansen, Dyreg y Beau, 2001). Al respecto, aquellos adolescentes que mantenían más EA positivas y percibían un mayor consumo por parte de sus amigos tenían mayor probabilidad de presentar problemas asociados con el alcohol. Esta relación positiva entre EA y la aparición de problemas asociados al consumo de alcohol también es informada por otros autores (Finn, Sharkansky, Brandt y Turcotte, 2000).

Pero si bien las investigaciones en el área de las EA han aumentado desde su surgimiento en los años 70 hasta la actualidad, en nuestra región no se encuentran muchos trabajos centrados en este constructo. Esto puede deberse, al menos en parte, a la ausencia de instrumentos locales para evaluar las EA en niños y adolescentes para nuestro medio. Teniendo en cuenta esta realidad y con el objetivo de suplir esta carencia, se construyeron el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A; Pilatti, Godoy y Brussino, 2010), y el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Niños (CEA-N; Pilatti, Godoy y Brussino, 2010).

En orden de completar y ampliar los resultados anteriormente encontrados, el presente trabajo tiene como finalidad de identificar las EA que tienen un grupo de adolescentes y su relación con variables socioeconómicas como sexo, edad, instrucción, ocupación, y

evaluar el poder predictivo de estos resultados para el establecimiento de una estrategia de intervención educativa que posibilite la prevención del inicio temprano del consumo o su escalada perjudicial para la salud y el desarrollo en este grupo etario.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 *Familia y adolescencia*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (2009) considera que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad que goza de derechos y deberes, el término ha cambiado considerablemente a lo largo del tiempo por varios factores como la evolución, la globalización, la aceptación en algunos países de la adopción en parejas homosexuales, entre otras.

2.2.1.1 *Clasificación de la familia*

Alvarez, R (2008) clasifica a la familia en:

Según su estructura se clasifica en:

- Por el número de sus miembros:
 - a) Familia grande: más de 6 miembros.
 - b) Familia mediana: entre 4 y 6 miembros.
 - c) Familia pequeña: de 1 a 3 miembros.

- Por la ontogénesis de la familia:
 - a) Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones -padres e hijos-, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos.
 - b) Familia extensa: presencia de dos generaciones o más.

c) Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

- De acuerdo al número de generaciones:

a) Familia bigeracional.

b) Familia trigeracional.

c) Multigeracional

Si la pareja sufrió la muerte de uno, divorcio o separación y es nuclear puede nombrarsele monoparental. Si existiera un matrimonio nuevo se le denomina reconstituida.

2.2.1.2 *La familia como sistema*

La familia constituye el primer eslabón en la formación de los hijos, que puede ser compleja de acuerdo a la influencia recibida, por lo tanto es importante mencionar que en la misma existen pautas para su crecimiento y desarrollo.

La familia es considerada como sistema y se denomina sistema a la “suma total de partes que funcionan independientemente pero conjuntamente para lograr productos o resultados requeridos, basándose en las necesidades”. (Kaufman, 2005)

La descripción de la interacción familiar basada en este concepto no se refiere a un determinado conjunto de personas (por ejemplo, la familia "nuclear", de padres e hijos, o la familia "extendida", que incluye a varias generaciones) sino que apunta más bien, a señalar las relaciones específicas que se construyen entre los miembros de una familia, y no a la simple superposición de sus características individuales, enfocándose dentro de esta teoría a la familia como constitución de un sistema de relaciones.

Concebida desde esta perspectiva, implica que las conductas de los individuos que la integran son interdependientes y mutuamente reguladas por un mecanismo interno constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas, la cual rige el funcionamiento de sus miembros, facilita la interacción recíproca y define una gama de conductas posibles.

La familia es además un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social; que transmite los valores y creencias propias de la cultura a la cual pertenece, conformando un micro grupo con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de gran relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes.

Por lo tanto la afectación individual de uno de sus miembros afecta al entorno y viceversa provocando alteraciones en la dinámica familiar en el contexto familiar y social. La familia es, también, un sistema en constante cambio por lo tanto es dinámico y abierto que evoluciona a través de etapas que forman ciclos y en cada una se desarrollan tareas propias que deben ser alcanzados para posibilitar el paso de una etapa a otra.

Cuando la familia es sometida a eventos vitales estresantes que no sean solucionados pueden generar crisis las mismas que puede ser normativas (coinciden con el ciclo vital), paranormativas (que no coinciden con el ciclo vital), por ello hay autores que desechan esta visión lineal y señalan que el ciclo de vida familiar consiste en la alternancia de fases en las cuales predomina la cohesión con fases en las que predomina el desligamiento.

2.2.1.3 *Etapas de la familia*

Existen una serie de acontecimientos denominados normativos que marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital y diferentes clasificaciones, pero la propuesta por la OMS es la más utilizada

Tabla 1. 2: Clasificación del ciclo vital de la familia según la OMS.

Etapas	Desde	Hasta
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extensión	Nacimiento del primer hijo	Independencia de uno de los hijos
Contracción	Independencia de uno de los hijos	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2008.

Generalmente es en la etapa de extensión cuando uno o más integrantes son adolescentes, enfrentándose a intensos cambios gracias a diferentes transformaciones impactando en el funcionamiento individual, familiar y social, por lo tanto pueden existir afectaciones generando alteraciones.

Para Álvarez, R (2008) los adolescentes presentan varios factores de riesgo que se mencionan a continuación:

- Consumo de alcohol y drogas.
- Hábito de fumar.
- Obesidad.
- Malos hábitos alimentarios.
- Sedentarismo.
- Uso inadecuado de medicamentos.
- Conducta sexual inadecuada.
- Riesgo de accidentes.
- Riesgo preconcepcional.
- Deserción escolar.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Inadecuado empleo del tiempo libre

Diversos autores consideran este momento como uno de los más difíciles dentro del ciclo vital de la familia, es una etapa donde los distintos miembros de la familia cambian su

orientación hacia relaciones extra familiares y las fronteras pueden volverse más permeables que en etapas anteriores.

Esta característica se nota con claridad en los típicos conflictos padres-hijos referidos a la defensa por parte de los adolescentes de su privacidad y autodeterminación, en contraposición al intento de los padres por mantener las mismas pautas de relación de la niñez. No obstante, el adolescente está viviendo tendencias "homeostáticas", en el sentido que mantienen conductas que reflejan sus necesidades infantiles de protección y control por parte de sus padres, a la vez que buscan y exigen mayor independencia.

Schreck Schuler A, Páramo M (2015) en el manual denominado "Misión imposible comunicarse con los adolescentes" mencionan que en la etapa familiar en la que existen adolescentes se viven acontecimientos importantes como:

- Los abuelos se preparan para el retiro o presentan alguna enfermedad importante.
- Los padres pueden estar en la crisis de la "edad media", en la cual se reevalúan las ambiciones y se cuestionan los logros alcanzados, que puede provocar duelo por frustraciones.
- Dentro de esta reevaluación, la relación de pareja puede vivir una redefinición que está impulsada por los cambios en la autonomía de los hijos y la emergencia de anhelos que habían sido postergados, presentándose crisis matrimoniales.
- Los hijos buscan consolidar su propia identidad e insertarse socialmente.
- Toda la familia se desplaza de manera natural hacia un sistema más individualizado y diferenciado lo que trae consigo alta inestabilidad de las reglas familiares, aumenta la ansiedad y los conflictos. Suelen ocurrir grandes cambios en el estilo de vida: retiro laboral, divorcio, nuevas nupcias, cambios de empleo, etc.

Se podría decir que es una etapa que implica en cierta medida procesos de separación y de duelo para toda la familia. En el adolescente es un duelo el ir abandonando la seguridad de la dependencia infantil, así como el quiebre de la imagen parental idealizada. Para los

padres es también un duelo el aceptar que el hijo vaya separándose, compartiendo menos tiempo con la familia, teniendo su propia identidad que a veces no concuerda con el ideal de los padres. En este sentido, siempre hay un duelo del ideal del yo de los padres proyectado en el hijo.

Los padres con rígidos criterios de crianza, familias arraigadas a valores tradicionales, que han tenido dificultades para respetar los derechos de los descendientes desde la infancia y lograr acuerdos frente a la lógica autonomía de los hijos, cuando el adolescente tiende a desafiar las normas, les es aún más crítico este problema.

En las familias cuyo sistema de relaciones es vulnerable, la emergencia de la sexualidad del adolescente, por ejemplo, puede activar o desencadenar problemas de gravedad y consecuencias diversas, tales como abuso sexual, incesto o embarazo, consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas en los adolescentes. Todos estos ajustes dependen del grado de adaptabilidad de la organización familiar y determinaran su funcionalidad. (Post y Robinson, 2008)

2.2.1.4 *Crisis familiares*

De acuerdo con Valdés, A .y Ochoa, J. (2010) las crisis "Son estados temporales de malestar y desorganización caracterizados por la incapacidad de la familia, para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados y por el potencial para obtener resultados positivos o negativos".

Las crisis familiares actúan a nivel del funcionamiento familiar, cuando no existe una respuesta adaptativa satisfactoria.

Dentro de los eventos críticos están:

Crisis normativas denominadas también **evolutiva**, que están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia; es decir todos los cambios y transformaciones en los roles familiares por lo tanto pertenecen a las diferentes etapas de la vida como formación, extensión, contracción y disolución.

Crisis paranormativas: son aquellas que no coinciden con el ciclo vital, generando disfunción en la familia. Cristóbal Martínez (2001, pp. 119-120.), las clasifica en:

- Crisis por incremento: expansión de la familia pero no por nacimiento, sino corresponde a un integrante independizado que regresa al ciclo familiar.
- Crisis por desorganización: para su buen funcionamiento la familia necesita tener una organización interna y ésta se puede ver afectada por múltiples causas: alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónicas en alguno de sus miembros, jubilación o invalidez, etc.
- Crisis por desmoralización: se dan cuando los valores familiares son violentados por miembros de la familia o por personas ajenas a ella; puede ser por conducta antisocial de alguno de sus miembros o por estar uno de ellos en prisión, etc.
- Crisis por desmembramiento: se pueden producir por varios eventos entre ellos divorcio o separación de la pareja, muerte, abandono, migración.
- Crisis mixta: se caracterizan por la presencia de elementos distintivos de otras crisis, por lo cual deben ser evaluadas y tratadas de acuerdo con la situación en estos casos.

Lo mencionado anteriormente es importante porque en una familia con la presencia de uno de sus integrantes que consuma excesivo alcohol o sea catalogado como un alcohólico se pueden presentar todas estas crisis que afectan la dinámica familiar.

2.2.1.5 *Funcionamiento familiar*

“El funcionamiento familiar es, por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia”. (Castellón S, 2012)

Por lo tanto el funcionamiento de la familia puede considerarse como saludable cuando cumple exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, en todas las etapas se hará mención a las principales tareas de las familias con hijos adolescentes.

Al existir cambios en los integrantes de la familia activan nuevos cambios predominando entonces la retroalimentación positiva sobre la negativa, por lo tanto es considerada por diversos autores como la más difícil. (Carrasco E, 2011)

La funcionalidad familiar es un proceso de reajuste, dentro de las principales características de la familia funcional están jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. (Herrera P. 1997)

La familia no funcional o disfuncional es aquella en la que existen diferentes tipos de problemas o situaciones conflictivas que están generadas por las crisis paranormativas.

Un ejemplo claro lo constituye el alcoholismo o dependencia al alcohol, pues el impacto en la familia es enorme originando divorcios, varios tipos de violencia, y abandono. La familia intenta estabilizar dicho sistema adoptando roles disfuncionales que lleva a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros.

Existen algunos especialistas como Stephanie Brown (1985); que es una de las pioneras en el tratamiento de las familias alcohólicas, quienes afirman que la familia con un miembro alcohólico no es una familia disfuncional, es una familia que ha aprendido a funcionar con un miembro enfermo gracias al reacomodo que se da a raíz de la enfermedad. Se vuelve disfuncional cuando el alcohólico entra en tratamiento y no se

necesitan los roles tradicionales que mantenían los distintos miembros de la familia. (Brown S 1985; citado en Eckart C 2013)

Eckart C, 2013; menciona que los roles asumidos en una familia con la presencia de un alcohólico son:

- Rescatador: justifica en todos los aspectos al adicto, a través de excusas.
- Cuidador: asume responsabilidades ajenas que pueden provocar sobrecarga.
- Rebelde: atraer la atención de la familia sobre él y los demás desembocan su ira y frustración.
- Recriminador: culpa al adicto de todos los problemas y lo que ocasiona es que aumente su consumo.
- Desentendido: generalmente es un menor de edad que se mantiene alejado de las discusiones pero en su interior hay gran tristeza.
- Disciplinador: trata de generar disciplina, agrede al adicto y provoca sentimientos de culpa.

Es frecuente que las familias que en fases anteriores han sido funcionales, ahora presenten dificultades para aceptar los cambios y la apertura del sistema familiar, con la flexibilidad creciente de las fronteras familiares para permitir la necesaria independencia de los hijos adolescentes, y vivan una crisis en esta etapa. En general la rigidez del sistema familiar es un factor que puede alterar este proceso.

2.2.1.6 *Adolescencia, una etapa de cambios*

La Organización Mundial de la Salud (2000), define a la adolescencia como el “periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, la etapa que va desde los 10 a los 19 años. En el cual se producen variaciones tanto a nivel cultural como individual. Su desarrollo depende del logro individual de

circunstancias sociales e históricas que pueden facilitar o dificultar la adhesión a un determinado estilo de vida e identidad personal.”

Hoy en día, no existe confusión con los términos “adolescencia” y “pubertad”, el segundo que viene del latín *pubertas* quiere decir madurez (aunque en sus orígenes significaba “cubrirse de pelos”), el término hace referencia a la consecución de la madurez sexual o gonadarquía, y adolescencia que viene del latín *adolescens* significa crecer por lo cual hace referencia a un período mucho más amplio y que constituye la transición gradual de la infancia a la vida adulta; es considerada entonces como un período de transiciones y la pubertad es una de ellas. (Matas, 2008 citado por Nieves JA, 2012).

Matas en el año 2008, destaca que; históricamente, con la revolución industrial se produjo una mayor marginación y subordinación de los más jóvenes, que antes no importaba su nivel educacional para acceder al mercado laboral, pero que ante las nuevas exigencias fueron expulsados del mundo del trabajo y ya no podían participar en la vida de los adultos como antes. Desde ese entonces, la dependencia económica los lleva a una vida bajo el control familiar y social a la cual se resisten por sentir que limita sus libertades. Sus rebeliones se manifestaron de formas variadas: revueltas, participación en las revoluciones, delincuencia y otras muchas manifestaciones de contraculturas y de subculturas, con el tiempo llegaron a orientar esa agresividad hacia sí mismos como justificación de sus tormentos interiores ante las limitaciones a su independencia que les impone la sociedad.

Y como si todo esto fuera poco los adolescentes se enfrentan a un mundo que se hace más competitivo, individualista y complejo, donde el consumismo se transforma dentro del aspecto sociocultural, en el principal motor de la vida, apareciendo como organizador y regulador social, con bases propias para una sociedad adicta al consumo en general. No se trata de un simple cambio en la cotidianeidad o en las costumbres sino que significa un fuerte retroceso en las instancias de socialización y contención, impactando fuertemente en la constitución de la identidad colectiva e individual. (Conocente y Stehlik, 2007).

