



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSTGRADOS

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS JÓVENES INDÍGENAS AWA.

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología con mención en Intervención**

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autor:

ALEX JAVIER AYALA PASQUEL

Director:

MG. ANA ELIZABETH JARAMILLO ZAMBRANO

Ambato – Ecuador

Octubre 2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR “SEDE AMBATO”

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS JÓVENES INDÍGENAS AWA.”


Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autor:

Alex Javier Ayala Pasquel

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Andrea Gabriela Suárez López, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Juan Carlos Acosta Teneda, Mg.

f. 

DIRECTOR DE POSTGRADOS

Hugo Rogelio Altamariano Villarroel, Dr.

f. 

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

Ambato – Ecuador

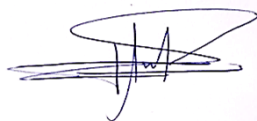
Octubre 2021

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **ALEX JAVIER AYALA PASQUEL**, con **CC. 180368569-0**, autora del trabajo de graduación intitulado: “Propuesta de intervención para la disminución del consumo de alcohol en adultos jóvenes indígenas Awa.”, previa a la obtención del título profesional de **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN INTERVENCIÓN**, EN LA ESCUELA DE **PSICOLOGÍA CLÍNICA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, octubre 2021



ALEX JAVIER AYALA PASQUEL

180368569-0

AGRADECIMIENTOS

A la vida, mi vida, mi destino que decidí tomar para transitar. Mi madre pilar fundamental para mí desarrollo humano y profesional, a mi hermana y padre por el apoyo constante. A mi esposa e hija mis compañeras de vida quienes resaltan lo mejor de mí. A mi abuelita mamá Luz mi ángel que me brinda abrigo y me acompaña

DEDICATORIA

Para mi hija Anna Victoria Ayala Espejo con mucho amor por inspírame cada día al despertar, por regalarme sonrisas y motivos para continuar

RESUMEN

El objetivo de la investigación es realizar una propuesta de intervención para la disminución de consumo de alcohol en adultos jóvenes de la comunidad indígena AWA. Esta investigación parte de un paradigma post-positivista, de tipo no experimental, de modalidad cuantitativa, con alcance descriptivo y de corte transversal. Con la aplicación de test de Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT) y una Ficha Sociodemográfica. Los participantes fueron 50 personas de la Comunidad Indígena AWA, el 100% hombres, entre los 18 y 30 años, con una media de 22,35 años, con lugares de procedencia de la comunidad AWA; Angostura, Untal, San Marco, Pailón, Gualpi. Los resultados demostraron que el 38,0% no presenta riesgo de consumo, mientras que el 26,0% refleja dependencia al alcohol, asimismo, el 22,0% mostró consumo de riesgo y el 14,0% consumo perjudicial, se planteó el desarrollo de una propuesta de intervención dividida en tres fases a) acercamientos comunitarios, enfocada al trabajo en territorio con líderes comunitarios, b) fase de módulos de formación con el objetivo de facilitar conocimientos básicos en temas de prevención y detección de consumo, y c) fase de intervención donde, se detallan dieciséis sesiones terapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual. Como conclusión, se establece que es necesaria la aplicación de la propuesta de intervención enfocada en reducir los índices de consumo y a su vez trabajar sobre la prevención.

Palabras clave: *Alcohol, indígenas, dependencia, consumo de riesgo, intervención.*

ABSTRACT

The objective of this research is to make an intervention proposal for the reduction of alcohol consumption in young adults among the AWA indigenous community. This research is based on a post-positivist paradigm, non-experimental, quantitative, descriptive, and cross-sectional. With the application of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and a Sociodemographic Form. The participants were 50 people from the AWA Indigenous Community, 100% men, between 18 and 30 years old, with an average age of 22.35 years, with places of origin from the AWA community: Angostura, Untal, San Marco, Pailón, Gualpi. The results showed that 38.0% did not present a consumption risk, while 26.0% showed alcohol dependence, 22.0% showed risk consumption and 14.0% showed a harmful consumption. The development of an intervention proposal divided into three phases was proposed a) community approaches, focused on working in the territory with community leaders, b) training modules phase with the aim of providing basic knowledge on prevention and detection of consumption c) an intervention phase where sixteen therapeutic sessions are detailed from the cognitive-behavioral approach. As a conclusion, it is established that it is necessary to apply the intervention proposal focused on reducing alcohol consumption rates and, at the same time, work on its prevention.

Key words: Alcohol, indigenous people, dependence, risk consumption, intervention.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN	vi
Índice de contenidos	viii
Introducción.....	1
1 CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE	8
1.1 Análisis de la Situación.....	8
1.1.1 Factor que, se asocia con la ingesta de bebidas alcohólicas	9
1.1.2 Factores Sociales-Ambientales	9
1.1.3 Factores Familiares	9
1.1.4 Relaciones afectivas y comunicación	10
1.1.5 Factores Biológicos	10
1.1.6 Factores Psicológicos.....	11
1.1.7 Perspectiva psicológica y criterios diagnósticos	12
1.1.8 Intoxicación de alcohol	12
1.1.9 Dependencia de alcohol	12
1.1.10 Signos y síntomas del consumo de alcohol.....	13
1.1.11 Criterios diagnósticos	14
1.1.12 Tipos de consumo de alcohol.....	15
1.1.13 Riesgos frente al uso de bebidas alcohólicas.....	16
1.2 Consecuencias del consumo de alcohol	16
1.2.1 Cerebrales.....	16
1.2.2 Fisiológicas.....	17
1.2.3 Familiar.....	18
1.2.4 Laboral	18
1.2.5 Interpersonal	18
1.3 Revisión de la eficacia de procesos terapéuticos enfocados a reducir el uso de bebidas alcohólicas.	19
1.3.1 Pasos para construir un programa de intervención	19

1.3.2 Tipos de programas de intervención	20
1.3.3 Contextos educativos	20
1.3.4 Intervenciones establecidas de salud.....	21
1.3.5 Farmacológico y cognitivo conductual.....	21
1.3.6 Enfoque comunitario	21
1.3.7 Programas con mayor eficacia	22
2 CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	23
2.1 Metodología de la investigación	23
2.1.1 Paradigma	23
2.1.2 Modalidad.....	24
2.1.3 Alcance.....	24
2.1.4 Corte.....	24
2.2 Técnicas y herramientas	25
2.2.1 Técnicas	25
2.2.2 Observación científica	25
2.2.3 Encuesta	25
2.2.4 Herramientas.....	25
2.2.5 Ficha Ac Hoc sociodemográfica	26
2.3 Instrumentos.....	26
2.4 Procedimiento metodológico	27
2.5 Análisis de la información.....	29
2.6 Población y muestra.....	29
2.6.1 Población.....	29
2.6.2 Muestra	30
2.6.3 Creencias ancestrales	31
2.6.4 Muestreo	32
2.7 Caracterización de la muestra:	32
3 CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN...	36
3.1 Resumen de resultados.....	36
3.2. Test de uso de bebidas Alcohólicas	41
3.1.1 Propuesta de la Investigación	45
3.1.2 Justificación de la propuesta de investigación.....	45
3.1.3 Fundamentación teórica y metodológica de la propuesta de intervención: .	47

3.1.4 Terapia Cognitivo Conductual	53
3.1.5 Facilitación de Estrategias de afrontar	53
3.1.6 Planificación de actividades de intervención	58
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	83

TABLAS

Tabla 1 Intoxicacion Alcohólica	14
Tabla 2 Trastornos por conusmo de sustancias	14
Tabla 3 Intoxicacion Aguda.	15
Tabla 4 Fiabilidad test	27
Tabla 5 Características Comundiad AWA	31
Tabla 6 Variables Personales	33
Tabla 7 Variables asociadas	34
Tabla 8 Variables sobre el consumo de alcohol	36
Tabla 9 Frecuencia, antecedentes y conciencia de enfermedad.....	39
Tabla 10 Desviacion típica tipo de consumo de alcohol.....	42
Tabla 11 Resumen Test de Audit.....	42
Tabla 12 Tabla de contingencia edad y tipos de conusmo	44
Tabla 13 Tabla de contingencia estrato social y tipo de consumo	45
Tabla 14 Principios para los tratamientos de adicciones según NIDA	51
Tabla 15 Fase de acercamientos comunitarios	58
Tabla 16 Módulos de formación	59
Tabla 17 Detalle de sesiones terapéuticas.....	61
Tabla 18 Cronograma	64

INTRODUCCIÓN

El uso de alcohol se enmarca en problemáticas de salud en los sistemas de salud de varios países del mundo incluido Ecuador los efectos negativos sobre la salud física y emocional, las rupturas en las dinámicas familiares son factores analizados para medir la magnitud de este problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) reconoce que esta acción perjudica la funcionalidad de las personas, por lo que ha desarrollado estrategias enfocadas a preservar el bienestar de la población mundial en todos los ámbitos.

En este sentido la Organización de Estados Americanos (OEA, 2019a), en su informe sobre el uso de alcohol y drogas en población latina describe que un estimado más de mil millones de habitantes de un total de 35 países ha tenido un problema relacionado al consumo de alcohol. Que a su vez ha generado pérdida de la estabilidad, laboral, familiar y afectaciones en la salud, además, han mencionado factores asociados al consumo: edad, género y la ausencia de redes de apoyo familiar.