Todo ello configurar un terreno propicio para diversas problemáticas sociales, entre otras razones porque la posmodernidad no solo condiciona buscar mayor tiempo para dedicarle

a la diversión sino también prolongar las sensaciones placenteras o intensificarlas mediante diversas formas, una de éstas es la asociación entre diversión y consumo de sustancias psicoactivas, reforzada y naturalizada por diferentes estrategias de mercado, que orienta a los adolescentes hacia conductas riesgosas y las expone a situaciones que pueden ser letales. (Nievas JA, 2012)

Por las características típicas de esta etapa evolutiva por la que atraviesan, los adolescentes constituyen un grupo vulnerable, lo que posibilitaría, entre otros riesgos, el consumo de diferentes y diversas sustancias psicoactivas, riesgo que va en crecimiento debido a que cada vez el inicio en el camino de las adicciones se produce más temprano. (Conocente y Stehlik, 2007).

2.2.2 *Consumo de Alcohol*

2.2.2.1 *Bebidas alcohólicas y su historia*

Varias revisiones avalan que el consumo de alcohol es tan antiguo como la misma sociedad, pues existen datos que avalan su consumo desde 6000 años antes de Cristo que en el mundo descubriera la producción de bebidas alcohólicas gracias al proceso de la fermentación; de tal modo, el consumo de alcohol ha formado parte de la cultura de algunas civilizaciones a lo largo de la historia de la humanidad y su comportamiento ha ocasionado controversias, mitos, prejuicios, malentendidos e incomprensiones.

Algunos historiadores señalan que la producción de bebidas como el vino pudo ser un factor clave para que los hombre primitivos abandonaran la vida nómada y adoptaran la vida sedentaria, pues para que cultivos como la viña produjesen vino se requería permanecer algunos años sobre un mismo territorio, además del vínculo establecido con lo divino y su asociación a los rituales religiosos.

Según los egipcios Osiris (dios de la vegetación y la agricultura) permitió conocer el vino y facilitó la adopción de normas de convivencia, los hebreos atribuyen a Noé al haberse dedicado a la labranza y a plantar la vid, mencionándose en la Biblia que al finalizar el

diluvio universal bebieron y se embriagaron. Incluso para algunas religiones como el cristianismo el vino es una de las materias de la eucaristía, al emplear la metáfora del vino como sangre de Cristo, el hijo de Dios. (Congil L, 2005)

Aunque la alquimia aparece referida desde la antigua Grecia, la destilación para la obtención de alcohol es un descubrimiento árabe, como el origen etimológico del propio término 'alkuhi' (esencia o espíritu), que algunos autores atribuyen a Ibn Yasid. Este descubrimiento no anterior al siglo X, tiempo en que Venecia comerciaba establemente con los árabes, posibilitó la primera utilización del alcohol como sustancia medicinal en el año 1.100, cuando la escuela de Salerno (Italia), diferenciaba dos formas: el "aqua ardens" de 60 grados alcohólicos y el "aqua vitae" de 90 grados. Pero el perfeccionamiento de la técnica de la destilación en Europa también viabilizó obtener bebidas alcohólicas de mayor concentración y efectos tóxicos. Pasteur descubrió la intimidad del proceso de fermentación, iniciándose la llamada enología científica.

En 1849 surge el término alcoholismo acuñado por el sueco Magnus Huss y en la actualidad se considera que es la segunda droga de mayor consumo después de la cafeína. Desde entonces numerosos estudios se enfocaron en los efectos del abuso del alcohol por sus repercusiones negativas en todos los aspectos de la vida del individuo tanto personal como familiar, social y laboral, por lo que pronto para médicos como Thomas Trotter y Benjamin Rush en el siglo XIX el alcoholismo paso a ser considerado como una enfermedad crónica y una amenaza para la vida.

En las culturas americanas como los mayas existe representaciones de vasijas y algunos jeroglíficos que podrán representar el consumo de alcohol, se considera que algunos nativos desarrollaron bebidas alcohólicas durante la época precolombina a través de la utilización de la fermentación del maíz y frutas como uvas y manzanas denominándose "chicha". Según referencias encontradas, en el Ecuador desde estas épocas antiguas se consumía alcohol principalmente en las fiestas como matrimonios y bautizos e incluso la

embriaguez era consentida y tolerada por las autoridades. Se describe que en nuestro país el consumo de estas bebidas atravesó varias etapas (Guerra H, Riofrío I, 2005: p 7-14)

- Beber ceremonial: Cuando los conquistadores llegaron a Ecuador e impusieron la religión católica también inculcaron nuevas costumbres como el consumo de vino ceremonial u otras bebidas asociadas a festividades religiosas.
- Beber estimulante: Cuando los conquistadores españoles incentivaron al consumo del licor que en cierta forma sirvió para mitigar la resistencia.
- Beber anestésico: Cuando se extiende el consumo como un mecanismo de escape ante los problemas, generando olvido e inconciencia.
- Beber compulsivo y embrutecedor: Cuando en la época denominada los “Estancos” se obtienen diferentes tipos de etanol y aparecen las cantinas como escenarios de distribución pública convirtiéndose en algunos casos en una forma de vida y dando origen al “bebedor compulsivo”.

De modo general se produjeron cambios en el patrón de consumo del período colonial al republicano pues el consumo pasa de ser comunitario a ser personal, y hacia mediados del siglo XX se ve estimulado por ciertos aspectos como el fenómeno “hippie”, en Europa y Norteamérica que sumados al boom petrolero en Ecuador permitió el incremento de la producción y comercialización de ciertas drogas, principalmente el alcohol, que posteriormente ante la crisis generada con el incremento del desempleo y la desesperanza, se vieron afectados principalmente los grupos vulnerables, donde los más jóvenes estuvieron más propensos a una conducta adictiva/evasiva y con mayor predisposición al sexo masculino.

Se define al alcohol como “sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.” (OMS, 2014)

Como menciona García, E., et al (2004) "Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables."

Según Estruch, R. (2002) el alcohol etílico consumido a dosis altas provoca trastornos a nivel del tubo digestivo, como por ejemplo alteraciones de la motilidad gástrica, aparición de reflujo gastroesofágico y otras consecuencias como gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarreas. En el aparato cardiovascular en el consumo agudo da lugar a una reducción de la función. A nivel del sistema nervioso, produce efectos sobre la electrofisiología cerebral con efecto depresor. El alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en exceso y afecta de forma importante a su conciencia.

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo Magnus Huss en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.

Según los criterios de clasificación internacional de enfermedades (CIE10 o ICD0) la dependencia del alcohol se definiría como el conjunto de manifestaciones fisiológicas de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad de controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de

abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas de abstinencia.

La literatura coinciden en definir al alcoholismo como una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física con cambios orgánicos patológicos, se ha identificado que existe un predominio en el sexo masculino aunque es cada vez mayor la adicción por el sexo femenino y en adolescentes en general. (Boffil O, 2010)

La OMS describe los patrones de su abuso como: consumo de riesgo es el patrón que causa daño en la salud y es persistente y equivale a 20 a 40 gramos de alcohol diario en las mujeres y 40 a 60 gramos en los hombres, el consumo perjudicial consiste en la ingesta superior a las anteriores con daños en la salud física y/o mental, y la dependencia alcohólica como el conjunto de fenómenos de tipo conductual, cognitivo y fisiológico donde el uso del alcohol es lo prioritario.

Según Roson (2008), considera un **consumo de riesgo** como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente, aunque en ocasiones un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume.

El consumo perjudicial o dañino de alcohol sería aquel patrón de consumo que causa daño a la salud que puede ser físico (cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino.

2.2.2.2 *Alcoholismo y adolescencia*

La adolescencia es una etapa difícil del desarrollo donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol ya sea por la reafirmación de la independencia o la virilidad, la libertad en la toma de decisiones o la creencia de determinados mitos, la imitación de los adultos o la presión de grupo de coetáneos.

Desde una perspectiva de análisis psicosocial, el consumo juvenil de alcohol representa, en nuestra cultura mediterránea, una práctica ligada a usos lúdicos y recreativos, con base en los mecanismos de identificación y modelado grupal que, dada la propia idiosincrasia de las prácticas de uso y abuso, presenta manifestaciones de consumo masivo. (Moral, M., Ovejero, A. 2010)

Moral, M., Ovejero, A. (2010) refieren que se han obtenido resultados diferenciales en los motivadores de consumo, la percepción de riesgo y las consecuencias derivadas del tipo de consumo en función de la percepción del tipo de bebedor (de excesivo a abstemio), vinculado al proceso de mentalidad del usuario descrito.

Múltiples son los estudios que se han dedicado a identificar las edades en que con mayor frecuencia se desarrolla esta enfermedad. Díaz Martínez (2009) al estudiar el consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato en México observó que la frecuencia y el mayor riesgo de ser afectado por el alcoholismo se incrementaron con la edad, cuadruplicándose en los estudiantes de 18 a 19 años con respecto a los de 14 a 15 años, lo que coincide con estudios hechos en Cuenca, Ecuador. (González O, 2012)

En las investigaciones se ha llegado a precisar que la percepción de beneficios constituye un importante predictor del consumo de alcohol (Hampson, Severson, Burns, Slovic y Fisher, 2001) y algunos estudios han constatado que a medida que aumentan la edad y la experiencia, los adolescentes perciben más beneficios asociados al consumo de alcohol y menos riesgos derivados de esta conducta (Mi-llstein y Halpern-Felsher, 2002).

No obstante soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga ya que el alcohol origina el 25% de la mortalidad en los hombres y del 10% en las mujeres

(Galán, 2008). Conforme aumenta la edad también lo hace la cantidad de alcohol que ingieren: entre los 12 y los 20 años más de un 5% son bebedores abusivos y en muchos casos, el consumo de alcohol en jóvenes se asocia al consumo de otras drogas. (Tirado 2007).

Silva, R., Villaroel, O. (2009) encontró en un estudio realizado en Riobamba que un gran número de adolescentes buscaban el alcohol como fuente de escape a sus múltiples conflictos. La seriedad de este tema las llevo a investigar los factores de riesgo familiares e individuales relacionados con el inicio del consumo de alcohol destacando que, en general, en estas familias hay una estructura alterada, son disfuncionales, muestran un patrón agresivo de regresión, dificultades para expresar los afectos y las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la adolescencia, como dependencia, tolerancia o síntomas de abstinencia, parecen menos graves o evidentes posiblemente debido a la menor evolución del consumo. Los problemas más frecuentes se centran en las intoxicaciones agudas, accidentes de tráfico, dificultades escolares, problemas legales y asociación al consumo de otras drogas (Tirado 2007).

2.2.2.3 *Consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes*

Carvajal M, 2015 menciona que:

- El alcohol es adictivo para todos y cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta 5 veces la probabilidad de que se genere una adicción.
- Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.
- Los adolescentes que consumen alcohol están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. De igual

modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.

- Los adolescentes que abusan del alcohol son 4 veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema de alcohol.
- El consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito.
- Al ser un depresor del sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).
- El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de otras sustancias adictivas.
- El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.
- Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia. Como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad. Pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas.
- El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa 4 veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años.

2.2.2.4 *Expectativas hacia el alcohol*

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua la palabra expectativas procede del latín *expectātum* 'mirado, visto'; se define como la esperanza de realizar o conseguir algo, o la posibilidad razonable de que algo suceda, este término es utilizado

principalmente en Psicología, las mismas surgen en casos de incertidumbre cuando aún no está confirmado lo que ocurrirá.

Si la expectativa no se cumple hay decepción, en cambio si la realidad supera a la expectativa hay sorpresas que puede ocasionar alegrías.

En las últimas décadas han surgido una línea de investigación centrada en el concepto de Expectativas hacia el Alcohol (EA) que de acuerdo con la definición clásica estas son entendidas como las creencias acerca de los efectos que el alcohol produce sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones. (Goldman et al., 1991).

Una clasificación general de las EA agrupa a estas creencias en positivas y negativas (Goldman et al., 1991; Leigh 1999). La decisión de consumir alcohol estaría guiada en parte por la creencia que el alcohol resultará en consecuencias deseables (Ardila y Herrán, 2008; Randolph, Gerend y Miller, 2006; Zamboanga, 2005), mientras que las expectativas negativas se encuentran más asociadas con la decisión de evitar o retrasar el consumo o a detenerlo una vez iniciado (Dijkstra, Sweeney y Gebhardt, 2001; Jones, Corbin, y Fromme, 2001).

Estas creencias están presentes principalmente en los adolescentes antes de iniciar su primera experiencia directa con el alcohol (Dunn & Goldman, 2000; Hipwell et al., 2005) y según diversos trabajos, los adolescentes de menor edad presentan más EA negativas que los mayores y que, una vez que comienzan a experimentar con el alcohol al inicio de la pubertad, las EA se convierten mayormente en expectativas positivas y permiten predecir el comienzo de la conducta del beber (Catanzaro y Laurent, 2004; Dunn y Goldman, 2000).

Mediante estudios transversales y longitudinales se ha registrado que las EA no sólo están presentes en los adolescentes antes que tengan su primera experiencia directa con el tóxico (Cameron, Stritzke y Durkin, 2003; Dunn y Goldman, 2000; Hipwell et al., 2005), sino también la existencia de cambios en el tipo de EA que se tienen asociadas a la edad.

Al respecto, con el aumento de la edad se incrementa el reporte de más EA positivas y de menos EA negativas hacia el alcohol (Cameron et al., 2003; Dunn y Goldman, 2000; Hipwell et al., 2005; Wiers, Sergeant y Boudewijn Gunning, 2000), cambio que coincide generalmente al inicio de la pubertad, con el momento en que infantes y adolescentes comienzan a experimentar con el alcohol, (Catanzaro y Laurent, 2004; Dunn y Goldman, 2000).

Por otra parte, se coincide en la literatura que los adolescentes que mantienen más expectativas positivas hacia el alcohol tienen una mayor probabilidad de iniciarse más temprano en su consumo (Killen et al., 1996) y de presentar además mayores patrones de consumo de alcohol, siendo el consumo abusivo más perjudicial. (Catanzaro y Laurent, 2004; Randolph et al., 2006; Zamboanga, 2005).

Los resultados encontrados en poblaciones adolescentes muestran una asociación entre las expectativas positivas y mayores patrones de consumo de alcohol (D'Amico & Fromme, 2001; Mackintosh et al., 2006; Randolph et al., 2006; Zamboanga, 2005).

2.2.2.5 *Prevención del consumo de alcohol en adolescentes*

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998)

Como se señaló con anterioridad, el consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle una adicción.

Las drogas modifican el cerebro y esto puede llevar a la adicción y causar otros problemas graves. Por lo tanto, la prevención del consumo temprano de alcohol o cualquier sustancia nociva puede marcar una gran diferencia en la reducción de estos riesgos.

El riesgo del abuso de alcohol aumenta en gran medida tiempos de transición, especialmente en el adolescente, los periodos de riesgo incluyen mudarse o cambiar de escuela. En la adolescencia temprana, cuando los niños pasan de la primaria a la escuela media, se enfrentan a situaciones sociales y académicas nuevas y desafiantes. A menudo, durante este período, los niños están expuestos a sustancias que se prestan al abuso (como los cigarrillos y el alcohol) por primera vez.

Cuando entran a la escuela secundaria, los adolescentes pueden enfrentarse a una mayor disponibilidad de drogas, al consumo de drogas por parte de adolescentes mayores o a actividades sociales donde el consumo es común.

Al mismo tiempo, muchos comportamientos que conforman un aspecto normal de su desarrollo, como el deseo de probar cosas nuevas o correr mayores riesgos, pueden aumentar las tendencias de los adolescentes a experimentar con drogas. Algunos adolescentes pueden ceder ante la insistencia de amigos que consumen drogas para compartir la experiencia con ellos o disminuirá su ansiedad en situaciones sociales asociado al abuso del alcohol.

Las habilidades aún en desarrollo de los adolescentes para ejercer el buen criterio y tomar decisiones pueden limitar su capacidad para evaluar con precisión los riesgos de todas estas formas de consumo de drogas.

El consumo de sustancias que se prestan al abuso como el alcohol puede perturbar la función cerebral en áreas críticas como la motivación, la memoria, el aprendizaje, el juicio y el control del comportamiento. Así, no es de extrañar que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas a menudo tengan problemas familiares y sociales, bajo rendimiento académico, problemas de salud (incluida la salud mental) y problemas con el sistema penal juvenil.

Según Guerra H, Riofrío I, (2005: p 287,288), los niveles de prevención en relación al uso del alcohol se pueden explicar de la siguiente manera:

- **Prevención Primordial:** incluye acciones antes del nacimiento de un individuo precautelando la estabilidad física y emocional; en el caso del alcoholismo se podría indicar que son todas aquellas acciones dirigidas a evitar embarazos en adolescentes alcoholizados.
- **Prevención primaria:** evita la aparición de un problema a través de la identificación de grupos de riesgo donde se evalúa factores desencadenantes y factores protectores enfocado a los consumidores y no consumidores es decir a todos los adolescentes.
- **Prevención secundaria:** se trata de detener el abuso del alcohol y la dependencia del alcohol a través de programas terapéuticos oportunos.
- **Prevención terciaria:** trata de reducir consecuencias y recaídas.

El enfoque en la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes es la primaria a través de brindar los conocimientos necesarios para evitar las consecuencias del alcohol determinado a tiempo por ejemplo adolescentes con expectativas positivas. (Guerra H, Riofrío I, 2005: p 291).

2.2.3 Estrategia de intervención educativa

Las nuevas conceptualizaciones del proceso salud enfermedad propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) representaron un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y de las inversiones necesarias para lograrlo.

Se define una estrategia de intervención educativa como “conjunto coherente de recursos utilizados por un equipo profesional disciplinario o multidisciplinario, con el propósito de desplegar tareas en un determinado espacio social y socio-cultural con el propósito de producir determinados cambios” (Rodríguez, 2010)

Desde los inicios las sucesivas reformas sanitarias que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud (APS) como base del sistema sanitario, se ha destacado por la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el abordaje de la salud y la enfermedad poblacional.

En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población, así como de la relevancia que tienen los aspectos cognitivo motivacionales en la toma de decisiones informadas sobre la salud por los individuos.

Apreciar la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, definiéndose generalmente como: “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. (González, 2014)

Podemos entenderla también como “conjunto coherente de recursos utilizados por un equipo profesional disciplinario o multidisciplinario, con el propósito de desplegar tareas

en un determinado espacio social y socio-cultural con el propósito de producir determinados cambios”. (Rodríguez, 2010)

Para ello se requiere tener claridad en el estado que se quiere lograr y traducirlo en metas, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados, atravesados por muchas otras variables, una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones.

En la literatura (Valentín González, F, 2004; Jordán Padrón M, Pachón González, L, Blanco Pereira ME, Achiong Alemañy M, 2011; Sanabria Ramos G, 2007) se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

La OMS también ha enfatizado que la Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la APS, no sólo para el abordaje de un

problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que haga posible y efectivo el cambio en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. Pero para ello parte necesariamente de un proceso de capacitación o empoderamiento de personas y comunidades, constituyendo las estrategias o programas de intervención educativa unas de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud desarrolla las oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria de la población, incluyendo la mejora de los conocimientos y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo establecido conscientemente que tiene como finalidad responsabilizar a los individuos con la defensa de la salud propia y colectiva. La educación para la salud es parte del proceso asistencial y como tal, transversaliza la atención integral desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La educación para la salud permite la transmisión de información al tiempo que fomenta la motivación y el desarrollo de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades, por ello requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública.

Las intervenciones en salud por tanto, se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. La salud dependerá del nivel de implicación individual y colectiva, en

la situación familiar, grupal y cultural, del nivel de información tanto como de la disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar a nivel individual, además de la existencia a nivel institucional de una cobertura de atención que asegure la salud pública en sus distintos niveles a toda la sociedad.

De modo que entenderemos como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa” (Arnold-Domínguez, Y; 2012)

Es evidente que la elaboración de programas o estrategias educativas tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo como proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que debe ser constatado evaluando los datos pertinentes antes y después de la intervención, establecida sobre una metodología didáctica a seguir.

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Metodología en la educación sanitaria 2004.)

Para este trabajo asumiremos el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M (2011) en su estudio “Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud (2002).

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de los Estados Unidos menciona que la mejor estrategia es la prevención, por lo que existen programas dirigidos a 3 poblaciones específicas:

- Programas universales: emprenden factores de riesgo y de protección comunes a todos los niños en un entorno determinado, como una escuela o comunidad.
- Programas selectivos: apuntan a grupos de niños y adolescentes con factores que los ponen en mayor riesgo de consumir cualquier tipo de droga.
- Los programas indicados: están diseñados para los jóvenes que ya han comenzado a consumir drogas.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008), según el nivel de investigación descriptiva, según el tipo de estudio correlacional de corte transversal, se utilizó el enfoque cuali-cuantitativo a través del diseño deductivo.

3.2 Localización y temporalización

Se realizó en el barrio La Florida que pertenece a la parroquia Veloz de la ciudad de Riobamba, en la provincia de Chimborazo del país Ecuador, sector de influencia del Centro de Salud N°1, en el período comprendido entre Enero a Junio de 2016.

3.3 Población de estudio: el universo compuesto por 58 adolescentes entre 12 y 19 años de edad siguiendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes entre 12-19 años, de ambos sexos.
- Den su consentimiento informado para participar en este estudio, en el caso de las/los menores de edad, tener la aprobación de los padres o representante legal.
- Residir en el Barrio La Florida

Criterios de exclusión:

- Presentar alguna enfermedad invalidante o discapacidad intelectual.

Criterio de salida:

- Adolescentes incluidos en el estudio que abandonen la investigación por cualquier causa (voluntariamente, traslado del área de residencia, enfermedad o muerte)

3.4 Variables de estudio:

3.4.1 Identificación

Se estudiaron como **variables dependientes** las expectativas hacia el alcohol y como **variables independientes:** edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, consumo de alcohol, frecuencia de consumo de alcohol y razones de consumo de alcohol.

3.4.2 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	12 – 14 15 – 19	Edad en años cumplidos	Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años según grupo de edad
Sexo	Cualitativa nominal, dicotómica	Hombre Mujer	Según sexo biológico de pertenencia	Porcentaje de adolescentes según sexo

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Estado civil	Cualitativa nominal Dicotómica	Sin relación estable Con relación estable	Según estado civil Con relación estable: que tiene una relación al momento de la investigación (que incluirá casado/a, unión libre) Sin relación estable: que no tiene ninguna relación al momento de la investigación (que incluirá soltero/a, separado/a, divorciado/a y viudo)	Porcentaje de adolescentes según estado civil
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Básica sin terminar Básica terminada Bachiller	Básica sin terminar: adolescentes que no culminaron el décimo año de educación básica Básica Terminada: adolescentes que culminaron el décimo educación básica Bachiller: adolescentes que culminaron el tercer año de bachillerato	Porcentaje de adolescentes por nivel de instrucción
Ocupación	Cualitativa Nominal	Desocupado Estudia Trabaja Estudia y trabaja	Según ocupacional desempeña Actividad que	Porcentaje de adolescentes según ocupación

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Estado civil	Cualitativa nominal Dicotómica	Sin relación estable Con relación estable	Según estado civil Con relación estable: que tiene una relación al momento de la investigación (que incluirá casado/a, unión libre) Sin relación estable: que no tiene ninguna relación al momento de la investigación (que incluirá soltero/a, separado/a, divorciado/a y viudo)	Porcentaje de adolescentes según estado civil
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Básica sin terminar Básica terminada Bachiller	Básica sin terminar: adolescentes que no culminaron el décimo año de educación básica Básica Terminada: adolescentes que culminaron el décimo educación básica Bachiller: adolescentes que culminaron el tercer año de bachillerato	Porcentaje de adolescentes por nivel de instrucción
Ocupación	Cualitativa Nominal	Desocupado Estudia Trabaja Estudia y trabaja	Según Actividad ocupacional que desempeña	Porcentaje de adolescentes según ocupación

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Consumo de alcohol	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Si: Acción y efecto de consumir al menos una vez alcohol No: Nunca ha ingerido alcohol	Porcentaje de adolescentes según consumo de alcohol
Razones de consumo de alcohol	Cualitativa nominal	Para probarlo y ver qué efectos produce. Porque mis amigos también consumen. Para sentirme más adulto. Porque mis amigos me convencieron de hacerlo. En una fiesta igual que todos los demás. Porque necesitaba experimentar locuras. Para poder divertirme y pasarlo bien. Porque es normal y todos lo hacen. Para olvidarme de todo. Para desinhibirme, quitarme la vergüenza, hablar sin pena.	Tratar de explicar el origen de por qué consume alcohol	Porcentaje de adolescentes según razones de consumo

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Expectativas hacia el alcohol	Cualitativa nominal	Positivas Negativas	<p>Positivas: creencias acerca de los efectos que produce el alcohol sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones son deseables.</p> <p>Negativas: creencias acerca de los efectos que produce el alcohol sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones son indeseables.</p>	Puntuación obtenida según calificación del instrumento Cuestionario expectativas hacia el alcohol (ANEXO B)

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para las variables sociodemográficas se utilizó un formulario de recolección de datos creado para este fin y para las expectativas hacia el alcohol se empleó el Cuestionario de Expectativas hacia el Consumo de Alcohol (AEQ) de Brown y Goldman (1980) en su versión breve en español adaptada para adolescentes (CEA-A) por Pilatti A, Godoy JC y Brussino SA en la Universidad de la Córdova, Argentina (2008).

3.5.1 Características del instrumento:

El Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ en inglés) fue creado por Brown et al., en 1980 y perfeccionado hacia 1987 por Goldman M, Brown S, y Christiansen BA; en su versión original para adultos consta de un cuestionario de 120 ítems con un formato de respuesta dicotómico que puede responderse por autoreporte o entrevista directa. Aunque fue criticado en sus inicios cuenta con estudios de reproducibilidad, coeficiente $r = 0,64$ (test-retest) y una consistencia interna entre 0,72 a 0,92 y además, con estudios de validez de criterio (concurrente y predictiva) y sus resultados considerados estables lo

han convertido en el cuestionario más utilizado internacionalmente para explorar las expectativas hacia el alcohol.

Para este estudio se empleó la adaptación realizada por Pilatti A, Godoy JC y Brussino SA en la Universidad de la Córdoba, Argentina (2010) para ser utilizada en adolescentes que consta de 45 ítems y que al igual que la versión original con una respuesta dicotómica para medir las creencias individuales hacia los efectos positivos del alcohol sobre la conducta social y emocional en 6 dimensiones.

- Escala de Riesgo y agresividad
- Escala de deterioro cognitivo y conductual
- Estados Negativos
- Sociabilidad
- Relajación
- Incremento de la Sexualidad

3.5.1.1 Validación del instrumento

El Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A) fue confeccionado siguiendo una adaptación del original Cuestionario de Expectativas hacia el Consumo de Alcohol (AEQ) de Brown y Goldman (1980) y posteriormente validado en el trabajo “*Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A)*” por Pilatti A, Godoy JC y Brussino SA de la Universidad de la Córdoba, Argentina en 2008 y publicado en la revista *Anales de Psicología*, 2010.

El instrumento utilizado se considera con buenos índices de fiabilidad y validez, ya ha sido utilizado eficazmente para predecir el consumo de alcohol en adolescentes de la región por lo que se le considera una herramienta útil para la investigación, la evaluación clínica y el tamizaje de las expectativas hacia el alcohol en este grupo etáreo. Mora-Ríos J, Natera G, Villatoro J y Villalvazo R, (2009); Karina Conde K, Lichtenberger A y Peltzer RI. (2013); Gázquez JJ y colaboradores (2015) (ANEXO A)

3.6 Diseño de la estrategia de intervención educativa:

Un programa educativo en salud es en términos generales, y como primera aproximación, prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes).

El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo, participativo, incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para modificar las expectativas hacia el consumo de alcohol

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

- 1. Fase de introducción:** fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades. Para lograr esto se siguieron los siguientes pasos:
 - Se estableció el contexto de la problemática a resolver, las ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia desde el punto de vista filosófico, sociológico y pedagógico.
 - Se identificó la información sobre las variables estudiadas expresadas en expectativas hacia el consumo de alcohol en los adolescentes.
 - Se definieron las variables sociodemográficas y expectativas al alcohol que sirvieron de justificación de la estrategia.

2. Fase de programación: diseño de la estrategia.

- Se definieron los objetivos generales y específicos que permitieran la modificación de las expectativas hacia el alcohol en los adolescentes del grupo de estudio.
- Se eligió la metodología a seguir en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes en el barrio La Florida, Riobamba, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible llevar a cabo el programa educativo que permita modificar de forma consciente y duradera la situación inicial cumpliendo los objetivos.
- Se describió cómo se aplicará, en qué lugar, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, quienes serán los responsables y los participantes.
- Se diseñaron las acciones concretas en formas de temas a desarrollar, auxiliados mediante técnicas afectivas participativas que permitieran optimizar los procesos de comunicación destinados a influir sobre las mujeres de forma sostenible.
- Se estableció el sistema de evaluación de los procesos, las actividades y los resultados logrados con la aplicación del programa educativo.

La estrategia de intervención educativa quedó constituida por un conjunto de técnicas educativas, de educación para la salud, sociométricas, estrategias multimodales, incluyendo algunas técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los adolescentes y su contexto de vida.

Los temas seleccionados se agruparon por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo.

3. Fase de Evaluación

La evaluación de la estrategia educativa incluyó tres formas: para la evaluación de los resultados se aplicara el mismo instrumento utilizado para el diagnóstico inicial, para la evaluación de las actividades emplearemos la técnica del PNI (positivo, negativo,

interesante) al finalizar cada encuentro, y para la evaluación del proceso se utilizara una encuesta tipo escala Likert que incluirá los aspectos metodológicos fundamentales relacionados el éxito del programa educativo desarrollado.

3.7 Procedimientos

La investigación fue dividida en varias etapas: en una primera se estableció la comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio, su importancia y las consideraciones éticas con que se manejarán los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado obtenido tanto de los adolescentes sujetos de la investigación como de sus padres o tutores por ser legalmente menores de edad.

A continuación se aplicó el formulario de datos sociodemográficos que permitió caracterizar al grupo de estudio y se determinaron las expectativas hacia el alcohol de los adolescentes mediante la aplicación del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A) lo cual dio salida al primer y segundo objetivo del estudio.

Seguidamente se procedió a confeccionar la base de datos que permitió realizar el procesamiento estadístico para identificar si existió alguna relación significativa entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas seleccionadas lo que dio salida al tercer objetivo del estudio.