De acuerdo con el informe de la Organización de Estados Americanos (2019), los factores que, se han analizado a profundidad son: rango de edad uso de alcohol *11 años*, el género con relación al consumo, se creía años atrás que el género masculino tenía mayor acercamiento y exposición a la sustancia. Sin embargo, en los últimos 10 años, se ha determinado que hombres y mujeres presentan la misma problemática del consumo (Ruisoto y otros., 2016).

Según el análisis desarrollado por la Organización de Estados americanos (2019), donde, se cotejaron datos de países de la región en relación con la problemática de adicciones y el uso indebido de alcohol, se reveló que países como El Salvador el 10% de su población ha sido expuesta al consumo de alguna sustancia incluido alcohol con rango de edad de 19 años. Sin embargo, es Chile el país que tuvo un mayor porcentaje de personas bebedoras y fumadoras con un estimado del 38%, al igual que Argentina, país que refleja que cerca del 50% de su población afirma haber usado alguna sustancias alguna vez.

Asi también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) entidad que aborda la problemática de consumo de alcohol como una situación preocupante y

de atención prioritaria para los estados americanos. Las cifras elevadas de personas expuestas al consumo en edades tempranas han despertado la alerta de los gobiernos. Sin embargo, no todos han tenido la capacidad de respuesta oportuna, además, hace énfasis en que el alcoholismo no es solo un problema de los hombres de Latinoamérica, sino de hombres y mujeres no han registrado mayores variaciones en análisis estadísticos.

El Observatorio de Consumo de Drogas de Colombia (2016) en su informe reveló que el 25% de la población en algún momento de su vida ha tenido experiencias asociadas al uso de sustancias, aspecto que ha generado impacto negativo sobre su estabilidad personal y familiar, sin embargo, describió también, que es la adolescencia la etapa de mayor riesgo y que la edad adulta la propicia para recibir algún tipo de tratamiento, refiere además, que en Colombia el acceso a los tratamientos de adicciones de alta calidad es costoso, por lo que muchos prefieren no hacerlo.

Así mismo Ahumada, Gámez y Valdéz (2017) en su investigación sobre el alcoholismo en México describieron que aquellos que han tenido dificultades serias en sus hogares, y han perdido su estabilidad laboral, además, quienes han tenido varios intentos de eliminar el consumo sin tener resultados favorables, acceder a los servicios sanitarios para poder tratar su problema, sin embargo, eso no sucede, según el estudio, el alcohol es una sustancia que podría dar paso para el consumo de drogas sólidas que tienen efectos mayormente nocivos y perjudiciales para la salud. La inversión del estado es elevada para el tratamiento de las adicciones.

De igual forma, López y otros (2020), en su investigación sobre el consumo de alcohol y tabaco en indígenas mexicanos con Diabetes Mellitus Tipo II, estudio que contó con la participación de 126 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, con edad promedio de 20 años, del total de los participantes, se encontró que el 7.4% tenía problemas relacionados con la bebida, mientras que tabaquismo reflejó el 3.1%. Estos datos animaron a describir que es necesario la creación e implementación de atenciones interculturales, que se ajusten a la demanda de cada persona.

En esta misma línea de investigación Barruecos (2017) en su investigación en indígenas de la comunidad Sebastián de Puebla, hace referencia a la poca o casi nula intervención que las comunidades indígenas han tenido frente a la problemática del consumo, esto es producto de las creencias y tradiciones propias de cada una de las comunidades muchas de ellas, han limitado el acceso a personas externas a su comunidad, lo que ha dificultado la intervención de forma eficaz en este, se ha destacado que aspectos de tipo religiosos en las comunidades indígenas tienen mayor relevancia desde su criterio.

En Sudamérica la situación es algo similar, en Brasil de acuerdo con la investigación propuesta por Castelo, Miwa y Vargas (2018) sobre consumo de alcohol en comunidades indígenas brasileñas, una búsqueda sistemática de información, se encontró un total de siete artículos que describen la situación del consumo: posterior a la búsqueda de información han determinado la presencia de factores comunes como: alcohol como propiciador de reuniones sociales, medio para celebraciones religiosas y un factor para ingresar a las comunidades.

De igual forma, Zambrano y otros (2018) en su investigación sobre la cultura e identidad de una comunidad indígena de Perú sobre el uso de la bebida desde visiones burocráticas, decidieron entrevistar a los líderes de esta comunidad indígena, y hallaron algunos ejes de discusión dentro de los, que se destacan, la identidad mapuche y su impacto social, reconocimiento de la identidad cultural y el consumo de alcohol, se ha determinado como un hallazgo relevante que el consumo afecta la calidad de vida y esto guarda relación con la identidad Mapuche.

En este mismo sentido en Colombia en la investigación realizada por Cano y Merchán (2019) sobre las afectaciones en el sistema renal de población indígena Wayu, se ha identificado como factores asociados la dificultad de acceso a los servicios de salud y a atenciones de calidad, además, de la falta de conciencia sobre los efectos que el consumo de alcohol podría tener sobre la salud renal, también, de la ausencia de programas de intervención y de acción frente al uso de la bebida.

Además, en la comunidad AWA, se ha podido evidenciar la normalización en cuanto al consumo de alcohol, gran parte de la comunidad ha desarrollado patrones de

consumo generacionales, se asocia con la ausencia de programas informativos y preventivos que aborden la situación del problema y los efectos que genera en la salud, en la convivencia familiar y en la estabilidad emocional, esto sería lo ideal sin embargo, al estar junto a la comunidad es evidente que los padres, se han encargado de instaurar el hábito de consumo de sus hijos, se argumenta desde sus creencias que la acción de beber es normal.

Otro de los aspectos a considerar tiene que ver con la ubicación de la Comunidad AWA, situada en la frontera con Colombia, por el mismo hecho de los conflictos armados en la zona fronteriza, autoridades de salud de Ecuador y Colombia han preferido no intervenir por temor de los grupos armados que frecuentan este sector, el temor persistente en los profesionales de la salud pública no han desarrollado campañas de prevención e información que vayan ayuden a mitigar el consumo de alcohol, es muy frecuente observar que las personas de la Comunidad AWA, salen de su espacio, los jueves para dirigirse a la parroquia rural El Chical, lugar donde, se ha podido observar que desde el jueves hasta el domingo persiste el consumo de alcohol.

Al hablar de la comunidad AWA, se hace referencia a personas que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, sin ser conscientes de la situación, sin embargo, a la perspectiva del observador e investigador carecen de recursos económicos para vivir de forma medianamente aceptable, se ha podido, además, dialogar con los líderes de la comunidad, quienes han manifestado abiertamente su deseo y anhelo en que los niños accedan al sistema educativo.

Motivo por el cual, envían a sus hijos a estudiar en la parroquia mencionada, se adecua un espacio para la convivencia de varios niños, y dentro de los implementos que consiguen para que sus hijos estudien en la Unidad Educativa Ecuador de la parroquia rural el Chical, suelen enviar alimentos, pero también, envían canecas de licor y mencionan que eso lo hacen con la intención de que los niños no sientan hambre y tener la idea de fuerza, vitalidad y valentía. Los niños usan la bebida a los 8 y 9 años, sin embargo, a los 15 la situación, se agrava dentro de dinámica de familia.

Sin embargo, en edades entre los 16 y 18 años dejan de ser niños y, se convierten en personas económicamente activas, eso ha dado paso también, a la libertad de elección y al aumento del consumo de alcohol, suele dirigirse a vivir fuera de su comunidad en parroquias aledañas a trabajar en fincas o cualquier tipo de actividad laboral lo que significa que tiene su propio ingreso con el que gran parte de ellos opta por el consumo de licor artesanal.

Además, al iniciar con la bebida en edades tempranas, con el refuerzo de este hábito y las creencias de sus familias, el aprendizaje, se ha vuelto parte de su estructura cognitiva, ha estado presente en todo evento de su comunidad, y concuerda con lo expuesto, es la bebida un medio para la interacción social, es también, de fácil acceso en aspectos económicos y en perspectiva social, es decir, quienes venden el licor artesanal no tienen reparo en distribuirla a cualquier persona sin limitarse por su edad.

Es una problemática marcada por la ausencia de programas de educación e intervención de las entidades gubernamentales llamadas para eso, situación, que se entienden por la presencia de conflictos armados en la frontera, esto a su vez ha generado un impacto negativo no solo para los miembros de la comunidad AWA, sino también, en las comunidades cercanas y en las parroquias próximas, puesto que son estos lugares los que frecuentan y como es evidente el consumo de alcohol altera el funcionamiento de las personas indistintamente de su identificación étnica o cultural.

Por lo mencionado con anterioridad surge las siguientes interrogantes de investigación: ¿La sustentación teórica del plan de intervención para la disminución del uso de la bebida es pertinente?, ¿La evaluación psicológica es pertinente para el diagnóstico del consumo de alcohol?, ¿El diseño de intervención cognitivo conductual contribuye positivamente en la disminución del uso de la bebida en la población adulta-joven en la Comunidad Indígena AWA?

Objetivo general de la investigación

- Proponer un plan de intervención para la disminución de consumo de alcohol en adultos jóvenes de la comunidad indígena AWA.

Objetivos Específicos:

- Sustentar de forma teórica y metodológica del consumo de alcohol en adultos jóvenes.
- Aplicar el test AUDIT y ficha sociodemográfica para diagnosticar los niveles de consumo de alcohol en adultos jóvenes de la comunidad Awa.
- Elaborar un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual para disminuir el consumo de alcohol en adultos jóvenes de la comunidad Awa.