Finalmente a partir de los resultados obtenidos se establecieron los elementos diagnósticos necesarios para diseñar la estrategia de intervención educativa para la prevención del inicio temprano en el consumo de alcohol en los adolescentes estudiados mediante el abordaje de las expectativas hacia el alcohol, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como los indicadores de ejecución y evaluación de impacto que dieron salida al cuarto objetivo del estudio.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron incluidos en una base de datos creada al efecto para aplicar las pruebas estadísticas mediante el programa SPSS 17. Se empleó la prueba estadística

Chi-Cuadrado (χ^2) de Pearson para determinar asociación e independencia entre las variables dependientes e independientes o la prueba exacta de Fisher (F) cuando más del 20% de las frecuencias esperadas fueron inferiores a 5; utilizando un nivel de significación del 0.05.

La descripción de los resultados se realizó en frecuencias y porcentos y los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

3.9 Aspectos éticos

Se cumplieron todas las consideraciones éticas para la investigación científica en humanos, como son los principios de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia. La investigación se realizó previo consentimiento informado de los sujetos de investigación y de sus padres o tutores por tratarse de menores de edad, para lo cual se les explicó los objetivos de la investigación y se les ofreció garantías de confidencialidad sobre el manejo de la información obtenida la cual será utilizada solo para fines de la presente investigación, la cual no representó ni riesgo ni gastos para los participantes

Se cumplieron los requisitos establecidos en las pautas internacionales para este tipo de investigación, en especial la obtención del consentimiento informado, previa evaluación del nivel de comprensión de los sujetos de investigación se explicaron los objetivos y la metodología de la investigación teniendo en cuenta factores culturales y de vulnerabilidad, se constató la comprensión y se ofreció tiempo para aclarar dudas y tomar la decisión de participar sin coacción, y se obtuvo mediante un formulario firmado como prueba de su consentimiento informado. Se ofreció garantías de la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la utilización de la información recolectada solo con fines científicos del estudio de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución vinculada. (ANEXO C)

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Previo el consentimiento informado y establecidos los criterios de inclusión y exclusión se aplicó el instrumento al universo de adolescentes (58) del barrio La Florida de la ciudad de Riobamba en el período de Enero-Junio de 2016, obteniéndose los siguientes resultados.

4.1 Resultados y discusión

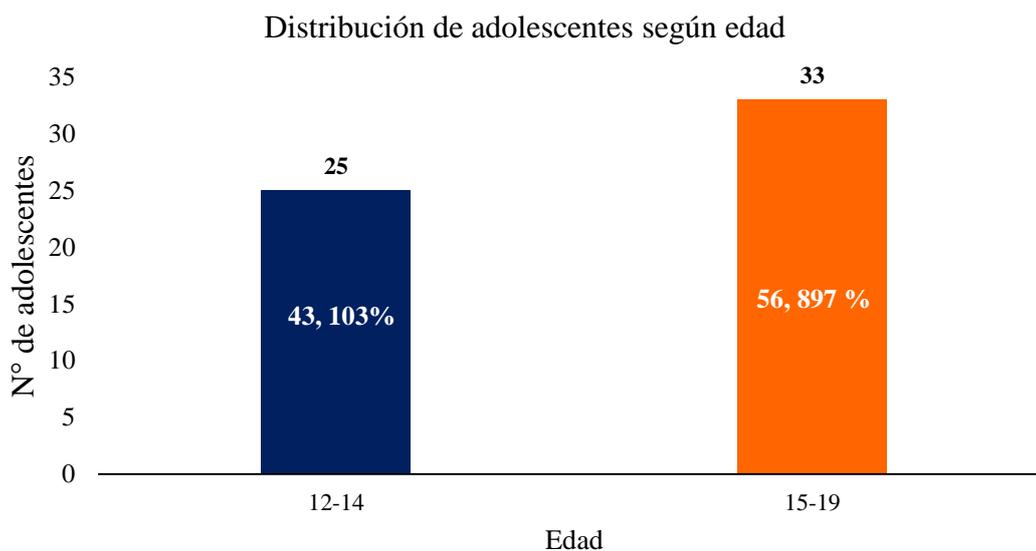


Figura 1-4. Gráfico de distribución de adolescentes según edad. La Florida, Enero - Junio 2016.
Realizado por: Jara, Mariana 2016.

Como se puede apreciar en la Figura N° 1-4 en la distribución prevalecieron los adolescentes con edades entre 15 y 19 años con 56,897 % (n=33); es decir la adolescencia tardía. Según la clasificación de la OMS, divide esta etapa en adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años), en este estudio se excluyeron sin embargo, los adolescentes de 10 y 11 años porque autores como Krauskopof, D (1999) y Muñoz, A (2015) mencionan que la adolescencia es un período de transición que supone cambios

en varias áreas del desarrollo y la madurez psicológica comienza luego de la madurez físico-sexual alrededor de los 12 años.

Estos resultados coinciden con los del censo de población y viviendas 2010, fascículo Chimborazo, donde predominó la población más joven, específicamente las edades entre 15 y 19 años.

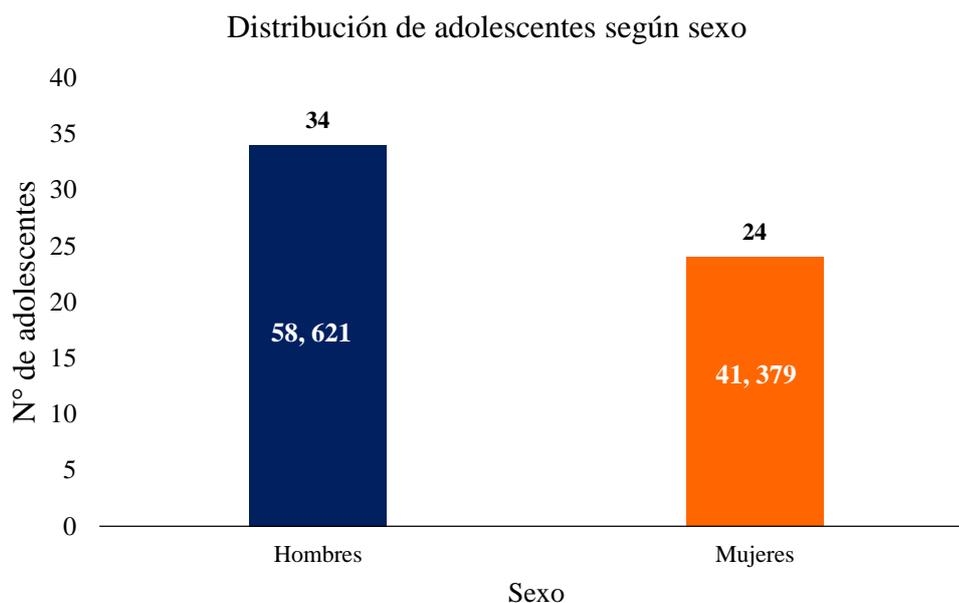


Figura 2-4. Gráfico de distribución de adolescentes según sexo. La Florida, Enero- Junio 2016.

Realizado por: Jara, Mariaana 2016

En cuanto al sexo predominó el sexo hombres con el 58,621 % (n=34), en relación a las mujeres 41,379 % (n=24) comportamiento que no coincide con los datos del mencionado censo 2010 en la provincia, ni con el país, donde estuvieron más representadas las mujeres con el 52,2% del total.

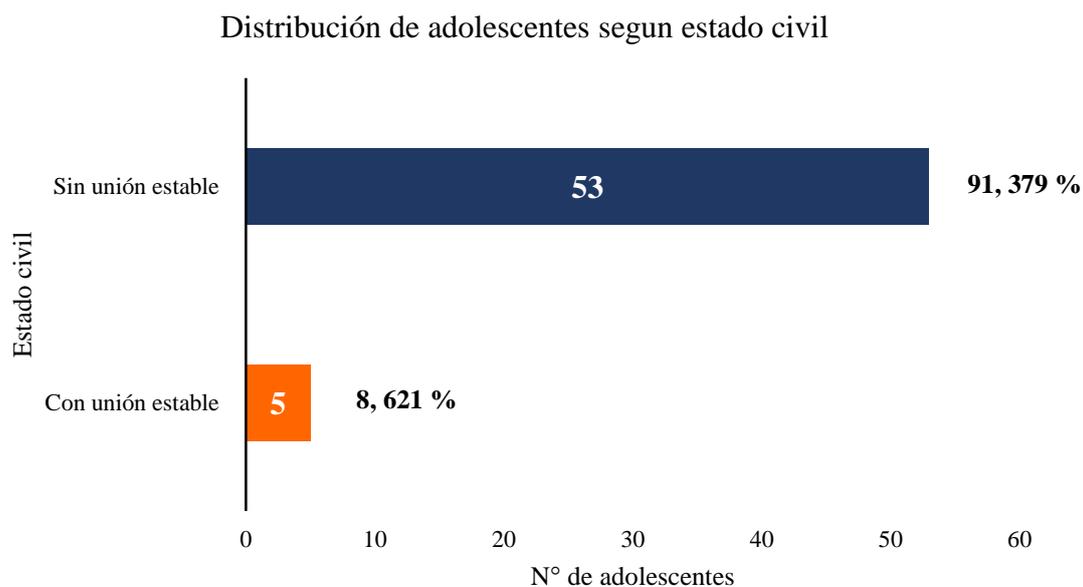


Figura 3-4. Gráfico de distribución de adolescentes según estado civil. La Florida, Enero- Junio 2016.
Realizado por: Jara, Mariaana 2016

En relación al estado civil en el estudio prevalecieron los adolescentes sin unión estable con el 91,379 % (n=53) representado en su totalidad por lo/as soltero/as, correspondiendo un mínimo porcentaje de 8,621 % (n=5) a los que tienen algún tipo de unión estable, donde se engloban los adolescentes con unión libre (n=4) y casados (n=1). Estos resultados constituyen el comportamiento esperado para estas edades, donde, aunque con diferencias de carácter cultural y según pertenencia a zonas urbanas o rurales, la constitución de la familia aun no representa una necesidad básica del desarrollo psicológico y las relaciones de pareja son poco estables.

Si se califica al estado civil como generador de obligaciones, como se menciona en el Art. 331 del Código Civil vigente en el Ecuador que “el estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita o inhabilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles” entonces los adolescentes estudiados, en cierta forma se exoneran de algunas de estas responsabilidades y de los problemas de convivencia con la pareja que se establecen en este grupo etario.

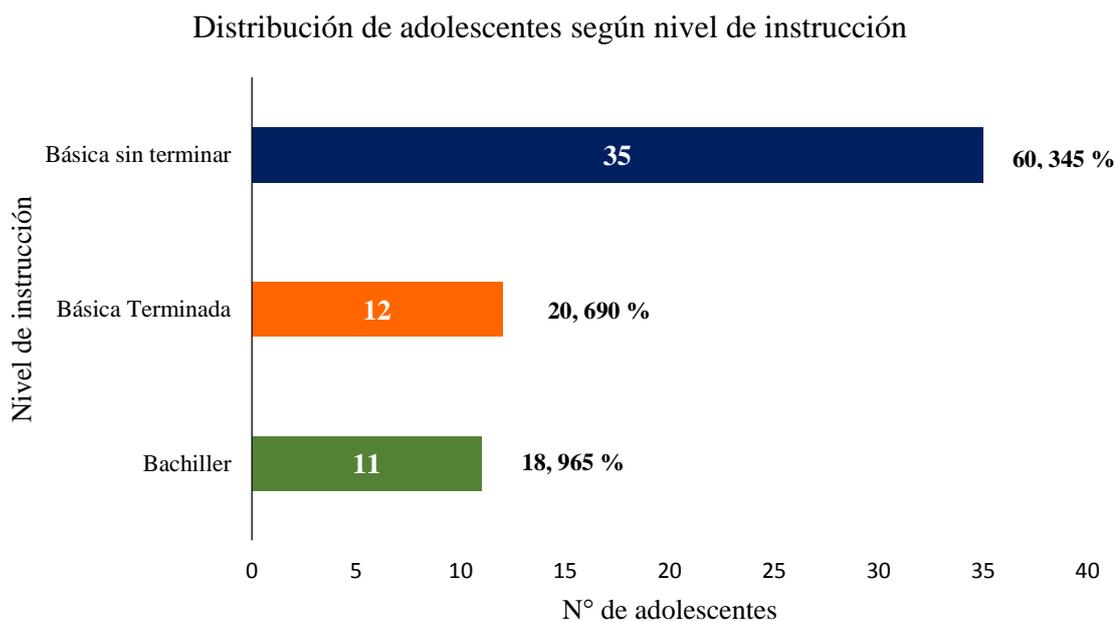


Figura 4-4. Grafico de distribución de adolescentes según nivel de instrucción. La Florida, Enero - Junio 2016.
Realizado por: Jara, Mariaana 2016

En la distribución según el nivel de instrucción prevaleció la básica sin terminar con el 60,345% (n=35) lo que se corresponde con la escolaridad promedio esperada para estas edades en nuestro país, donde la enseñanza es obligatoria hasta los 15 años y según el INEC, con base en la Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENEMDU) 2014; el 90,1% de los adolescentes de entre 12 y 17 años asistían a la escuela y el 91, % de ellos lo hacían al nivel secundario (básica), comportamiento que tiene diferencias de acuerdo a la edad (disminuye drásticamente la escolarización posterior a los 18 años) cuando muchos adolescentes prefieren incorporarse al trabajo y los costos de la educación se encarecen, siendo más perjudicados los sectores menos favorecidos; es importante destacar que esto depende de varios factores que involucra a la sociedad, al sistema educativo y a la propia familia quien se ve afectada por crisis paranormativas en el ciclo vital y lo que impacta en el desarrollo del país, a pesar que, el Código de la Niñez y Adolescencia tiene como fin “proteger y garantizar el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de las niñas, niños y adolescentes del Ecuador, dentro de un marco de libertad, dignidad y equidad, conforme a los principios fundamentales”

Distribución de adolescentes según ocupación

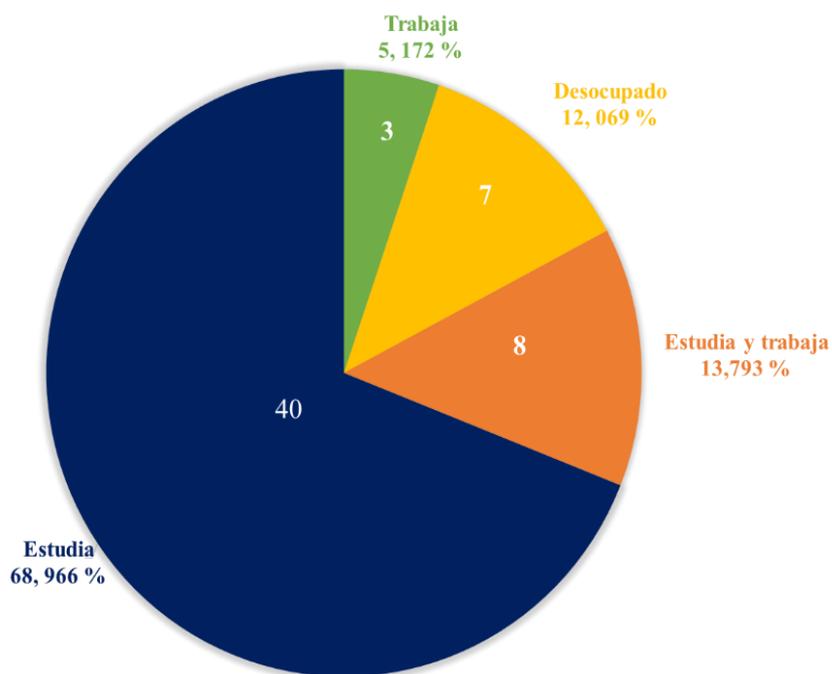


Figura 5-4. Gráfico de distribución de adolescentes según ocupación. La Florida, Enero - Junio 2016.
Realizado por: Jara, Mariaana 2016

En cuanto a la ocupación es preciso mencionar que el 68,966% (n=40) de los adolescentes estudia, lo que se corresponde con la actividad fundamental correspondiente a estas edades y otro 13,793% (n=8) estudia y trabaja lo que constituyen factores protectores ante la problemática característica de esta etapa de la vida, aunque los que realizan una doble función presentan mayor vulnerabilidad frente a los que se dedican a estudiar solamente basados en el riesgo laboral y en que tener recursos propios les permita más fácil acceso a las sustancias adictivas; solo un 12,069 % (n=7) está desocupado, lo que pudiera constituir un factor de riesgo generador de consumo de sustancias adictivas, actos delictivos, sedentarismo, violencia entre otros que sumados afectan en diversos grados la dinámica familiar.