En cuanto a la metodología y para responder a los objetivos como a la hipótesis, la investigación es de tipo no experimental, no manipula variables, sino más bien, se enfoca en la observación y medición de la variable consumo de alcohol, es de tipo descriptivo, exploratorio y de prevalencia de los niveles del consumo de alcohol Asimismo, corresponde a un corte transversal, esto implica que los resultados, se recogen en un momento único en el tiempo para analizar la variable de interés con alcance descriptivo.

Debido a la complejidad del acceso a la Comunidad AWA y las restricciones de ingreso por parte de los líderes comunitarios, se ha llegado al acuerdo y dieron la apertura para la aplicación del Test de Audit y la ficha sociodemográfica a un total de 50 personas de la comunidad.

En respuesta a la problemática evidente sobre uso de bebida en los adultos jóvenes de la comunidad AWA con la ausencia de estrategias a seguir para su atención oportuna, el presente trabajo, se enfoca en la elaboración e implantación de un programa de intervención para la disminución del consumo de alcohol. Se considera, además, que es de carácter prioritario desarrollar el programa, para ello, se cuenta con el respaldo de la Fundación de las Américas y el ACNUR.

De esta manera surge la necesidad de desarrollar la presente investigación, que se de gran utilidad en la región AWA, quienes tienen dificultad relacionados al uso de la bebida de forma directa, se beneficiaría a los adultos jóvenes, y de forma indirecta a los niños y adolescentes quienes tienen acercamientos progresivos y paulatinos con el licor artesanal.

Es también, un tema de interés social , en el contexto latinoamericano es limitada la información en relación con el consumo de alcohol o drogas en comunidades

indígenas, esto, se asocia con varios factores, los límites cerrados de la comunidad, sus creencias y tradiciones propias que no permiten, que se desarrollen investigaciones en su contexto, de modo que al llevar a cabo la presente investigación, se tendría datos de una comunidad indígena que está bajo evidente riesgo considerada como una zona de conflicto armado, eso levantaría las alarmas de entidades gubernamentales para desarrollar planes y programas de mayor eficacia.

Tendría además, un impacto positivo para la comunidad investigativa universitaria para el desarrollo de futuras líneas de investigación que permitan medir la eficacia del programa posterior a su implementación, los datos obtenidos en relación con el porcentaje de personas que tienen problemas de consumo de alcohol da también, la pauta al investigador para tomar acciones de intervención social y comunitaria, que se encaminen en reducir el uso de bebidas alcohólicas, asimismo, líderes comunitarios, se verían beneficiados al obtener recursos para brindar información oportuna a los miembros de su comunidad.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE

1.1 Análisis de la Situación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) el territorio ecuatoriano está situado en el noveno lugar con mayor uso de bebidas alcohólicas, situación evidente por los problemas familiares y sociales (Castaño & Calderon, 2015). Cerca de un millón de personas en Ecuador usan bebidas alcohólicas del cual, 90% son hombres y el 10,3% del género femenino. El 2,5% de la población menor de edad consume algún tipo de bebida alcohólica. Rango de edad inicial de uso de bebidas alcohólicas bordean los 19 y 24 años, aspectos de influencia social y curiosidad son los factores detonantes para el consumo (INEC, 2021).

La bebida más consumida en acuerdo es la cerveza, el 79,2 % de los consumidores la prefieren. Guayas es la provincia con más consumo a nivel nacional con un 29,8%, que contrasta con la provincia de Pichincha con un 20%. El grupo étnico con mayor consumo son los montubios con 10,8%, le sigue los afroecuatorianos con un 9,7%, los indígenas consumen un 4,5% (INEC, 2021).

Con una muestra de 904 participantes, se evidenció diferencias en el consumo entre hombres y mujeres. El 43% presentan problemas con la ingesta de bebidas alcohólicas. Con prevalencia en hombres adultos, con una educación secundaria, un nivel económico bajo, empleados, solteros y con consumo de tabaco, sin embargo, el consumo de alcohol en mujeres se ha incrementado en los últimos años lo que ha generado dificultades en las relaciones familiares indistintamente del género del consumidor (Ortiz, y otros, 2017).

Por medio de un modelo logístico basado en la información del registro de situación de vida de ecuatorianos en el 2014, se determinó un efecto marginal relacionado con el nivel socioeconómico en el consumo excesivo del alcohol. Se demostró que personas en situaciones de pobreza, sin culminar aspectos académicos básicos y complementarios y en desempleo juegan como factores predisponentes para el uso de bebidas alcohólicas. Así también, el nivel económico, se analiza como factor asociado a los consumidores frecuentes hombres, solteros que habitan la zona rural (Meneses, Cisneros, y Braganza, 2019).

1.1.1 Factor que, se asocia con la ingesta de bebidas alcohólicas

El uso de bebidas alcohólicas tiene impacto directo sobre las acciones de la vida diaria, además, repercute sobre el desempeño laboral, académico y condición física, , se tiene incluso graves problemas de salud a largo plazo con su uso repetido e incontrolado (Pilatti, Brussino, y Godoy, 2013).

Diferentes factores incrementan o disminuyen la vulnerabilidad en el uso del alcohol; entre los más destacables se encuentran los sociales-ambientales, los familiares, los biológicos y los psicológicos. Es decir, se destacan por los rasgos de personalidad en el control de impulsos, la influencia de los pares, la predisposición genética, entre otros (Armendáriz, y otros, 2014).

1.1.2 Factores Sociales-Ambientales

La influencia social, conducida por pares, inicia en la adolescencia. En este contexto evolutivo el individuo construye su identidad frente al grupo, se adopta modelos comportamentales arriesgados. La perspectiva ecológica busca una comprensión global de las razones del consumo del alcohol (Bolet y Socarrás, 2003).

Las primeras investigaciones centraban su objeto de estudio de situaciones, que se asociación a modelos comportamentales; sin embargo, el consumo de sustancias mantiene una relación más ambiental como factor predisponente para el consumo de alcohol (Rodríguez, Pedraza, y Burunate, 2004).

El factor de interacción social se ubica sobre los demás en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas, pues amigos, conocidos o parejas son la principal influencia para el hábito de la adicción alcohólica. Por lo que consumir alcohol evita la exclusión social de un grupo y convierte a la aprobación social en un factor principal en el consumo de alcohol (Pons y Buelga, 2011).

1.1.3 Factores Familiares

Sin lugar a duda la familia tiene impacto directo sobre la aparición o evitación del uso de bebidas alcohólicas, de modo que tener claro los parámetros a seguir para prevenir este tipo de conductas sería beneficioso para el contexto relacional de familia (Irlles, 2001).

Problemas en el núcleo familiar predisponen al abuso de alcohol. Entre los más destacables se encuentran los deficientes vínculos en la unión familiar provocan aislamientos, falta de estrechez en las relaciones, necesidad de reconocimiento, falta de confianza y amor, rechazo de los padres. Por otro lado, los conflictos entre padres presentan un hogar infeliz, con infidelidades, un alto grado de estrés, con hijos implicados en los conflictos de los padres o traumas. En cuanto a divorcios y rupturas, se presentan hogares rotos, padres ausentes, hogar de un solo progenitor. Padres con moralidad hipócrita provocan una doble ética y negación de los problemas familiares. Una disciplina autocrítica no permite establecer reglas claras o límites (Palomar, 1999).

La comunicación que los padres desarrollan con sus hijos tiene implicación sobre los hábitos que desarrollan a la postre. La ausencia de la cuidado paternal, la inconsistencia de la disciplina y las bajas aspiraciones en la educación de los hijos predisponen un inicio en el consumo de alcohol (Irlés, 2001).

1.1.4 Relaciones afectivas y comunicación

Las interacciones entre padres e hijos caracterizados por la ausencia de comunicación y la sobre implicación maternal, se relaciona con un consumo temprano de bebidas alcohólicas. Por el contrario, familias con vínculos afectivos profundos entre padres e hijos, se relaciona con una menor probabilidad en el consumo (Acosta, Juárez, y Cuartas, 2018).

Si bien la familia es un predisponente sobre la ingesta de bebidas alcohólicas, los estudios revelan que las relaciones sociales como un factor más relevante. Las conductas disminuyen al aumentar la participación en las decisiones de la familia y , se incrementan a mayor discrepancia familiar (Palomar, 1999).

La familia como instrumento socializador entrega las herramientas necesarias para la comunicación entre pares, en familias con padres desinteresados y limitada participación en la crianza de sus hijos, además, de supervisión ineficaz de las compañías y actividades conlleva al consumo (Martínez, y Guerra, 2018).

1.1.5 Factores Biológicos

La ingesta de bebidas alcohólicas produce alteraciones neuronales regulación del sistema de recompensa del cerebro, se crea una dependencia. El tiempo de

exposición al alcohol en el cuerpo varía según individuos, implica cambios metabólicos que explican la susceptibilidad del organismo a generar una adicción (Escarabajal, 2003).

La drogodependencia más estudiada en el ámbito genético es el alcoholismo. Son seis aspectos genéticos que dan paso a una adicción, mismas que son detectados mediante exámenes de tipo neuronal y que reciben tratamiento desde aspectos farmacológicos, sumado a la decisión de cambio de la persona (Rey, 2015).

En familias no alcohólicas, el 23% (en su mayoría varones) consumen con frecuencia alcohol; de este grupo la mayoría lo hace por exigencias sociales de los pares. Por otro lado, en familias con predisposición al consumo de sustancias, agregado al ejemplo del consumo de alcohol, el porcentaje de consumo se eleva. El 34% de la población con predisposición genética al alcoholismo tiene posibilidades de ser alcohólica (García, Lima, Aldana, Casanova, y Feliciano, 2004).

1.1.6 Factores Psicológicos

El malestar emocional relacionado al uso de bebidas alcohólicas guarda relación con la depresión, síntomas depresivos, ideas suicidas e ideas de autoflagelación. Estas respuestas emocionales son la consecuencia de la interacción con el medio, en este sentido el consumo de alcohol produce en el individuo una reacción emocional poderosa que varía desde la depresión hasta la euforia (Rodríguez, Baldo, y Cardoso, 2000).

La impulsividad asociada con pobres habilidades de planificación, dificultad para mantener la atención y presentarse en situaciones de peligro, se relaciona con cuatro conductas de consumo étílico: frecuencia de uso, episodios embriaguez, dificultades asociadas a la adicción. Por ello, la impulsividad y abuso en adicción del alcohol (Rodríguez, Baldo, y Cardoso, 2000).

La percepción interna y externa con relación a la ingesta de bebidas. Personas con mayor control interno presentan menor consumo de alcohol a diferencia de personas con un control inferior. Finalmente, el estrés y la baja tolerancia, se vinculan con el uso y el abuso del consumo de alcohol. El estrés psicosocial resulta

en una amenaza a nivel emocional, se busca una respuesta rápida en el consumo de alcohol (Duque, 2005).

Los trastornos psiquiátricos presentan una alta comorbilidad con el consumo de alcohol como trastornos afectivos y bipolares. El uso frecuente de alcohol se vincula con problemas emocionales con efectos momentáneos que incrementan la sintomatología del alcoholismo. La salud mental, se ve afectada por el uso de bebidas (Duque, 2005).

1.1.7 Perspectiva psicológica y criterios diagnósticos

1.1.8 Intoxicación de alcohol

La intoxicación por alcohol, se caracteriza por el deterioro del funcionamiento psicológico y psicomotor en un periodo corto de plazo a raíz de la ingesta de bebidas alcohólicas (Gaviño, López, y Arce, 2016). Aquí algunos de sus síntomas:

- Sensación de complacencia elevada
- Desinhibición en el ámbito relacional
- Frecuencia cardiaca aumentada
- Nauseas
- Vómitos

Según Bolet y Socarrás (2003) algunos tipos de deterioro suelen ser:

- Psicomotor. Déficit en el movimiento y el equilibrio.
- Retardo en la reacción. Deterioro relacionado con la cantidad de consumo.
- Deterioro del juicio. La capacidad de tomar decisiones, se ve afectado.
- Menor capacidad de respuestas emocionales y sociales. Es la relación emocional y social frente a una respuesta.

1.1.9 Dependencia de alcohol

Es una enfermedad en la cual, una persona siente un deseo de tomar bebidas alcohólicas sin un control marcado. Por lo general el consumo es frecuente y en grandes cantidades con respuestas de abstinencia al retirar su consumo. Las causas de la dependencia de alcohol dependen de componentes como la carga genética, la exposición y las condiciones de consumo (Rehm, Rehm, Shield, Gmel, y Gual, 2013).

1.1.10 Signos y síntomas del consumo de alcohol

Se inicia con un análisis empírico, agrupando los síntomas desde una perspectiva multifactorial en la cognición, en lo comportamental y lo fisiológico de la siguiente manera (De la Fuente y Kershenobich, 1992):

- Alteración completa de la conducta.
- Exagerada importancia al alcohol.
- Aumento de la tolerancia.
- Consumo de alcohol para aliviar sintomatologías.
- Deseo de beber.
- Rápida reinstauración después de abstinencia.

Consumidores de alto riesgo presentan un conjunto de síntomas comunes (De la Fuente y Kershenobich, 1992):

- Rubor moderado
- Edemas en los párpados
- Ojos lacrimosos
- Eritrosis palmar
- Poca coordinación
- Falta de equilibrio
- Hiperhidrosis
- Temblor de las extremidades

Según Izquierdo (2002) menciona características en común en personas con consumo frecuente de alcohol:

- Labilidad emocional
- Dependencia emocional
- Conducta impulsiva
- Manipulación
- Incapacidad de pertenecer a grupos sociales
- Incapacidad para asimilar experiencias
- Aislamiento

1.1.11 Criterios diagnósticos

En la tabla 1, se describen aspectos a considerar para alcoholica según el DSM-V:

Tabla 1.

Intoxicación Alcohólica

Lista de signos y síntomas
A. Consumo de bebidas alcohólicas actual
B. Problemas asociados al uso de bebidas alcohólicas que le han generado a la persona cambios relevantes.
C. por lo menos 1 de los apartados mencionadas a continuación, luego de haber bebido
Lenguaje difícil de entender
Falta de coordinación motora
Nistagmo.
Problemas de memoria y foco atencional.
Lo que, se ha mencionado con anterior no es compatible con alguna otra condición médica.
Fuente: Tomado de American Psychiatric Association, 2014, p.497

Según el DSM-V los criterios diagnósticos para hablar de un trastorno por consumo de alcohol, se especifican en la tabla 2:

Tabla 2.

Trastorno por consumo de alcohol

Conjunto de signos y síntomas
A. Problemas asociados al uso de bebidas alcohólicas que le han generado a la persona cambios relevantes en un tiempo estimado de 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de bebidas alcohólicas por un tiempo que supera el previsto por la persona. • La persona muestra intención por dejar el consumo de bebidas. • Inversión de tiempo en actividades que impliquen consumo de bebidas alcohólicas. • Sentir ansiedad frente al consumo de bebidas. • Producto del uso de bebidas surge descuido de actividades en el índole de hogar. • Pese a los inconvenientes de tipo social el consumo, se prolonga. • Disminución de productividad en actividades laborales. • Estar expuesto a dificultades físicas producto del uso de bebidas alcohólicas. • El uso de bebidas alcohólicas continua a pesar de las dificultades emocionales o físicas que este le provoquen.

-
- Desarrollo de tolerancia frente a las siguientes aspectos:
 - a. Fuerte deseo de consumir bebidas en cantidades elevadas.
 - b. Ha dado paso a la disminución de los efectos producto del consumo de bebida alcohólica.
 - Desarrollo de cuadros de abstinencia en las siguientes circunstancias.
-

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association, 2014, p.491-491

Según el CIE-10 la intoxicación aguda menciona los siguientes criterios diagnósticos en la tabla 3:

Tabla 3.

Intoxicación aguda

Conjunto de signos y síntomas

Afectaciones en funciones cognitivas como atención, memoria y concentración, posterior al uso de bebidas alcohólicas.

- Se asocia a la cantidad de alcohol
 - Alteración que no es constante
 - Las consecuencias e intensidad tienden a suprimirse en relación con el tiempo.
-

Fuente: Tomado de Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1994, p.52-53.

1.1.12 Tipos de consumo de alcohol

El Instituto Nacional de Consumo de Alcohol (NIAAA) establece cuatro categorías del uso de bebidas alcohólicas: abstemio, social, constante y alcohólico. La diferencia en estos cuatro tipos de bebedores radicó en la frecuencia, el patrón, la intensidad y las respuestas consecuencias sociales (López, y otros, 2019).

- **Abstemio.** Es considerado un consumidor ocasional, bebe una copa cada cierto tiempo. Mantiene un control sobre la cantidad, su consumo, se asocia a celebraciones durante una o dos veces al año.
- **Social.** Su consumo es más frecuente y en este grupo, se encuentra la mayoría de la población. Ingieren alcohol en toda exigencia social, su comportamiento es regulado en base a las exigencias de los pares y en la mayoría de los casos llegan a intoxicarse de manera leve. Si bien su consumo podría ser diario, no sobrepasan una botella al día cada mes.

- **Constante**, Se encuentran bebedores diarios, en exceso y con regularidad hasta el punto de la embriaguez sin formar una adicción, se conserva el control con los pares. Si bien las conductas prosociales, se mantienen si existe irresponsabilidad. El consumo excede las 4 botellas al día en las últimas cuatro semanas.
- **Alcohólico**. Son los individuos con predisposición al consumo de alcohol sea por factores hereditarios, educativos o culturales. En este grupo iniciar con una bebida produce una reacción en cadena. El consumidor necesita ayuda profesional.

1.1.13 Riesgos frente al uso de bebidas alcohólicas

- **Riesgos inmediatos:** El principal riesgo es sufrir atracones alcohólicos, es decir, altos niveles de concentración en la sangre que producen deterioro del juicio, dificultad de controlar emociones y la coordinación motora. Además, de las siguientes consecuencias: lesiones de automóvil, quemaduras, ahogamientos o caídas; violencia sexual, suicidios, homicidios o violencia doméstica; intoxicación por alcohol y finalmente, abortos no deseados (Suárez, Arroyo, Ferrer, y Ochoa, 2017).
- **Riesgos a futuro:** El uso constante de bebidas alcohólicas produce enfermedades crónicas, como: la presión arterial, cáncer de mama, deterioro cognitivo, ansiedad, pérdida de productividad y el alcoholismo (Suárez, Arroyo, Ferrer, y Ochoa, 2017).

1.2 Consecuencias del consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas afecta a todas las áreas de la vida y la salud, como las relaciones domésticas, los juicios, lo que conlleva a situaciones de peligro o comportamientos erráticos, desmayos, accidentes y menor desempeño laboral.