Tabla 1-4: Distribución de adolescentes según consumo de alcohol. La Florida, Enero- Junio 2016.

Consumo de alcohol	No.	%
Si	30	51,724
No	28	48,276
Total	58	100,000

Realizado por: Mariana Jara. 2016.

Fuente: Formulario aplicado

Como se observa en la Tabla No 1-4 en los adolescentes existió un ligero predominio del consumo de alcohol con el 51,724 % (n=30), frente a quienes no consumen, resultados similares a los de la encuesta del INEC, 2013 que reveló que el 59 % de los estudiantes ingieren bebidas alcohólicas e incluso que el 5 % refiere que se quedan consumiendo dentro del mismo local o pueden conseguir licor en tiendas sin ningún problemas, a pesar que, el inciso segundo del artículo 39 de la Constitución de la República consagra que el estado garantizará a los y las jóvenes, entre otros el derecho a la salud y la educación, y por ello el Código Orgánico Integral Penal (COIP) menciona que se sancionará con clausura del local, multa económica e incluso pena privativa de la libertad de 15 a 30 días quienes vender licor o cigarrillos a menores de edad.

Varios estudios avalan que los episodios recurrentes de consumo en la adolescencia y beber hasta embriagarse pueden afectar negativamente su desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta.

Esta investigación presenta resultados similares a otros realizados en el país como Chicaiza, M (2013) de la Universidad técnica de Ambato titulado *“El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas, en los adolescentes del segundo año de bachillerato del Colegio Técnico Pujilí, de la ciudad de Pujilí, provincia de Cotopaxi, durante el período marzo 2011 agosto 2011”* o Mármol, C en el 2013 de la Universidad Politécnica Salesiana de Quito en su estudio *“Los imaginarios desde las prácticas sociales del consumo de alcohol en los jóvenes que frecuentan los bares de la Plaza Foch*

en Quito” encontraron un reporte del 64% y 65%, respectivamente, de consumo de alcohol habitual con distintas frecuencias en estas edades.

El trabajo de Ramírez MR, Andrade D (2005) “*La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes*” en Guayaquil que encontró un 52,61% de consumo de alcohol en los sujetos de su investigación.

No mostró iguales coincidencias con otros estudios realizados en la Argentina como Cassola I, Pilatti A, Alderete A y Godoy JC (2012) en “*Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba*” que el 71% de los encuestados consume bebidas alcohólicas de forma regular y de ellos el 39 % refieren haberse iniciado entre los 14 y los 15, y Pilatti A, Brussino SA y Godoy JC (2013) “*Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo*” quienes encontraron también que alrededor del 70% de los adolescentes tomó un vaso o más de bebidas alcohólicas al menos una vez mensual.

Tabla 2-4: Distribución de adolescentes según frecuencia de consumo de alcohol. La Florida, Enero-Junio 2016.

Frecuencia de consumo	No.	%
Consumo Social	29	51,724
Nunca	28	46,552
Consumo de Riesgo	1	1,724
Total	58	100,000

Realizado por: Mariana Jara. 2016.

Fuente: Formulario aplicado

La frecuencia de consumo de alcohol que prevaleció fue la social con el 51,724 (n=29), seguido de los que nunca han consumido con el 46,552 % (n=28) y un adolescente (1,724%) presenta un riesgo potencial de desarrollar una dependencia del tóxico por la alta frecuencia de consumo “todos los fines de semana”, aunque no se debe olvidar que existe una brecha muy corta entre el consumo social y el de riesgo influenciado por varios factores, lo que se traduce en que se debe actuar en este grupo a través de la prevención primaria.

Resultados similares se encontraron en la literatura revisada en el trabajo de Mármol C (2013) entre adolescentes de Quito donde el 64% de ellos y el 50% de ellas refirieron un consumo ocasional, asociado a salidas festivas una o dos veces al mes, no ocurrió así con el de Ramírez M, Andrade D (2005) en Guayaquil quienes hallaron que la frecuencia más alta de abuso fue del 17.71% y la de riesgo del 34.91%, o el citado de los argentinos Pilatti A, Brussino SA y Godoy JC (2013) donde aproximadamente la mitad (47%) de los adolescentes presenta una modalidad de consumo riesgosa.

No se debe olvidar que en una sola vez que se consuma alcohol y se llegue a la embriaguez puede desarrollar los llamados problemas relacionados con el alcohol (PRA) con conductas perjudiciales para sí mismo o para terceros como violencia, accidentes de tránsito y conductas sexuales de riesgo, entre otras, que constituyen problemas sociales y de Salud Pública.

Tabla 3-4: Distribución de adolescentes según razones de consumo de alcohol. La Florida, Enero-Junio 2016.

Razones de consumo de alcohol	No.	%
Probar y ver qué efecto produce	16	53,333
En una fiesta igual que los demás	8	26,666
Porque necesitaba experimentar locuras	2	6,669
Para poder divertirme y pasarla bien	1	3,333
Porque es normal y todos lo hacen	1	3,333
Para olvidarme de todo	1	3,333
Para desinhibirme, quitarme la vergüenza, hablar sin pena	1	3,333
Total	30	100,000

Realizado por: Mariana Jara.

Fuente: Formulario aplicado

Las razones que prevalecieron sobre el consumo de alcohol, como se observa en la Tabla No 2-4, fueron “*Probar y ver qué efecto produce*” (53,333 %) y “*En una fiesta igual que todos los demás*” (26,666 %) lo que habla de las dos condiciones psicológicas más importantes que intervienen sobre el desarrollo de la adolescencia, la primera representa una particularidad típica de esta etapa, donde los adolescentes impulsados por necesidades de autoafirmación deciden usualmente comprobar por si mismos los efectos

de distintos fenómenos sociales, sin prestar mucha atención a las recomendaciones de los adultos y manifestando desde impulsividad y obstinación hasta conductas francamente rebeldes, bajo la sensación de omnipotencia que los caracteriza; la segunda las influencias de los pares ante la necesidad de ocupar una posición social en el grupo, lo que los hace altamente vulnerables a la presión social.

Estos resultados coinciden con los encontrados en los estudios ya citados de Ramírez M, Andrade D (2015), donde la edad de inicio del consumo más frecuente estuvo entre los 14 y 15 años y los motivos más comunes de inicio fueron la curiosidad y el de persistencia de consumo en la participación en celebraciones, Mármol Cabrera CG (2013), donde las razones predominantes referidas por los adolescentes según el sexo fueron en el 44% de las mujeres en fiestas o por diversión y el 41% de los hombres refirieron por diversión o por la influencia de los amigos, y son similares a los encontrados por Pineda J, en el año 2014 donde se investigaron las causas de consumo de alcohol de los adolescentes, concluyendo que la mayoría lo realiza por situaciones sociales y también por pertenecer a un grupo de iguales, que contrasta con esta investigación donde las situaciones sociales de las cuales se pretende escapar o evadir no resultaron referidas.

Resultó interesante constatar que en casi todos los estudios se refiere que los adolescentes explican que lo hacen “para integrarse al grupo”, “para no ser relegados”, “para no ser aburridos”, “si todos lo hacen, puedo hacerlo también” o que “las fiestas son entretenidas cuando se consume bebidas alcohólicas”, “siempre es necesario hacer ambiente” o “las personas se vuelven más alegres con alcohol encima” y finalmente que el alcohol “te relaja”, “te enciende”, “ameniza reuniones”, “te pone feliz”, “aflora las verdaderas personalidades” y “te refresca”, todas reflejo de las expectativas o experiencias, lo esperado o lo comprobado por ellos sobre el consumo de esta droga legal.

Distribución según expectativas hacia el alcohol

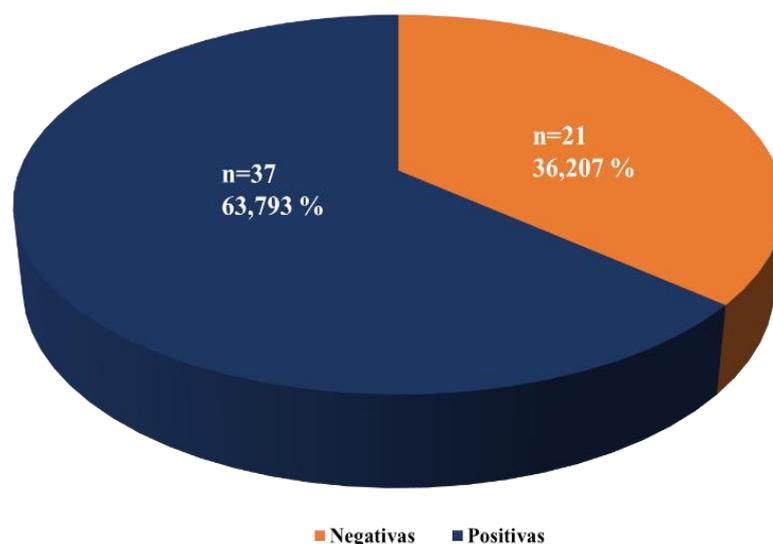


Figura 6-4. Gráfico de distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol. La Florida, Enero- Junio 2016.

Realizado por: Jara, Mariaana 2016

Predominaron las expectativas positivas con el 63,793 % (n=37) como se muestra en la Figura No 5-4, este comportamiento de los datos obtenidos era el esperado pues la literatura recoge abundante información sobre algunos factores comunes que propician la existencia de expectativas positivas hacia el consumo de bebidas etílicas como la exposición desde edades tempranas al consumo de alcohol en la familia(Duncan, Duncan y Strycker, 2006), el consumo de los pares considerado uno de los más influyentes (Ali y Dwyer, 2010) los modelos de consumo de alcohol frecuentes en los medios de comunicación social donde tienen una mayor probabilidad de aprender los efectos positivos del consumo de alcohol que sus fatales consecuencias (Oullette, Gerrard, Gibbons y Reis-Bergan, 1999) y los factores motivacionales personales asociados a mecanismos de afrontamiento o características de personalidad (Kuntsche et al., 2006) como cita Pilatti A, Brussino SA y Godoy JC (2013) todos referentes de una cultura permisiva al consumo de alcohol.

En la literatura revisada no se encontró ningún trabajo que enunciara estos resultados de la misma forma, más bien se constata la fuerte relación existente entre las expectativas hacia el alcohol (EA), tanto positivas como negativas, y el inicio en el consumo, sobre todo en sus etapas iniciales de contacto con el tóxico; en algunos se destaca la capacidad

predictiva de las EA positivas que se consideran más determinantes que las negativas para explicar la frecuencia de uso de alcohol en un futuro, y en conjunto, estos resultados sugieren que las EA positivas serían más determinantes en la prevención del inicio del consumo de alcohol, mientras que las EA negativas podrían ser valiosas en las estrategias de reducción de consumo actual y futuro. (Pilatti et al., 2012)

Tabla 4-4: Distribución de adolescentes según dimensiones de expectativas hacia el consumo de alcohol. La Florida, Enero-Junio 2016.

Dimensiones	N°	N =58 %
Riesgo y agresividad		
Si	39	67,241
No	19	32,759
Deterioro cognitivo y conductual		
Si	37	63,793
No	21	36,207
Estados negativos		
Si	32	55,172
No	26	44,828
Sociabilidad		
Si	21	36,207
No	37	63,793
Relajación		
Si	18	31,034
No	40	68,966
Incremento de la Sexualidad		
Si	10	17,241
No	48	82,759

Realizado por: Mariana Jara. 2016

Fuente: Cuestionario de expectativas hacia el alcohol

Las dimensiones de las expectativas al alcohol que predominó en este estudio fue la de riesgo y agresividad con el 67,241 (n=39); seguida del deterioro cognitivo y conductual con el 63,793 % (n=37) y los estados negativos con el 55,172 % (n=32).

Se cree necesario ahondar en las preguntas que más se repiten; en miras de realizar la estrategia educativa por lo que en la Tabla 4-4 se detalla la moda en los adolescentes que presentaron escala positiva por dimensiones.

Tabla 5-4: Distribución de adolescentes según dimensiones de las expectativas hacia el consumo de alcohol. La Florida, 2016.

Dimensiones	Moda (M₀): “el alcohol hace que.....”
Riesgo y agresividad	NO “Realice comportamientos que impliquen algún riesgo” NO “Discuta con las personas con facilidad”
Deterioro cognitivo y conductual	“Mis respuestas NO sean lentas” NO “Me sienta descompuesto (mal)”
Estados negativos	NO “ Me sienta angustiado”
Sociabilidad	SI “Pueda divertirme más en las fiestas”
Relajación	SI “Me sienta entretenido” SI “Me sienta tranquilo”
Incremento de la Sexualidad	SI “ Disfrute más del sexo”

Realizado por: Mariana Jara.2016

Fuente: Cuestionario de expectativas hacia el alcohol

En los adolescentes estudiados en la **escala de riesgo y agresividad** existió comportamiento bimodal donde la mayoría de los adolescentes estudiados no “creen” que el consumo de alcohol sea generador de “comportamientos que impliquen algún riesgo” o puedan discutir con las personas con facilidad”, presentándose en 35 adolescentes de 39 lo que representa el (89,746 %).

La organización Mundial de la Salud al respecto menciona que “los niveles de violencia varían mucho de un país a otro y que la mortalidad por homicidio entre los jóvenes de 10 a 29 años está comprendida entre 84,4 por 100 000 habitantes (156,3 en el caso de los varones y 11,9 en el de las mujeres) en Colombia y menos de 1 por 100 000 habitantes (hombres y mujeres) en Japón y Francia”

En el mismo reporte de las OMS sobre “Violencia Juvenil” indica textualmente lo siguiente:

- En Finlandia, en el 45% de los incidentes violentos notificados por jóvenes de 12–18 años, el agresor, la víctima o ambos habían consumido alcohol.

- En Filipinas, donde el 14% de los jóvenes de 15–24 años dijeron haber lastimado a alguien en un acto violento en los tres meses anteriores, esta violencia estaba significativamente asociada al consumo de alcohol
- Entre los jóvenes de 10–18 años participantes en la Encuesta de salud de escolares del Caribe, haber consumido alcohol durante el último año estaba significativamente asociado a violencia relacionada con armas tanto en hombres como en mujeres.

En la **escala de deterioro cognitivo y conductual** también existió comportamiento bimodal, las preguntas que más se repitieron fueron las respuestas negativas ante “mis respuestas no sean lentas” y “me sienta descompuesto (mal)”, evidenciándose en 34 de 37 adolescentes que presentaron esta dimensión constituyendo el 91,892 %, es decir en cierta forma los adolescentes piensan que el consumo de alcohol no provoca alteraciones en el organismo lo que motiva a su consumo evidenciándose entonces falta de conocimiento de los consecuencias del alcohol.

En la **escala de estados negativos** predominó la respuesta negativa ante la pregunta “me sienta angustiado” evidenciándose en 29 de 32 es decir en el 90, 625 %. Esto explicaría el consumo de alcohol en cierta forma en el tipo de experiencia olvidándose que después de la “alegría generada” existe posteriormente el sentimiento de angustia, que puede ser motivo en ocasiones de generar más consumo.

En la **escala de sociabilidad** el 90,476 % es decir 19 de 21 adolescentes consideran que si consumen alcohol “pueden divertirse más en las fiestas”, lo que en cierto modo explica el predominio del consumo social evidenciado en la tabla 3-4.

En la **escala de relajación** respondieron afirmativamente a las preguntas “me sienta entretenido” y “me sienta tranquilo” presentándose en el 88,888% en decir en 16 de 18 adolescentes en cierta forma creen entonces que el alcohol presenta en cierta forma relajación tal vez implique el desconocimiento de otras actividades recreativas y ante situaciones de estrés lo consuman llegando a crear dependencia.

La escala de **incremento de la sexualidad** que presentó en 10 adolescentes y su totalidad considera que si consume alcohol “Disfrute más del sexo” lo que indica que una sexualidad irresponsable sumado al consumo de alcohol trae como consecuencias nefastas como el aumento en los embarazos en esta etapa.

Los resultados mostraron coincidencias con Cassola I, Pilatti A, Alderete A y Godoy JC (2005) donde también predominaron las expectativas positivas en la dimensión riesgo y agresividad, al respecto los autores analizan como la participación en actividades que implican un potencial daño para el que la realiza o para los otros, tales como el uso de otras drogas aparte del alcohol, las relaciones sexuales sin protección contra embarazo y enfermedades de transmisión sexual, peleas o conducción peligrosa de vehículos, es un tema de importancia dentro de las creencias sobre el consumo de alcohol.

En este trabajo se encontró una asociación entre la percepción de obtener resultados positivos al realizar tales actividades y el consumo de alcohol, esto es, aquellos que consumen mayor cantidad de alcohol perciben más resultados positivos en la práctica de actividades riesgosas que aquellos que consumen menos. Por otro lado la percepción de experimentar resultados negativos al realizar tales actividades no presentó correlación con el consumo de alcohol.

No resultaron similares sin embargo a los encontrados por Pilatti A, Godoy JA y Brussino SA (2010) quienes encontraron una predominio en las dimensiones incremento de la interacción social y de la relajación asociadas a conductas de consumo de alcohol de mayor frecuencia y cantidad, y por el contrario aquellos adolescentes que anticipan mayores resultados negativos, especialmente referidos a un aumento de conductas riesgosas y agresivas presentan mayor probabilidad de ser abstemios.

Los autores encontraron diferencias en el comportamiento de las dimensiones según el sexo, donde los varones tienen más EA positivas acerca de un incremento de la relajación y de la sexualidad que las mujeres y en él un incremento de la sociabilidad y un mayor consumo de alcohol que mostraron cambios con las edades también referidos por otros

autores (Simons-Morton et al., 1999; Zamboanga, 2005; Slutzke et al., 2002; Coleman & Carter, 2004).

Tabla 6-4: Distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol y variables sociodemográficas. La Florida, Enero-Junio 2016.

Variables sociodemográficas	Expectativas hacia el alcohol				Valor p
	Positivas n=37		Negativas n=21		
	No.	%	No.	%	
Edad					
12-14	15	40,541	10	47,319	0,601
15-19	22	59,459	11	52,381	
Sexo					
Hombres	21	56,757	13	61,905	0,702
Mujeres	16	43,243	8	38,095	
Estado civil					
Sin unión estable	33	89,189	20	95,238	0,762
Con unión estable	4	10,811	1	4,762	
Nivel de instrucción					
Básica sin terminar	24	64,865	11	52,381	0,101
Básica terminada	9	24,324	3	14,286	
Bachiller	4	10,811	7	33,333	
Ocupación					
Estudia	24	64,865	16	76,190	0,505
Trabaja	2	5,405	1	4,762	
Estudia y Trabaja	7	18,919	1	4,762	
Desocupado	4	10,811	3	14,286	

Realizado por: Mariana Jara.

Fuente: Formulario aplicado

Predominó las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol en las edades comprendidas entre los 15-19 años no se encontró asociación entre las variables ($p=0,601$), es preciso tener en consideración que la edad de consumo si se asocia a expectativas positivas y con la relación a mayor edad más consumo y vulnerabilidad, entonces se puede intuir que el riesgo de aparición de un alcohol en la familia es alta, convirtiéndose en una crisis paranormativas por desorganización y la familia sería catalogada como disfuncional.

Pillati, A en el año 2011 encontró correlación positivamente con el tipo de experiencia ($r= 0,37$; $p= .001$), con la frecuencia ($r= 0,38$; $p= .001$) y la cantidad de alcohol consumidos ($r= 0,39$; $p= .001$), indicando que a mayor edad, es más probable que los

adolescentes tomen bebidas alcohólicas, y que lo hagan con mayor frecuencia y consumiendo una cantidad más elevada de alcohol

Predominó las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol en los hombres con el 56,757% (n=21) y en las mujeres con el 43,243 % (n=16), no se encontró asociación entre las variables (p=0,702), es preciso tener en consideración que el consumo de alcohol se ha incrementado en las mujeres; por lo tanto hombres y mujeres corren el riesgo de caer en el abuso hacia el alcohol, sin embargo otros autores como Pillati, A en el año 2011, mediante el análisis de correlación entre los indicadores de consumo de alcohol y las variables socio-demográficas se observó una asociación entre sexo y la experimentación con el alcohol (r= 0,21; p= .05). Al respecto Pillati A (2011) plantea: “específicamente, entre los varones es mayor la probabilidad de encontrar que presenten experiencias directas de consumo de alcohol y que tomen alcohol con mayor frecuencia, pero no en mayor cantidad, que las mujeres.”

No se pudo establecer correlación entre las variables estado civil, y nivel de instrucción, ocupación con las expectativas hacia el alcohol sin embargo en todas predominan las expectativas positivas, tampoco se encontraron estudios en la literatura científica consultada que estableciera asociaciones entre estas variables.

Tabla 7-4. Distribución de adolescente según expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol. La Florida, enero – junio 2016.

Consumo de alcohol	Expectativas				Total		p
	Positivas		Negativas		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Si	20	54,054	10	47,619	30	51,724	0,637
No	17	45,946	11	52,381	28	48,276	
Total	37	100,000	21	100,000	58	100,000	

Realizado por: Mariana Jara. 2016
Fuente: Formulario aplicado

Como muestra la tabla 7-4 las expectativas positivas predominaron entre los consumidores de alcohol (54,054 %) y las expectativas negativas entre quienes no consumían alcohol (52,381 %) según lo esperado, sin embargo no existió asociación estadísticamente significativa entre las variables (p=0,637).

Estos resultados coinciden con la literatura, una mayor presencia de EA positivas se asocia a un mayor consumo de alcohol aunque no se encontró una relación entre la presencia de EA negativas y el consumo (Mora-Ríos J, Natera G, Villatoro J y Villalvazo R, 2000; Jones, Corbin y Fromme, 2001; Pilatti A, Godoy JA y Brussino SA, 2010; Karina Conde K, Lichtenberger A, Peltzer RI, 2012)

Al respecto, numerosos estudios apoyan la relación entre el consumo de alcohol y las EA positivas con el inicio y el mantenimiento de la conducta del beber (Mackintosh, Earleywine y Dunn, 2006) y las EA negativas con la decisión de evitar, retrasar o detener el consumo (Urbán, Kökönyei y Demetrovics, 2008). Según Urbán et al., 2008 (citado por Pilatti A, Brussino SA y Godoy JC, 2013) el modelo de Preparación Adquirida plantea que aquellos individuos con elevada impulsividad y desinhibición parecen ser más proclives a focalizarse en la información relacionada con las recompensas, lo que resulta en el refuerzo de las creencias acerca de los efectos positivos del alcohol.

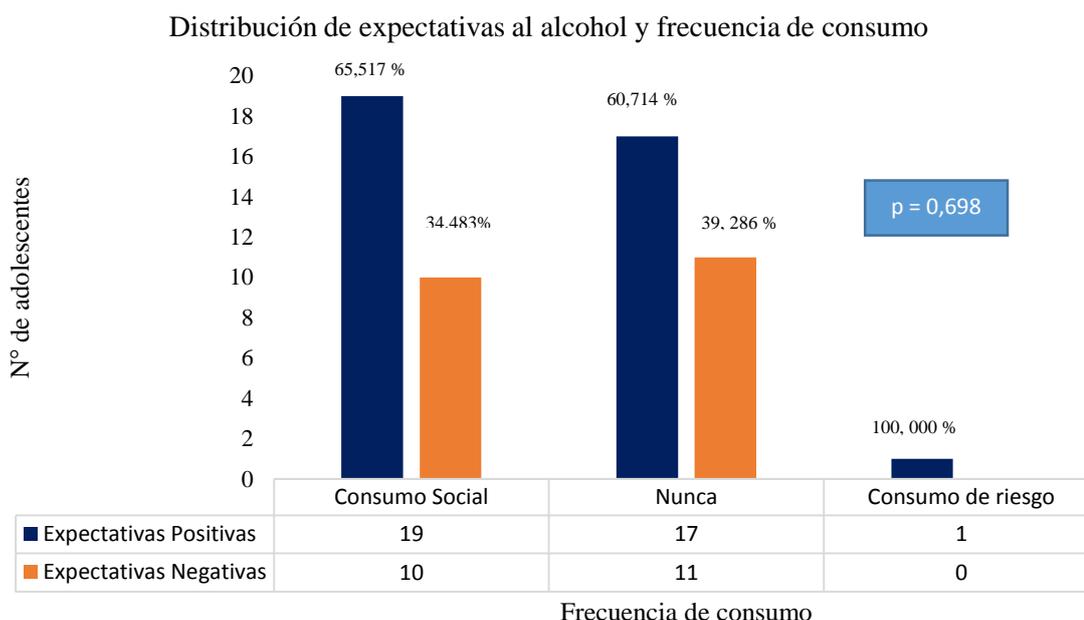


Figura 7-4. Gráfico de expectativas hacia el alcohol y frecuencia de consumo. La Florida, enero- junio 2016.

Realizado por: Jara, Mariaana 2016

Como se observa en la figura 7-4 predominaron las expectativas positivas en todos los tipos de frecuencia de consumo, lo que se corresponde con el comportamiento esperado, aunque las diferencias entre las frecuencias observadas son pequeñas; es lógico que

existan mayores conflictos entre las creencias asociadas al consumo de alcohol entre quienes consumen de formas menos riesgosas y quienes abusan del tóxico, por ello no hallamos significación estadística ($p=0,698$). Estos resultados coinciden con Pilatti A, Godoy JA y Brussino SA (2010) quien encontró que los adolescentes con patrones de consumo excesivo y de riesgo tienen más EA positivas que los adolescentes del resto de las categorías de consumo.

Por otro lado, los adolescentes abstemios y con formas de consumo más moderadas tienen más EA negativas que los bebedores del resto de las categorías. Al respecto, varios autores (Callas et al., 2004; Pilatti A, Godoy JA y Brussino SA (2010) coinciden en que los adolescentes que se ubican en las categorías de consumo más elevado anticipan más efectos positivos del consumo de alcohol, y que los adolescentes que no consumen alcohol anticipan más efectos negativos del consumo que el resto, específicamente se ha encontrado que aquellos que tienen un consumo de alcohol excesivo esperan significativamente mayores resultados positivos acerca de un incremento de la sociabilidad, de la relajación y de la sexualidad como consecuencia de tomar alcohol que los que se ubican en categorías de no consumo o consumo moderado.

Como se expresa en la existencia de EA acerca de un incremento de la agresividad y de la participación en conductas de riesgo con mayor presencia de sentimientos negativos como consecuencia, lo que permite distinguir entre los adolescentes que toman de los que no lo hacen; esto concuerda con otros resultados que indican un menor nivel de consumo de alcohol asociado a una mayor anticipación de efectos negativos.

Tabla 8-4: Distribución de adolescentes según expectativas hacia el alcohol y razones de consumo. La Florida, 2016.

Razones de consumo	Expectativas				Total	
	Positivas		Negativas		N°	%
	N°	%	N°	%		
Para probar y ver qué efectos produce	11	55,000	5	50,000	16	53,333
En una fiesta igual que todos los demás	5	25,000	3	30,000	8	26,666
Otras	4	20,000	2	20,000	6	20,001
Total	20	100,000	8	100,000	30	100,000

Realizado por: Mariana Jara.2016

Fuente: Formulario aplicado

En la tabla 8-4 se puede observar que predominaron las expectativas positivas para todas las causas de consumo, sin embargo no se obtuvo relación estadística entre estas variables. No se encontraron investigaciones que aborden esta asociación aunque es posible inferirla del comportamiento de los factores expuestos en las dimensiones que prevalecen (riesgo y agresividad) y que condicionan actitudes y comportamientos típicos de los adolescentes. De tal forma se ha encontrado que la diferencia significativa entre las EA acerca de un incremento de la agresividad y de la participación en conductas de riesgo y una mayor presencia de sentimientos negativos como consecuencia del alcohol permite distinguir entre los adolescentes que toman de los abstemios. Esto concuerda con otros resultados que indican un menor nivel de consumo de alcohol asociado a mayor anticipación de efectos negativos (Callas et al., 2004).

Como ya se ha explicado los motivos predominantes expuestos para el consumo de alcohol en los adolescentes en este estudio responden a las dos características de esta etapa que más influyen en el desarrollo de su personalidad (relación entre la individualidad y el grupo de iguales), las cuales a su vez están determinadas por los criterios de crianza que tiene la familia de origen, las influencias educativas transmitidas en la escuela y los elementos simbólicos reforzados por los medios de comunicación. El incremento en las EA positivas se corresponden con las creencias más generalizadas e instaladas en nuestra cultura donde el alcohol es visualizado como un facilitador de la interacción social, pues permite relacionarse con las otras personas con mayor facilidad, disminuyendo la timidez y aumentando la fluidez de las interacciones, corresponde a la creencia más extendida y más ampliamente generalizada en nuestra sociedad.

Las expectativas hacia el alcohol se desarrollarían a partir tanto del aprendizaje observacional (según la teoría del aprendizaje social a partir de la exposición temprana al consumo de alcohol en la familia y los mensajes de otras instancias socializadoras del individuo como la escuela y los medios de comunicación) y también, a través del aprendizaje directo (experiencia personales y de los pares). Cada persona crearía así redes mnémicas con información acerca de los efectos de la ingesta de alcohol que influenciarían tanto el inicio del consumo y en la persistencia de un patrón de consumo de alcohol, así como los efectos experimentados y los problemas asociados.