1.2.1 Cerebrales

Los daños del alcohol en el cerebro son evidentes y en casos graves irreversibles: dificultad de caminar, visión borrosa, reacciones lentas, memoria deteriorada. Estas consecuencias, se evidencian en consumidores constantes y desaparecen con la

sobriedad. Por otro lado, las secuelas en personas que beben grandes cantidades de licor por periodos largos de tiempo continua a pesar de la sobriedad (Bolet y Socarrás, 2003).

Los deterioros que produce el alcohol en el organismo inician con la memoria luego de pocos vasos y a mayor consumo estos efectos aumentan. El consumo constante y rápido de alcohol produce vómitos y pérdida momentánea de la consciencia. En el consumo prolongado las consecuencias, se vinculan con problemas emocionales, limitado desarrollo cerebral, destrucción de neuronas y daños en el hipocampo (López, y otros, 2014).

A nivel neural el alcohol tiende a ser un componente tóxico para las neuronas y los nervios periféricos, se produce lesiones o pérdidas neuronales permanentes. Esto produce el desarrollo de demencias (deterioro cognitivo), el síndrome de Wernick-Korsakoff, alteraciones del sueño y del carácter. Además, de alteraciones asociadas con la dependencia del alcohol (Montesinos y Guerri, 2015).

Los factores que influyen en las consecuencias cerebrales en el consumo del alcohol son: consumiciones, rango edad, género, instrucción, los antecedentes familiares, su estado de salud actual y los resultados de análisis prenatales (López, y otros, 2019).

1.2.2 Fisiológicas

Las consecuencias fisiológicas son evidentes en cualquier segmento del aparato digestivo. Aparecen enfermedades esofágicas como la enfermedad de reflujo, enfermedades gástricas como la gastritis y el sangrado gástrico, enfermedades hepáticas como la cirrosis y enfermedades del páncreas como la pancreatitis aguda (Estruch, 2002).

El consumo elevado, se relaciona con cáncer de estómago, de laringe, de esófago o de páncreas. Además, se presentan problemas de nutrición por el bajo valor nutritivo consumido que impide la absorción de vitaminas y minerales (Rosa, 2003).

Por el uso de bebidas alcohólicas, se incrementa el ritmo cardiaco además, aumenta la presión arterial, se produce hipertensión arterial. La manifestación más típica por el consumo es la miocardiopatía dilatada, es decir, contracciones en el músculo cardiaco que produce insuficiencias cardiacas graves (Rosa, 2003).

En la sangre impide la producción de glóbulos rojos y blancos, se detona la anemia megaloblástica y por consecuencia un fallo en el sistema inmunológico lo que produce bajas defensas frente a enfermedades (Estruch, 2002).

1.2.3 Familiar

El consumo de alcohol es catastrófico en una familia. Altera la organización, las costumbres, las actividades cotidianas, asimismo, tiene impacto directo sobre la expresión emocional de cada uno de quienes conforman la familia (Irlles, 2001).

Entre las consecuencias encontramos:

- Ruptura de la comunicación.
- Sentimiento de reproches o culpa. Por el enfrentamiento de los conflictos.
- Alteraciones de costumbres. No, se realizan actividades en familia.
- Alteración en la organización interna de la familia.
- Ámbitos académico: depende de la edad de los hijos las consecuencias son desinterés en el estudio de los niños.
- Destrucción del núcleo familiar. El consumo por parte de uno de los padres produce divorcios. En ciertas ocasiones el interés, se centra en buscar ayuda para solucionar los problemas.
- Problemas de salud.
- Codependencia. El alcoholismo es una enfermedad con alta comorbilidad con otras drogas, con la esquizofrenia, la ansiedad o la depresión.

1.2.4 Laboral

En el sector laboral el 10% de consumidores de alcohol son bebedores con alto riesgo. El 8% son bebedores abusivos. El consumo de alcohol produce altos prejuicios en la empresa y a sus compañeros, ocurrencia de riesgos laborales. Además, se producen desempleos, suspensión de trabajo o reducciones en el sueldo (Ochoa y Madoz, 2008).

1.2.5 Interpersonal

El consumo de alcohol influye de forma habitual en las relaciones con otras personas. Entre los principales puntos se encuentran (García, Jiménez, y Llop, 2011):

- Aumento en los comportamientos agresivos. Las peleas, las discusiones o las rupturas son más comunes en estado etílico. La razón es sencilla: a más consumo de licor más excitabilidad, susceptibilidad y desinhibición.
- Aumento de encontrarse en relación efectivas no deseadas. La dificultad para tomar decisiones provoca respuestas
- Los comportamientos de más alto riesgo son los que aumentan la probabilidad de mantener relaciones sexuales con personas no deseadas o contraer enfermedades de transmisión sexual. Por el efecto euforizante es normal olvidarse del uso de preservativos o preocuparse por ello. Además, en estado etílico es común la erección en el hombre y en la mujer una inhibición física.

1.3 Revisión de la eficacia de procesos terapéuticos enfocados a reducir el uso de bebidas alcohólicas.

Los procesos terapéuticos son un conjunto de estrategias y actividades específicas dirigidas a enfrentar un problema concreto desde varias partes. Para definir estas estrategias y actividades es fundamental plantear el problema sin olvidar variables como las culturales, económicas, sociales y legales. Con un problema correctamente planteado, el desarrollo de los objetivos es claro (Valdés, 2009).

Las características de un programa de intervención son: específico y conectado al problema planteado, además, de no extenderse a otros programas y ser evaluado en relación con el impacto que va a cumplir (Maquilón, 2010).

Su propósito, se orienta a diagnosticar y caracterizar un problema en concreto o una situación problemática para emplear estrategias de afrontamiento enfocado en tres aspectos: acciones correctivas, preventivas o de desarrollo para establecer un óptimo funcionamiento en la población elegida (Valdés, 2009).

1.3.1 Pasos para construir un programa de intervención

Según Redín, Alonso, y Sobrino (2006) los pasos en la estructura de un programa de intervención son los siguientes:

- Primer paso. Diseño de la investigación y la metodología, se explica de forma detallada los pasos de la metodología utilizada, descripción de la muestra,

como, se recolecta información, instrumento para su análisis, descripción de los instrumentos utilizados, técnicas a emplear. A continuación, se establecen objetivos generales y específicos en base al problema planteado y las metas a alcanzar; se contextualiza el lugar donde , se realiza la propuesta; se designa la población a quienes va dirigido el programa; se define los contenidos para emplear en la aplicación del programa; se establecen las sesiones y las actividades a manera de cronograma, se establece una evaluación del programa.

- Segundo paso, se presentan conclusiones en relación con los objetivos planteados.
- Tercer paso, se postulan las limitaciones encontradas en el transcurso del trabajo y posibles planteamientos posteriores.
- Cuarto paso, se establece la bibliografía correspondiente.
- Quinto paso, se incluyen anexos, si los hubiera.

1.3.2 Tipos de programas de intervención

1.3.3 Contextos educativos

En un colegio secundario con un total de 654 estudiantes, entre 12 y 18, con respuestas positivas frente al uso de bebidas alcohólicas comprensión y diferencias de uso y un estado de embriaguez la población se evidenció un grado de conocimiento, a pesar de la nula experiencia con bebidas alcohólicas de los estudiantes. Lo reforzado con medidas preventivas, se integró en el plan de estudios de la escuela (Barbosa, Mendez, T., y Barbosa, 2009).

Con una muestra de 134 estudiantes en una población de México, se buscó realizar una campaña de prevención para verificar el autoestima y el uso de bebidas alcohólicas posterior al trabajo. Trabajó con cuatro grupos de establecimiento públicos y privados. Luego de doce sesiones, se concluyó que el índice de autoestima y autoeficacia en el control frente al alcohol fue más efectivo con el grupo experimental a diferencia del grupo control (Alonso, Esparza, Frederickson, Guzmán, y Martínez, 2008).

En un programa de intervención con adolescentes, se utilizó intervenciones breves en bases a la teoría del aprendizaje social dirigidas al abuso del alcohol y otras sustancias. De los 25 participantes, 24 mostraron un patrón de disminución en la

cantidad y frecuencia del consumo. Al final del plan terapéutico los participantes desarrollaron habilidades relacionadas al locus de control en cuanto a la percepción del deseo de ingerir alcohol y las influencias de los pares (Martínez et al., 2008).

Una población estimada 232 estudiantes en un colegio de Azogues, se buscó desarrollar, por medio de estrategias de prevención, fortalecer las habilidades sociales desde un enfoque cognitivo conductual. Entre los 14 años reflejaron un consumo por encima del promedio que en otras investigaciones que mejoró con las intervenciones cognitivas conductuales, se fortalece las habilidades sociales (Romero y Ruiz, 2015).

1.3.4 Intervenciones establecidas de salud

Los programas formativos dirigidos la atención primaria relacionadas con intervenciones breves promueven resultados positivos. Entre las encuestas protocolarias se encuentra el cuestionario AUDIT. Es decir, programas formativos permiten estrategias efectivas en los profesionales para atenciones primarias, así, como el cribado poblacional y técnicas enfocadas en la reducción del consumo (Rodríguez, y otros, 2019).

1.3.5 Farmacológico y cognitivo conductual

Es indispensable, que se desarrolló e implante un tratamiento basado en fármacos con la combinación de tratamiento psicológico. Adicionalmente, se incluyó la terapia psicodinámica y menciones al núcleo familiar y grupal. Los resultados fueron favorables: personas con alteraciones estructurales, se beneficiaron de habilidades sociales, pacientes con rasgos sociópatas presentaron resultados positivos en la terapia centrada en las relaciones interpersonales (Monasor, Jiménez, y Palomo, 2003).

1.3.6 Enfoque comunitario

Por medio de entrevistas online a 341 jóvenes, se analizó aspectos del entorno social y familiar, la influencia de los pares, las conductas parentales y la decisión de los jóvenes frente al consumo. Como resultado, se encontró tendencias hacia de relación de amistad con consumidores, elevado índice de ingesta, promedio en consumo 14 años. Por medio del programa comunitario de prevención, se logró

fortalecer el capital social, se genera un desarrollo integral y bienestar (Barroso & Benítez, 2020).

1.3.7 Programas con mayor eficacia

El modelo preventivo tiene resultados positivos en cuanto a la educación de la población. Abordar la psicoeducación desde modelos como el basado en las escuelas, basados en las familias de los adolescentes, abordajes multicomponente o abordajes fuera de la institución produce respuestas positivas en el mensaje, que se comunica (Biolatto, 2018).

Las acciones preventivas consideran diferentes variables, se busca un accionar multifactorial entre nivel familiar, el escolar y el social. En el modelo preventivo, se incluye una fase de adquisición de conocimientos por medio de transmisiones persuasivas de determinados contenidos para el desarrollo de acciones que fomenten el no uso de bebidas alcohólicas (Espada, Méndez, Griffin, y Botvin, 2003).

Dentro de los programas de prevención la participación adulta es fundamental, determinar el entorno sociocultural para resultados óptimos, en entrenamiento de las habilidades y actitudes frente al consumo de alcohol es un proceso continuo, global y transversal, finalmente, los resultados más productivos en los modelos preventivos se relacionan con una educación emocional desde experiencias y emociones captadas por las mismas (García, Jiménez, y Llop, 2011).

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de la investigación

El presente trabajo, se enfoca en un paradigma post positivista, con un enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, de alcance descriptivo y corte transversal.

2.1.1 Paradigma

El paradigma en el ,que se enmarca la presente investigación es de carácter post positivista, de acuerdo con, Hernández, Fernández y Baptista (2014) mencionan ,que se enfoca en desarrollar investigaciones en espacios naturales con la finalidad de conseguir hallazgos de gran relevancia y mediante esto proponer análisis y así describir conclusiones. En este sentido el objetivo del investigador es tener o ejercer la menor influencia sobre el objetivo de estudio para no sesgar la investigación, en este sentido asume una postura objetiva.

Sin embargo, se estima que los resultados obtenidos en este paradigma describen una realidad en forma inconclusa y que no se llega a su comprensión total, aquellos fenómenos ,que se hallan no tienen control por el investigador, en este sentido los resultados a describir son probablemente verdaderos, aunque, se entiende que hay un margen de error esperado (Nayeth, 2017).

Nivel

El presente estudio es de tipo no experimental, en este sentido lo ,que se busca es describir una situación que la existe, pero, que se desarrolla en su entorno natural sin la manipulación de las variables, Según lo expuesto por Quintanilla y Sarría (2006), para desarrollar este tipo de investigación no es necesaria una preparación de un espacio a manera de laboratorio experimental, al contrario consiste en la observación y en describirlas de forma objetiva sin tener implicación directa sobre el fenómeno, de modo que no hay espacio para la verificación de hipótesis, según lo descrito el presente estudio, se ajusta a las características de un tipo no experimental

2.1.2 Modalidad

El estudio es de modalidad cuantitativa, sigue un proceso estructurado con fines específicos, y obtener análisis descriptivos de los fenómenos psicológicos, que se exponen en el presente trabajo Según Bastar (2012), la investigación de tipo cuantitativa busca determinar la asociación entre las variables, los resultados a partir de una muestra y así obtener una apreciación más general de la población, de modo que todo resultado, que se obtenga en la investigación es sujeto a análisis pertinentes.

2.1.3 Alcance

La investigación para desarrollar es de alcance descriptivo, puesto, que se enfoca en describir de forma detallada aquellas características o condiciones psicológicas asociadas al consumo de alcohol en la comunidad AWA, según Nayeth (2017), este tipo de estudios aportan propiedades que, de personas, cualquier aspecto que podría ser sujeto de análisis. En el presente estudio, se obtienen datos en la, que se describe cualidades específicas del fenómeno. Además, es un estudio de prevalencia, su objetivo primordial es indicar o describir la frecuencia de la aparición o intensidad de un hecho o fenómeno de interés, en este caso la prevalencia de los niveles del consumo de alcohol en la comunidad en mención (Bastar, 2012).

2.1.4 Corte

El presente estudio es de corte transversal, esto implica que, se desarrolla en un momento único en un tiempo determinado, para la obtención de resultados. Para Cortés e Iglesias (2004), este tipo de corte es muy similar a capturar el momento en el que es y, se da el fenómeno, en este sentido es importante saber que el trabajo, se describe el funcionamiento del fenómeno en un tiempo determinado, en el estudio desarrollado, la aplicación y análisis de la información obtenida es fruto de la recolección de datos de los cuestionarios.

2.2 Técnicas y herramientas

2.2.1 Técnicas

Las técnicas utilizadas en el estudio corresponden a la observación científica y la encuesta para la evaluación de las variables psicológicas.

2.2.2 Observación científica

De acuerdo con lo propuesto por Campos y Lule (2012), la fase de observación dentro de una investigación es primordial, esta favorece al investigador conocer de cerca la realidad a indagar, describe, además, dos tipos de observación: directa, no participativa. Ambas, se basan en la sistematización lógica, formal y ordenada de sucesos dentro de un periodo de tiempo y espacio, se sugiere que el proceso de observación se desarrolle de la forma más objetiva posible para evitar fallos en la interpretación de los hechos observados, es común que la fase de observación, se den errores por verlos desde la perspectiva subjetiva del investigador, sin embargo, es indispensable avanzar de forma objetiva y práctica.

Para la presente investigación, debido al ámbito laboral del investigador quien, se encuentra en la comunidad AWA, se ha desarrollado una fase de observación preliminar y detallada de la realidad en cuanto a la problemática mencionada sobre el uso de bebidas en adultos, la observación es combinada con la aplicación de cuestionarios para obtener información confiable.

2.2.3 Encuesta

La encuesta es una técnica utilizada dentro de la investigación, facilita la recolección de los datos de forma eficaz mediante la aplicación de un cuestionario que esta estandarizado, con el propósito de explicar las características de una población a la que, se ha hecho una aplicación de la encuesta (Casas y otros., 2013).

2.2.4 Herramientas

En investigación, las herramientas son los recursos prácticos, tecnológicos, o materiales que el investigador utilizara en su recolección de información (Casas,

Repullo, y Donado, 2003). De acuerdo con lo propuesto, se ha considerado pertinente utilizar las siguientes herramientas: encuesta y el Test AUDIT, el conjunto de estas herramientas va a permitir datos indispensables para el desarrollo de la investigación, que en lo posterior son de utilidad para diseñar propuestas de intervención a la población identificada.

Para la ejecución de la investigación, se utilizó la carta de consentimiento informado, la ficha Ad Hoc, sociodemográfica y el Test de Audit.

2.2.5 Ficha Ac Hoc sociodemográfica

El objetivo principal de la ficha está enfocado en recabar información relevante de cada uno de los participantes, en una parte inicial, se conforma por datos informativos como: nombres y apellidos, lugar de nacimiento, lugar de domicilio, identificación étnica, identificación religiosa, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, presencia de problemas de salud mental o psicológica. En una segunda parte, se plantean interrogantes como: edad de inicio de consumo, actividades antes y durante el consumo, frecuencia del consumo, antecedentes familiares de consumo, conciencia del problema, todas las preguntas que, se han planteado están enfocadas en determinar factores asociados al uso de bebidas.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Cuestionario diseñado para la detección de problemas asociados al inicio de consumo de alcohol previo a la presencia de dependencia física, psicológica o sintomatología grave, se podría aplicar a quienes usen bebidas alcohólicas frecuente. Su creación se ha basado en la Organización Mundial de Salud, además, ha considerado los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10, su estructura y diseño factorial son consistentes con el objetivo del instrumento. Presenta también, una consistencia interna de 0,80, se ha encontrado que es útil en medir factores asociados al uso de bebidas (Saunders, Aasland, Babor, Fuente, y Grant, 1993).

Está compuesto por diez ítems para evaluar la dosis e intervalo de uso relacionada al consumo de alcohol, problemas asociados al control sobre la bebida, actividades que los sujetos han dejado de hacer producto del consumo de alcohol, presencia de sintomatología de abstinencia, eventos y reacciones negativas. Presenta, además, tres factores principales: uso, riesgo y dependencia, se ha establecido un punto de corte de 11 con un Alpha de Cronbach de 0.84, mientras que la especificidad es de 0,71 aspectos que indican que es un cuestionario confiable y aplicable para los objetivos de la presente investigación (Saunders y otros., 1993).

Adicionalmente, se realizó el análisis de fiabilidad del Audit mediante el coeficiente de fiabilidad de Alpha de Cronbach. Para lo que se ha tomado en cuenta a toda la población, un total de 50 participantes.

En la tabla 4, se analiza el contenido de la prueba para determinar su confiabilidad.

Tabla 4.