El contexto cultural tendría un rol importante en su consolidación, a través de valores que facilitarían, como la legalidad y la permisividad ante el consumo.

Prestar atención a esta problemática estaría justificada no solo por los problemas de salud o sociales (PRA) que podrían derivarse de la intoxicación etílica a corto plazo, sino también, y especialmente a estas edades, está descrito en la literatura que el consumo excesivo del mismo perjudica las áreas del cerebro responsables del aprendizaje y la memoria, las habilidades verbales y la percepción visual-espacial, por consiguiente, se afectan la creación de nuevos recuerdos, las habilidades de resolución de problemas, el pensamiento abstracto, la atención y la concentración.

Los estudios sugieren que el consumo de alcohol en adolescentes afecta de forma negativa la función neurocognitiva, como la capacidad de estudiar y obtener buenos resultados en los exámenes, ocasionando efectos negativos a mediano plazo y se puede incrementar la deserción escolar. A la vez, los efectos depresivos a nivel del sistema nervioso central a largo plazo pueden predisponer y/o desencadenar trastornos psicológicos en otras esferas psíquicas y al actuar como droga portera facilitando el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Coincidiendo con la literatura científica consultada sobre el valor predictivo de las expectativas hacia el alcohol en nuestro estudio también se observaron distintas asociaciones entre estas y el consumo de alcohol o los problemas relacionados con ello. Las expectativas pueden ayudarnos a anticipar y prevenir el consumo o no consumo de alcohol, la cantidad y frecuencia de la ingesta, patrones, estilos y modalidades de consumo, así como los trastornos por uso de alcohol y otros problemas.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

5.1 Diseño de estrategia de Intervención educativa:

“Modificación de las expectativas hacia el consumo excesivo de alcohol en los adolescentes”

5.1.1 *Fase de introducción*

5.1.1.1. *Fundamentos:*

La estrategia de intervención educativa presenta sus fundamentos desde una perspectiva holística de tipo filosófica, sociológica y psicológica que la sustentan.

La perspectiva filosófica es calificada como la piedra angular pues constituye el punto de partida considerando al hombre como ente social que pertenece a un sistema dinámico y abierto en interacción individuo, medio ambiente y sociedad.

Desde la perspectiva sociológica el individuo ha sido condicionado históricamente y es el producto del conocimiento creado por el mismo al existir relación entre la educación considerada como el medio y la cultura producto de la sociedad donde se desenvuelve para lograr la transformación.

Existe una perspectiva psicológica en la que se fundamenta la estrategia de intervención al considerar el enfoque histórico-cultural del desarrollo humano al asumir que existe interrelación del individuo con la cultura establecida y desarrollada, que responde a las exigencias de la sociedad en un momento dado.

Desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención educativa, se incluye en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista, “médico familiar” como al sujeto de estudio en este caso los “adolescentes” en el medio

donde ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialéctico donde la intervención en salud se desarrolla gracias al rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, teniendo como objetivo la transformación o modificación de una realidad gracias a la respuestas generadas tomando en cuenta los factores de riesgo y los factores protectores, siempre considerando las capacidades tanto activas como reflexivas de los integrantes del estudio al comprender la realidad como praxis, a través de un enfoque teórico-práctico, integrando conocimiento y modificando expectativas al tomar decisiones consensuadas en un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se asume que la prevención del consumo excesivo del alcohol a través de la modificación de las expectativas para evitar el alcoholismo constituye un tema de gran importancia por ser un problema de tipo social y sanitario, influenciado por varios factores que incluyen a los biológicos, psicológicos y socioculturales afectando en la salud individual, familiar y social. Surge entonces la necesidad de realizar proyectos de investigación motivados a encontrar posibles soluciones en beneficio de la población en general.

Los adolescentes presentan factores de riesgo que pueden ser modificables y no modificables para consumo excesivo de alcohol que sumado a las expectativas positivas ocasionadas tal vez por desconocimiento se genere este tipo de adicción, constituyendo un verdadero problema de salud pública por lo que es preciso diseñar una estrategia de intervención educativa que permita modificar esta realidad a través de la aplicación de promoción y prevención primaria es decir en aquellos individuos con factores de riesgo.

Posterior al análisis de los resultados obtenidos previo consentimiento informado y utilizando los principios de la Bioética, a través de la aplicación de instrumentos investigativos se realizó el diagnóstico preliminar del análisis de la situación de salud referida a las expectativas hacia el consumo de alcohol de los adolescentes que participaron en la investigación.

5.1.1.2 *Diagnóstico educativo:*

El predominio de las expectativas positivas hacia el consumo del alcohol; es decir de las creencias acerca de los efectos que produce esta sustancia sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones son deseables, lo que constituiría un factor de riesgo en el abuso de consumo de bebidas alcohólicas.

La existencia de estereotipos, mitos, prejuicios, creencias procedentes de una sociedad alcoholizada en donde la presencia de un alcohólico en muchas ocasiones pasa desapercibida o no se toma conciencia de la magnitud del problema, de causa multifactorial, donde el consumo de alcohol se ha incrementado y no distingue: sexo, etnia o condición social, afectando a todos los estratos y sin conocimiento del consumo de alcohol como “generador de otros problemas”.

Las principales necesidades de aprendizaje identificadas de acuerdo a la valoración de las dimensiones de las expectativas del alcohol fueron:

- Escala de riesgo y agresividad: la no relación entre violencia y consumo de alcohol.
- Escala de deterioro cognitivo: desconocimientos de los efectos del alcohol.
- Escala de estados negativos: falsa creencia que el alcohol genera “alegría”.
- Escala de sociabilidad: las fiestas sin alcohol pueden ser divertidas.
- Escala de relajación: desconocimiento del manejo de situaciones de estrés
- Escala de incremento de la sexualidad: falsa creencia que con alcohol se “disfrute más del sexo”.

Para su abordaje se cuenta con el profesional de la salud necesario, preparado en medicina familiar y comunitaria con conocimientos y labor de impacto sobre la comunidad objeto de intervención, la motivación y participación creciente, consciente y activa de la población y la colaboración de líderes formales e informales, así como personal de apoyo constituido por el equipo básico de salud para el abordaje desde una dimensión integradora, el Centro N°1 cuenta con atención diferenciada al adolescente (AIDAS),

además de la presencia de un auditorio que cuenta con los recursos necesarios para efectuar las sesiones y los medios de enseñanza, materiales educativos y demás insumos necesarios disponibles.

5.1.2 Fase de Programación

5.1.2.1 Objetivos

General:

Contribuir a la modificación de las expectativas hacia el alcohol mediante acciones informativas, educativas y comunicativas que favorezcan la prevención de consumo excesivo en adolescentes de 12 a 19 años del Barrio La Florida.

Específicos:

- Favorecer el intercambio de experiencias personales con relación al consumo de alcohol.
- Establecer un ambiente favorable para la cohesión grupal que facilite la participación activa de los adolescentes.
- Brindar los elementos teóricos necesarios sobre las necesidades de aprendizaje.
- Facilitar el desarrollo de habilidades que permitan modificar las expectativas al alcohol.

5.1.2.2 *Límites:*

- **Tiempo:** La estrategia será aplicada durante 6 semanas, impartándose cada tema en un encuentro pero con una frecuencia de 3 encuentros semanales ya que los sujetos de investigación será divididos en 3 subgrupos (1 de 20 y 2 de 19 integrantes)
- **Lugar:** Los encuentros serán realizados en el auditorio de centro de Salud N°1
- **Beneficiarios:** de forma directa se beneficiarán a los 58 adolescentes de 12-19 años forman parte del estudio y de forma indirecta sus familias, al barrio, la sociedad y el estado.

5.1.2.3 *Metodología:*

El diseño se realizó siguiendo los elementos propuestos por la OPS para este tipo de estrategias. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo cumplimiento de la misma.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, así como la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes. Se consideró un al auditorio del centro N°1 como sitio de encuentro por la accesibilidad desde el barrio La Florida y el equipamiento necesario, la fecha y hora se establecerán de mutuo acuerdo.

Las formas organizativas docentes que se emplearán son de tipo curso taller: conferencia interactiva, charlas, video debates y dramatizaciones. Los contenidos se presentarán de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que refuerzan los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evaluar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerán permanentemente vínculos con la práctica y las nociones culturales de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

El material didáctico que se empleará serán: rotafolios, diapositivas, carteles, láminas, papelógrafos, pizarras y computadoras y se utilizarán técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

5.1.2.4 *Actividades:*

Se seleccionaron 6 temas los que se organizaron en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de las características de las adolescentes que serán sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

Tema 1: Introducción y generalidades

Tema 2: Violencia y alcoholismo.

Tema 3: Autoestima y recreación saludable.

Tema 4: Situaciones de estrés.

Tema 5: Sexualidad y alcohol.

Tema 6: Conclusiones y Evaluación final

5.1.2.5 *Recursos:*

- Humanos: Posgradista de Medicina Familiar y Comunitario, pasante de educación para la Salud, licenciada del centro AIDAS y demás equipo básico de salud.
- Materiales: Auditorio del Centro de Salud N° 1, computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores.
- Financieros: el centro de salud facilitará los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad por lo que no se requerirá financiamiento externo.

5.1.2.6 *Cronograma:*

Se establece en función de los objetivos para cumplir las actividades programadas satisfaciendo todos los elementos del proceso didáctico:

Tabla 1-5: Cronograma de actividades de la estrategia de intervención educativa

ACTIVIDADES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Introducción y Generalidades	T					
Violencia y alcoholismo		T				
Autoestima y recreación saludable			T			
Manejo de situaciones de estrés				T		
Sexualidad y Alcohol					T	
Conclusiones y evaluación final						T

T= taller

5.1.2.7 Orientaciones Metodológicas

Tema 1: Introducción y Generalidades

FOE: Taller

Duración: 2 horas

Objetivo: Estimular y motivar a los adolescentes para lograr la participación activa lo que les permita la construcción colectiva del conocimiento.

Técnica: “Partes del cuerpo”

Recursos: computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores, reproductor de música

Desarrollo: luego de una breve introducción donde se explica a las participantes la importancia de la problemática, se enunciarán los temas a tratar, se utilizará una técnica de presentación que incluirá la exploración de las consecuencias y expectativas del grupo. Para esto se utilizará la técnica “ Partes del cuerpo ” que consiste en formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas que se miren frente a frente, se recomienda tener música de fondo, pida que se saluden con la mano, digan su nombre, que hace, que le gusta, que les disgusta, que piensan acerca del consumo de alcohol y sus expectativas hacia el consumo), inmediatamente el animador para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario de tal forma que le toque a otra persona en frente, el animador pide que se saluden dándose un abrazo y pregunten a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar de nuevo y esta vez con los pies, con los codos, los hombros, etc. Finalmente la última pareja conformada se presentan al grupo y comparten sus expectativas.

Evaluación: se aplicará la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

Tema 2: Violencia y alcoholismo

FOE: Taller

Duración: 2 horas

Objetivo: analizar las cuestiones teóricas fundamentales relacionadas con el consumo excesivo de alcohol como generador de diferentes tipos de violencia y sus repercusiones.

Técnicas utilizadas: Dramatización

Recursos: El material didáctico: rotafolios, diapositivas, carteles, láminas, papelógrafos, pizarras y computadoras

Desarrollo: El facilitador motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y abordará los aspectos claves del consumo excesivo de alcohol como generador de violencia. A continuación se solicitará a los integrantes dividirse en 4 subgrupos y cada uno dramatizará en forma corta una familia con la

presencia de un alcohólico generador de cualquier tipo de violencia (en el núcleo familiar, con los vecinos y amigos, en el trabajo, con la pareja)

Concluida la actividad deberán exponer una conclusión por cada equipo.

Evaluación: se aplicara la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

Tema 3: Autoestima y recreación saludable

FOE: Taller.

Duración: 2 horas

Objetivo: comprender la importancia de la recreación sin alcohol

Técnicas utilizadas: juego de roles y palabras claves

Recursos: El material didáctico: rotafolios, diapositivas, carteles, láminas, papelógrafos, pizarras y computadoras.

Desarrollo: El capacitador motivará la actividad y presentará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y abordara los aspectos claves sobre los tipos de recreación, relaciones interpersonales y conductas asertivas sin alcohol.

A continuación se solicitará a los integrantes dividirse en 4 grupos cada uno de los cuales abordará la siguiente problemática:

- Primer grupo: Tipos de recreación que conoce
- Segundo grupo: Relación con otros adolescentes de igual o diferente sexo.
- Tercer grupo: El consumo de alcohol en las relaciones interpersonales
- Cuarto grupo: Adolescentes y comportamiento con sus pares.

Al finalizar la técnica un representante de cada grupo expondrá en forma breve el tema asignado; luego el capacitador hará una breve conclusión final y solicitará a las participantes que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales de una idea o tema.

Evaluación: se aplicara la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

Tema 4. Situaciones de estrés.

Objetivos: Analizar las situaciones de estrés que se pueden presentar en la dinámica familiar como factor de riesgo para consumo excesivo de alcohol.

FOE: Taller.

Duración: 2 horas

Técnicas utilizadas: Panel

Recursos: diapositivas, carteles, láminas, papelógrafos, pizarras y computadoras.

Desarrollo: El instructor motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los principales eventos generadores de estrés y crisis familiares.

Seguidamente el capacitador dividirá al grupo en 3, que analizarán en corto tiempo las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales problemas que se presentan en mi familia, colegio y barrio?
- ¿Qué hago yo cuando tengo un problema?
- ¿Qué debería hacer yo cuando tengo un problema?

El capacitador realizara una breve conclusión sobre cómo actuar ante una situación de estrés y tratará de enseñar técnicas de relajación.

Evaluación: se aplicara la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

Tema 5: Sexualidad y alcohol

FOE: Taller.

Duración: 2 horas

Objetivo: Comprender cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol en los adolescentes.

Técnicas utilizadas: lluvia de ideas “**Alcohol y sexo: Mitos y verdades**”

Recursos: diapositivas, carteles, láminas, papelógrafos, pizarras y computadoras.

Desarrollo: El capacitador motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje haciendo énfasis en los conceptos de sexualidad responsable, seguidamente se dividirá al grupo en dos, asignándoles un papelógrafos a cada grupo en el que harán una lista de los mitos y verdades acerca de la asociación alcohol y sexo.

Al final de la técnica expondrán 2 integrantes de cada equipo las conclusiones, reflexionando además en un tema muy importante como el embarazo en la adolescencia.

El capacitador hará una breve conclusión y a continuación mediante la técnica de lluvia de ideas pedirá al grupo que expongan las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en la sexualidad.

Evaluación: se aplicara la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

Tema 6: Conclusiones y evaluación final

FOE: Taller

Duración: 2 horas

Objetivo: sintetizar los contenidos fundamentales abordados durante el curso taller propiciando una evaluación de los mismos.

Técnica: Phillips 66

Recursos: computadora, infocus, papel, esferos, pizarras, marcadores, reproductor de música

Desarrollo: luego de una breve introducción donde se explica a los participantes en qué consistirá la evaluación se divide al grupo en 5 subgrupos a quienes se les asignará un tema de los abordados durante el curso taller, cada uno deberá sintetizar los aspectos esenciales que consideren destacar de cada tema, valorando además el resultado de aprendizaje desde sus puntos de vista.