Fiabilidad del Test de AUDIT

Alfa de Cronbach	N de elementos
,702	10

Fuente: Elaboración Propia

El resultado refleja que existe un ,702 de confiabilidad del Test de Audit, posterior al análisis estadístico aplicado, en investigación, se hace referencia que el valor es superior al ,7 son considerados como confiables para el desarrollo de estudios, por lo, que se podría mencionar que el cuestionario muestra un nivel de confiabilidad.

2.4 Procedimiento metodológico

Se ha seguido la estructura con el fin de avanzar de acuerdo con los tiempos establecidos por el cronograma de la universidad.

- Para aspectos teóricos, posterior a la aprobación del perfil del proyecto, se procedió a la búsqueda bibliográfica sobre las variables: consumo de alcohol

en comunidades indígenas, propuestas de intervención, programas, eficacia, entre otros.

- Una vez desarrollada la búsqueda bibliográfica, se ha planteado los temas de importancia a desarrollar en el marco teórico: Análisis de la situación, consumo de alcohol.
- Se ha considerado la búsqueda en plataformas escolares y fuentes confiables, artículos científicos, libros, informes, actas de entidades internacionales, tesis de posgrado y publicaciones de la prensa.
- Con la información recogida, se procedió a desarrollar el marco teórico, se sigue los lineamientos establecidos por la universidad y la tutoría asignada, en base a las Normas APA.
- Para los aspectos metodológicos de la investigación, se han considerado los aspectos como, el tipo, alcance, nivel, métodos, instrumentos y procesos, se ha tomado como guía investigaciones desarrolladas dentro de la PUCESA, para evidenciar la estructura metodológica. Así mismo, se han citado autores que afirman los aspectos descritos.
- Generar el contacto con los líderes de las comunidades cercana a la Comunidad AWA en la frontera norte del Ecuador.
- Mantener una reunión con los líderes de la comunidad en el mes de febrero de 2021, en la parroquia Chical.
- Informar sobre el estudio a desarrollar, el tema, los objetivos, la intención de la participación de los miembros de la comunidad.
- En los meses de marzo y abril, se procedió con los instrumentos de evaluación: Test de Audit y la ficha sociodemográfica, debido a la complejidad de acceso a las comunidades indígenas, se ha tomado un tiempo estimado de dos meses.
- Posterior a la aplicación de los reactivos, se procedió a la fase de calificación.
- Se procedió a pasar los resultados obtenidos a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS.25, para el cálculo de la frecuencia, porcentaje y Alpha de Cronbach.

Posteriormente, se describen los resultados con los respectivos análisis, se relaciona con investigaciones previas sobre temas similares, para así

elaborar la propuesta de intervención y que de esta manera se procede a redactar aspectos finales

2.5 Análisis de la información

Se ha considerado la utilización del programa estadístico SPSS.25, donde, se han ingresado los datos en relación con las variables propuestas (consumo de alcohol y datos sociodemográficos).

Consiste en la elección de la prueba de tipo estadística que permita cotejar, comparar o explicar los datos, dependen del método, que se ha elegido y de las variables estudiadas, para Saunders y otros., (1993) el procesamiento de la información hace alusión a la estructura sistematizada que el investigador desarrolla desde la fase de recolección de la información hasta su exposición en forma de resultados mediante tablas y cuadros que faciliten la comprensión, describe adicionalmente que su composición, se detalla en tres etapas: recogida de información, procesamiento y presentación. En el ámbito de las ciencias sociales , se ha descrito ampliamente la presencia de las bases de datos donde, se tiene la información relevante que va a ser analizada.

2.6 Población y muestra

2.6.1 Población

La Comunidad Indígena AWA conformada por un estimado 13.000 personas, sin embargo, en territorio ecuatoriano, se encuentran cerca de 3.082 personas, quienes residen en la provincia de Carchi, ciudad Tulcán en la frontera con Colombia, la comunidad AWA forma parte de la organización sociopolítica de las comunidad indígenas del Ecuador, se determinó un estimado de 130 personas que tendrían problemas asociados al consumo de alcohol, información proporcionada por los líderes de las comunidades del sector.

2.6.2 Muestra

Considerado la participación de 50 personas miembros de la comunidad AWA de acuerdo con los siguientes criterios:

- Mediante acuerdo verbal con los líderes de la comunidad han accedido a que 50 personas de su lugar participen en la investigación.
- Mayores de edad, que los líderes han identificado como personas con consumo de alcohol frecuente.
- Debido a los días de intervención del investigador en esta comunidad 50 personas es el máximo, que se pudo alcanzar en las visitas en territorio por la complejidad al acceso por los conflictos presentes por la presencia de grupos armados.

La reserva indígena AWA, está conformada por un estimado de 13.000 personas, de este número un total del 3,080, se sitúan en el Ecuador, esta comunidad cuenta con una organización sociopolítica, que se distribuye en un aproximado de 22 lineamientos o estatutos, vinculada de forma directa con la CONAIE. En el aspecto económico y las labores que los miembros de la comunidad realizan, se encuentran: la cacería, pesca y labores agrícolas (son productores de maíz, plátano y yuca), y en los últimos años también, ha dado paso a la producción de cacao (Basantes y Caiza, 2015).

Este territorio ha sido nombrado y reconocido como una “reserva Étnico Forestal Awá”, con una extensión de 101.000 hectáreas para uso único de los miembros de la comunidad, por lo que su acceso, se hace bastante complicado, contar con la autorización de los líderes comunitarios y de describir las actividades a desarrollar con exactitud, eso, se da también, por la cercanía geográfica con grupos armados paramilitares que cohabitan en la frontera norte del Ecuador. Además, se destaca la presencia de folclor con influencias africanas y andinas con la utilización de instrumentos musicales como: flauta, rondador, marimba y el bombo, esta reserva tiene fiestas tradicionales que son propias de sus creencias y cultura y caso todas estas, se acompañan del consumo del jugo de caña denominado también, guarapo (Basantes y Caiza, 2015).

2.6.3 Creencias ancestrales

Como es evidente en la mayoría de las nacionalidades del Ecuador y el mundo, cada una de ellas tiene su forma propia de pensar, además, de creencias y tradiciones que han mantenido desde los inicios de su conformación, en este sentido la comunidad AWA tiene una forma particular de ver el mundo: lo conciben como una división en cuatro partes distribuidos en las siguiente manera; primer mundo (en este están los seres pequeños), en el segundo mundo (coexisten los seres humanos), sobre los humanos el mundo tres (las almas de los muertos) y en el último mundo, se encuentra el creador, algo importante de esta concepción del mundo se relaciona con la estructura en la elaboración de sus hogares, que tiene cuatro pilares básicos, que se asociación a los cuatro mundos mencionados, se da continuidad a sus creencias (Basantes y Caiza, 2015).

La comunidad AWA en el aspecto académico, ha transmitido sus creencias de forma generacional, mediante la expresión oral, en los espacios de formación, se da tiempo y paso a los líderes comunitarios para informar sobre las creencias que rige la organización sociopolítica de la comunidad, las viviendas en su mayoría son construidas de madera de chonta recubiertas con bijao o guacamayo, así logran mantener la tradición desde aspectos como los mencionados (Basantes y Caiza, 2015).

En la tabla 5, se va a describir una síntesis de las características principales de la comunidad AWA, dentro de las, que se destaca: la cosmovisión, educación, pobreza, salud.

Tabla 5.

Características Comunidad AWA

Aspecto	Definición o significado
Cosmovisión	La palabra AWA significa hombre, hay que mencionar que es uno de los territorios y población menos conocidos y aislados del Ecuador, sin embargo, es también, una de las poblaciones mayormente organizadas en algunos aspectos.
Educación	En este aspecto, se encuentran maestros nativos de la comunidad y también, mestizos, que están encargados de la educación básica, esto favorece que los maestros nativos podrían enseñar la lengua ancestral: Awapi y a su vez el español, eso en cuanto a la educación básica, sin embargo, para la educación secundaria no cuentan con instituciones, por lo

	que muchos de los hijos de los líderes comunitarios, se dirigen hacia la parroquia Isidro Ayora o a la ciudad de Ibarra para acceder a educación
Pobreza	La pobreza en la comunidad es evidente, carece de apoyo gubernamental y de instituciones que estén dispuesta a intervenir y esto, se da debido a la cercanía con grupos armados, las familias no logran solventar las necesidades básicas de sus hijos.
Salud	Gran parte de la comunidad, se basa en sus creencia ancestrales incluso para cuestiones de medicina, la presencia de los curanderos es casi habitual en la comunidad, por la misma cuestión de interés políticos de Ecuador y Colombia con los grupos armados, los centros o puestos de salud, se limitan en las atenciones de salud, los niños presentan problemas intestinales, infecciones, parasitosis comunes por las condiciones de pobreza.

Fuente: Tomada de Basantes y Caiza, 2015, p. 34-35.

2.6.4 Muestreo

En el presente estudio, se consideró la aplicación de muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, que el investigador de acuerdo con las condiciones de la población y participantes selecciona a quien, se ajuste a las necesidades de la investigación, en este sentido no todos los participantes tuvieron la posibilidad de ser elegidos, según los puntos considerados están: personas mayores de edad que los líderes de la comunidad refieren la presencia de problemas relacionados al consumo de alcohol, miembros de la comunidad AWA ; (Arias-Gómez y otros., 2016).

2.7 Caracterización de la muestra:

En la Tabla 6, se describen aspectos personales como: lugar de nacimiento, residencia, domicilio, estado civil, hijos. De igual forma, en la Tabla 5, se observa de forma detallada: identificación étnica, religiosa, escolaridad, situación socioeconómica. Para la fase de análisis estadístico las variables de orden nominal, se representan mediante frecuencia (f) y porcentajes (%).