Evaluación: se aplicara la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar que permitirá resaltar y socializar los aspectos más importantes.

5.1.3 Evaluación

Se utilizarán tres tipos de evaluación para garantizar la efectividad de la intervención diseñada:

- Evaluación de resultados: se realizara tipo test/re-test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial.
- Evaluación de actividades: se realizará al final de cada sesión se aplicara la técnica PNI de Edward de Bono lo que nos permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema
- Evaluación de proceso: se utilizara una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas y nivel profesional.

CONCLUSIONES

- Predominan los adolescentes entre 15 a 19 años, del sexo hombres, con un nivel de instrucción: básica sin terminar, sin unión estable, con ocupación estudiantes, los que han consumido alcohol de frecuencia social y la principal razón de consumo es “para probar y ver qué efecto produce”
- Predominan las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol en todas las variables estudiadas, basados principalmente en la escala de riesgo - agresividad y la de deterioro cognitivo - conductual; lo que eleva el riesgo de un inicio temprano en el consumo abusivo del tóxico.
- No se observó relación estadísticamente significativa entre las expectativas hacia el alcohol y las variables sociodemográficas estudiadas.
- Predominan las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol en los adolescentes por lo que es necesario implementar la estrategia educativa diseñada que permita modificar esta realidad.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de la investigación a las autoridades del primer nivel de salud y los líderes comunitarios del Barrio La Florida para que conozcan la realidad.
- Se sugiere implementar la estrategia de intervención educativa diseñada como propuesta para modificar las expectativas hacia el consumo de alcohol.
- Se recomienda el abordaje desde una perspectiva holística a través de la participación del equipo multidisciplinario de salud.

BILBIOGRAFÍA

- Barranco, M. A., & Donato, V. F.** (2010). Tutorial auxiliar de enfermería: tomo II edición abreviada en blanco y negro. Madrid, ES: Editorial CEP, S.L. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Carrasco, E.** (2015). **Familia y adolescencia.** Recuperado el 2/III/2015 desde <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion>
- Carvajal, R.** (2011) Fundamentación teórica: *El alcoholismo de los padres su incidencia en el desarrollo.* Recuperado de www.repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/397/1/T-UTC-0359.pdf
- Cicua, D., Méndez, M., Muñoz, L.** (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico.* 4 (11).
- Conde K, Lichtenberger A, Peltzer RI.** Validez de los cuestionarios de expectativas hacia el consumo de alcohol. *Revista Investigaciones Andina.* No. 28 Vol. 16 - 130 p. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n28/v16n28a03.pdf>
- Conocente, M. y Stehlik, C.** Adicciones. Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta. 1° Ed. Buenos Aires: Letra Viva. 2007. Disponible en: http://biblio.uade.edu.ar:8080/client/es_ES/biblioteca/search/detailnonmodal?qu=PSICOANALISIS.&d=ent%3A%2F%2FSD_ILS%2F0%2FSD_ILS%3A267406~ILS~0~161&ps=300
- Cassola I., Pilatti A., et al.** (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba, Argentina. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. *Revista Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa.* Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/539>

Chicaiza Monge, MJ. El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas, en los adolescentes del segundo año de bachillerato del Colegio Técnico Pujilí, de la ciudad de Pujilí, provincia de Cotopaxi, durante el período marzo 2011 agosto 2011. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5531/1/TESIS%20FINAL%2012-06-2013.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2013). Ecuador Recuperado de www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf

García, E, et al. (2004) Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es&nrm=iso

Gómez, A., Aical,C., Monllau,B., Vittore, G., (2010) Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo. Recuperado de www.observatorio.gov.ar/universidades/Tesis_percepcion_de_riesgo.pdf

González, B., Gómez, J., Gras, M., Planes, M. (2014) Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.170831>

Hidalgo, F., Martínez, L., Fernández I., González, V., Hidalgo, Y. (2013) Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cub. Recuperado de Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5620 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5620

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador (INEC, 2013). Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/catalogo-inec-2013-2/>

Instituto Nacional del abuso de drogas. (2014). Prevención del abuso de drogas. Recuperado el 2/III/2015 desde <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prevencion-del-abuso-de-drogas-la-mejor-estrategia>

Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>

Javier A, Nievas JA. Expectativas hacia el consumo de alcohol en adolescente en tratamiento por adicciones en el Programa del Sol. (Tesis para obtener el grado en Lic. en Psicología) Universidad Empresarial Siglo 21, Octubre 2012. Disponible en: https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/11313/EXPECTATIVAS_HACIA_EL_CONSUMO_DE_ALCOHOL_EN_ADOLESCENTES_EN_.PDF?sequence=1

Jimenez, I. (2012) Evolución del consumo de tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar. Recuperado de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012003.pdf>

Larimer, M. E., & Arroyo, J. A. (2016, Spring). Alcohol use among special populations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 1+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=epoch_cons&v=2.1&it=r&iid=GALE%7CA455184957&asid=3ccfcbcd6d260b39d72800d05fd4ad2

Lefio, L. A., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Effective interventions in the problematic use of alcohol and other drugs/Intervenciones eficaces en consumo problematico de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(4), 257+. Retrieved from

http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=rd=GALE%7CA356354209&asid=83a02252b16763fbce43d4610fab43e3

Martínez G, (). Antecedentes históricos del alcohol. Recuperado el 2/III/2015 desde <http://www.monografias.com/trabajos81/alcoholismo-antecedentes-diagnostico-tratamiento/alcoholismo-antecedentes-diagnostico-tratamiento.shtml#ixzz3snEVZTs0>

Mármol Cabrera CG. (2013). Los imaginarios desde las prácticas sociales del consumo de alcohol en los jóvenes que frecuentan los bares de la Plaza Foch en Quito. Universidad Politécnica Salesiana,. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3950/1/QT03371.pdf>

Miranda, B; Contreras, K. (2012). Familias disfuncionales un riesgo en la adolescencia. Recuperado el 2/III/2015 desde <http://brumoykristellf.blogspot.com/p/familias-disfuncionales.html>

Morojele, N. K., & Ramsoomar, L. (2016). Addressing adolescent alcohol use in South Africa. *South African Medical Journal*, 106(6), 551+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA454485713&asid=9813eceb45d7a31dd71e394021bd124b

Mora-Ríos J, Natera G, Villatoro J y Villalvazo R. (2000). Validez factorial del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. Instituto Mexicano de Psiquiatría. (México). *Revista Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 2, pp. 319-328. 2000. Disponible en: <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art08.2.08.pdf>

- Moral, M., Ovejero, A.** (2010) Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. Recuperado de revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/820/782
- Moral, M.** (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a10>
- Moral, J., Rodríguez, F., Ruiz, F.** (2006) Actitudes y percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en adolescentes: efectos diferenciales respecto a jóvenes consumidores de alcohol y cocaína. *Revista española de drogo dependencia*. 31 (1)
- NIDA ()**. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición). Retrieved 16 de noviembre del 2016, from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas-en-los-ninos-y-los-adolescentes-segunda-edicion>
- Ramírez, R., Andrade, D.** (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de Alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae
- Ramírez, A; Naal, A; et al.** (2012). Una visión del alcoholismo de los padres desde la mirada de los hijos. *Revista salud y drogas*. 14(2). Disponible en <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/219/228>
- Ramírez MR, Andrade D.** (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13(número especial):813-8. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000700008&script=sci_abstract&tlng=es

- Steffl, M., Bohannon, R. W., Petr, M., Kohlikova, E., & Holmerova, I.** (2016). Alcohol consumption as a risk factor for sarcopenia - a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 16(100). Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=r&iid=GALE%7CA452185830&asid=00eaa91d315ec13e83984029380e635b
- Pilatti A, Brussino SA y Godoy JC.** (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. Universidad de Chile. *Revista de Psicología* 22(1), 22-36. 2013. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/27716/32004>
- Pilatti A, Godoy JA y Brussino SA.** (2010). Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A). *Revista Anales de Psicología* vol. 26, n° 2 (julio), 288-301, 2010. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Alcohol%20.%20Estudio%200en%20Argentina%20Construcci%C3%B3n%20y%20valoraci%C3%B3n%20psicom%C3%A9trica%20del%20Cuestionario%20de%20Expectativas.pdf>
- Reyes-Pulliza, J. C., Rodriguez-Figueroa, L., Moscoso-Alvarez, M. R., Colon, H., Cotto-Negron, C., Rivera, L., & Irizarry-Perez, M.** (2015). Binge drinking as a risk factor for violence among secondary school students in a nationally representative sample in Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 34(1), 20+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=r&iid=GALE%7CA409832756&asid=3f1fe90a93412b13008bd08d7eccf18b
- Vagenas, P., Lama, J. R., Ludford, K. T., Gonzales, P., Sanchez, J., & Altice, F. L.** (2013). A systematic review of alcohol use and sexual risk-taking in Latin America/Revision sistematica de la relacion entre el consumo de alcohol y la toma de riesgos sexuales en America Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 267+. Retrieved from

http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=r&iid=GALE%7CA356354210&asid=b4471e045b26c9f4aed8d4f7c388c772

Villareal, G. (2011). Intervención Psicosocial. Recuperado el 2/III/2015 desde www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300006&script

Young, S., Absoud, M., Blackburn, C., Branney, P., Colley, B., Farrag, E., Mukherjee, R. (2016). Guidelines for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and associated fetal alcohol spectrum disorders based upon expert consensus. *BMC Psychiatry, 16*(1). Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esepoch_cons&v=2.1&it=r&iid=GALE%7CA464263921&asid=2e7cf31fc7b4b9abf16daf2fa6fcdc

ANEXOS

ANEXO A. Formulario utilizado

FORMULARIO

Responda cada una de las preguntas con sinceridad, seleccione una sola respuesta y marque con una X, los datos obtenidos son confidenciales. Gracias por su colaboración

Datos Generales:

1. ¿Cuántos años tiene?, escriba su edad en números enteros.

Edad: _____

2. ¿A qué sexo pertenece?

1) Hombre ()

2) Mujer ()

3. ¿Su estado civil es?

1) Soltero/a ()

2) Casado/a ()

3) Unión libre ()

4) Separado/a ()

5) Viudo/a ()

4. ¿Su nivel de instrucción es?

1) Básica sin terminar ()

2) Básica terminada ()

3) Bachiller ()

5. ¿Su ocupación es?

1) Desocupado ()

2) Estudia ()

3) Trabaja ()

4) Estudia y trabaja ()

6. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas, por lo menos 1 vez?

- 1) SI ()
- 2) NO ()

7. Solo si su respuesta anterior fue afirmativa, entonces responda a la siguiente pregunta: ¿con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- 1) Consumí una vez pero no lo he vuelto a hacer ()
- 2) He consumido muy pocas veces ()
- 3) A veces consumo en fiestas o eventos sociales ()
- 4) Consumo solo un poco los fines de semana ()
- 5) Consumo todas las semanas hasta chumarme ()
- 6) Consumo casi todos los días ()

8. ¿Por qué ha consumido Ud. bebidas alcohólicas?

- 1) Para probarlo y ver qué efectos produce ()
- 2) Porque mis amigos también consumen ()
- 3) Para sentirme más adulto ()
- 4) Porque mis amigos me convencieron de hacerlo ()
- 5) En una fiesta igual que todos los demás ()
- 6) Porque necesitaba experimentar locuras ()
- 7) Para poder divertirme y pasarlo bien ()
- 8) Porque es normal y todos lo hacen ()
- 9) Para olvidarme de todo ()
- 10) Para desinhibirme, quitarme la vergüenza, hablar sin pena ()

ANEXO B. Cuestionario de expectativas al alcohol y puntaje de evaluación

“El alcohol hace que...”	Si	No
1 Pueda divertirme más en las fiestas	1	0
2 Sea una persona más alegre cuando estoy con otras personas	1	0
3 Me sienta entretenido/a	1	0
4 Mis respuestas sean lentas	0	1
5 Moleste a los demás	0	1
6 Converse más con otras personas	1	0
7 Pueda dormir mejor	1	0
8 Me sienta tranquilo/a	1	0
9 Me falte el equilibrio	0	1
10 Haga cosas graciosas	1	0
11 Me calme si estoy ansioso/a	1	0
12 Tenga dolor de cabeza	0	1
13 Me ponga más crítico conmigo mismo	0	1
14 Me sienta excitado sexualmente	1	0
15 Sea más fácil hablar con las personas	1	0
16 Me sienta relajado/a	1	0
17 Tenga sueño	0	1
18 Me sienta angustiado	0	1
19 Sea más fácil hablar con una persona del otro sexo	1	0
20 Si tengo un dolor muscular, no me moleste tanto.	1	0
21 Me sienta confundido/a	0	1
22 Realice comportamientos que impliquen algún riesgo	0	1
23 Me sienta culpable por cómo me comporto cuando tomo	0	1
24 Pueda sentirme cómodo/a al relacionarme con otras personas	1	0
25 Me sienta descompuesto	0	1
26 Me sienta culpable por tomar	0	1
27 Me guste tener relaciones sexuales	1	0
28 Sea menos tímido/a	1	0
29 Me sienta desorientado	0	1
30 Me comporte de manera agresiva con las demás personas	0	1
31 Me sienta culpable por las cosas que digo cuando tomo	0	1
32 Disfrute más del sexo	1	0
33 Sea más simpático/a	1	0
34 Diga cosas sin sentido	0	1
35 Insulte a los demás	0	1
36 Haga cosas de las que después me arrepiento	0	1
37 Sea mejor amante	1	0
38 Sea más amigable	1	0
39 Busque pelearme con otras personas	0	1
40 Diga cosas de las que después me arrepiento	0	1
41 Haya más compañerismo en un grupo de gente	1	0
42 Discuta con las personas con facilidad	0	1
43 Me sienta avergonzado de mi comportamiento cuando tomo	0	1
44 Varones y mujeres parezcan más sensuales	1	0
45 Que me enoje con facilidad	0	1

La forma de evaluación fue la siguiente:

Se otorgó un punto por cada respuesta positiva en los ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 24, 27, 28, 32, 33, 37, 38, 41, 44) y uno por cada respuesta negativa en los ítems (4, 5, 9, 12, 13, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 45), si la suma es mayor a 27 el adolescente tiene EXPECTATIVAS POSITIVAS y si es menor a 27 tiene EXPECTATIVAS NEGATIVAS.

Dimensiones:

3. Escala riesgo y agresividad (5, 22, 30, 35, 39, 42) si 4 respuestas positivas.
4. Escala sociabilidad (1, 2, 6, 10, 15, 19, 24, 28, 33, 38, 41, 45) si 8 respuestas positivas.
5. Escala estados negativos (13, 18, 23, 26, 31, 36, 40, 43) si 5 respuestas positivas.
6. Escala deterioro cognitivo y conductual (4, 9, 12, 17, 21, 25, 29, 34) si 5 respuestas positivas.
7. Escala relajación (3, 7, 8, 11, 16, 20) si 4 respuestas positivas.
8. Escala incremento de la sexualidad (14, 27, 32, 37, 44) si 3 respuestas positivas.

ANEXO C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mariana de Jesús Jara Zúñiga, postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre expectativas hacia el alcohol en adolescentes. La Florida, Riobamba, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a los adolescentes con el fin de orientar las expectativas hacia el consumo de alcohol. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yorepresentante del adolescente.....estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informado/a sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente, el día ____ del mes _____ del año _____.

.....

Firma del representante

.....

Firma del adolescente