Tabla 6.*Variables Personales*

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Identificación étnica		
Mestizo	0	0,0 %
Afroecuatoriano	0	0,0 %
Blanco	0	0,0 %
Indígena	0	0,0 %
Awa	50	100,0 %
Identificación religiosa		
Católico	45	90,0 %
Cristiano evangélico	0	0,0 %
Testigo de Jehová	0	0,0 %
Mormón	0	0,0 %
Sin Identificación religiosa	5	10,0 %
Estado Civil		
Soltero	10	20,0%
Unión libre	38	76,0 %
Casado	0	0,0 %
Separado	2	4,0 %
Divorciado	0	0,0 %
Viudo	0	0,0 %
Escolaridad		
Primaria	35	70,0 %
Secundaria	15	30,0 %
Superior	0	0,0 %
Posgrado/Doctorado	0	0,0 %

Fuente: Elaboración Propia

En la variable de identificación étnica, se observa una prevalencia total de personas de la comunidad AWA representada por el 100%, en cuanto a la identificación religiosa el 90.0%, se identifica como católico, mientras que el 10.0% menciona no identificarse con ninguna religión. Así mismo en el aspecto de su estado civil el 28.0% refiere estar en unión libre, seguido del 24.0% casados, el 20.0% solteros, el 16.0% comenta estar separado, de igual forma, el 12.0% está divorciado, mientras que el 2.0% es viudo. En el aspecto de escolaridad existe mayor prevalencia de estudios en nivel primario en un 70.0%, seguido del 30% con estudios secundarios.

A continuación, se ha decidido agrupar las variables de: lugar de residencia de las personas de la reserva AWA, dentro de la reserva existen varias comunidades, que se expresan en la tabla 7, además, aspecto relacionado a la convivencia actual de los adultos jóvenes, se menciona también, si los miembros de la comunidad tienen hijos o no, su estrato socioeconómico, se representan mediante frecuencia (f) y porcentajes (%). En relación con la edad, se expone:

Tabla 7.

Variables asociadas

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Lugar de residencia/domicilio		
Untal	10	20,0 %
Angostura	10	20,0 %
San Marco	10	20,0 %
Pailón	10	20,0 %
Gualpi	10	20,0 %
Convivencia Actual		
Solo	5	10,0 %
Padres	3	6,0 %
Otro	42	84,0 %
Hijos		
Si	41	82,0%
No	9	18,0 %
Estrato socioeconómico		
Mala	9	18,0%
Regular	39	78,0%
Buena	2	4,0%
Muy Buena	0	0,0%
Problema de Salud psicológico		
Si	0	0,0%
No	50	100,0%
	\bar{x}	S
Edad	22.35	2.53

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la variable lugar de residencia el 20.0% reside en la comunidad Untal, el 20.0% en Angostura, así mismo el 20,0% en San Marcos, de igual forma, el 20,0% en Pailón, finalmente, el 20,0% de Gualpi, se ha trabajado con 10 personas de cada una de las comunidades que conforman la reserva AWA.

En torno a su convivencia actual, existe una prevalencia del 84,0% que menciona vivir con otros miembros familiares, dentro de los, que se destacan (esposa e hijos, hermanos mayores, menores y tíos). Seguido del 10,0% que refiere vivir solo y solamente el 6,0% vive con sus padres.

En la variable hijos, se evidencia que el 82,0% refiere que sí tiene, en el análisis, se ha encontrado que en cuanto al número de hijos llegan a tener entre 1 y 3 hijos, un número menor 18,0% argumenta que no tiene hijos.

A su vez en la variable estrato socioeconómico el 78,0% revela tener un nivel regular, seguido del 18,0% con nivel malo, y en menor proporción el 4,0% con nivel económico bueno.

En relación con la presencia de algún problema de salud mental o psicológico el 100,0% de la población parte de la investigación ha mencionado que no presenta ninguna condición desfavorable.

Finalmente, en la variable edad, se ha encontrado media 22,35 y desviación estándar de 2,53 aspecto que refleja congruencia con respecto al grupo seleccionado.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Resumen de resultados

En la tabla 8, se va a describir las variables relacionadas a la edad de inicio de consumo, actividades que realizaban antes y durante el consumo de alcohol.

Tabla 8.

Variables sobre el consumo de alcohol

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad de inicio de consumo		
10-12	21	42,0 %
12-14	16	32,0 %
14-16	13	26,0 %
Actividades antes del consumo		
Estudios	10	20,0%
Deportes	8	16,0%
Trabajos (agricultura)	27	54,0%
Tiempo en familia	5	10,0%
Actividades durante el consumo		
Actividades comunitarias	22	44,0%
Labores de Agricultura	11	22,0%
Actividades familiares	7	14,0%
Deportes	10	20,0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la edad de promedio de consumo, se evidencia que el 42,0% inicio su consumo en el rango de edad de 10-12 años, el 32,0% en el rango de 12-14 años, mientras que en menor proporción 26,0% lo han hecho entre los 14-16 años. Aspecto que concuerda con los datos revelados por la Organización Panamericana de la Salud (2014), entidad que habla de la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en países como Perú nivel de edad es 15 a 17 años, en Bolivia oscila entre los 14 y 15 años.

Situación similar a lo que sucede en Puebla, México en la comunidad Indígena San Sebastián, en el análisis de la ingesta de alcohol en relación con la edad argumentan que la edad promedio es 15 años, consideran algunos factores como:

disfuncionalidad familiar, desocupación, curiosidad, pertenencia social (Berruecos, 2017). Argumento, que se asemeja a lo mencionado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas (2006) de manera general mencionan que los 14 es un aproximado de inicio, un factor común en las comunidad indígenas, que se asocia a costumbres y tradiciones de los pueblos indígenas, quienes han normalizado el consumo desde edades tempranas, se limita así el desarrollo de sus pueblos y, se genera la ocurrencia de problemas sociales como el maltrato, violencia entre otros.

De igual forma, en torno a las actividades que los adultos jóvenes realizaban antes del consumo, se destaca que el 54,0% estaba vinculado a trabajos en el área de agricultura, el 20,0% cumplía con actividades académicas, seguido del 16,0% que tenía actividades recreativas como el deporte, finalmente, un 10,0% compartía tiempo en familia. Argumento que concuerda con lo mencionado por Armendáriz y otros (2014), en su estudio en relación con el uso de bebidas alcohólicas por estudiantes de grado superior, quienes han dejado parcial o totalmente sus actividades debido a la ingesta de alcohol, según el criterio de las familias parte de la investigación, los adolescentes cumplían con actividades cotidianas, sin embargo, al acercarse al consumo, se elimina dichas actividades.

Así mismo según Cano y Merchán (2019) al hablar de acciones preventivas de uso de bebidas y las actividades laborales, académicas o recreativas juegan un papel importante en casos de consumo de alcohol, de modo que quienes decidan dejar el consumo es importante considerar la práctica de alguna de estas actividades. A su vez para autores como Mendoza, Martínez, y Guerra (2018) el alcoholismo está ligado con estructuras desorganizadas a nivel laboral, familiar y social lo que implica que quienes tengan problemas de consumo de alcohol de forma progresiva, se dejara las actividades realmente importantes, esto debido al gancho químico que el cerebro genera después de una exposición prolongada al alcohol.

Se ha encontrado además, que las actividades de interés de las personas consumidoras de alcohol, son las primeras en dejar, eso, se da debido a la cercanía de estructuras cerebrales como centros de dolor y placer, su cercanía anatómica hace que aquellas actividades que generaban placer ahora hayan sido suplantadas por el consumo, esto a su vez, se encamina con la ausencia de voluntad y

planeación, toma de decisiones y juicio crítico al momento de decidir, se deja el consumo, aunque en el contexto ecuatoriano es socialmente aceptado uso de bebidas este un aspecto social que ha ganado fuerza en los últimos años (Monasor, Jiménez, y Palomo, 2003).

En relación con actividades durante el consumo de alcohol, existe una prevalencia del 44,0% que refiere cumplir con actividades comunitarias, seguido del 22,0% que tiene labores en el área de la agricultura, el 20,0% vinculado con el deporte, mientras que el 14,0% tiene actividades de tipo familiar. Situación que guarda relación con lo expuesto por Berruecos (2017), se habla sobre la participación social, que se ve limitada en las personas incrementan la frecuencia e intensidad de la ingesta de alcohol.

Asimismo, la OPS (2014) en su informe relacionado al uso de alcohol y bienestar físico en indígenas de América, argumenta que en los pueblos indígenas de la región por cuestiones ancestrales, existe un vínculo fuerte con actividades agrícolas, ganaderas y comunitarias, es en medio de estas actividades donde el consumo de alcohol está presente, se menciona adicionalmente, que las actividades deportivas por lo general están acompañadas del consumo de alcohol, y como aspecto más relevante, se encuentran las múltiples festividades a lo largo del año, es así que el alcohol forma parte de las tradiciones de pueblos indígenas. Esto, se asocia a lo afirmado por Barbosa, Méndez, T., y Barbosa (2009) quienes, en su estudio uso de alcohol y situaciones sociofamiliares, concluyen que el deporte, las actividades laborales y reuniones familiares, se relacionan con la ingesta de licor en ocasiones artesanal.

Por su parte Cano y Merchán (2019) argumentan que la consumición alcohólica en las comunidades, aunque podrían ser una cuestión en tradición, efectos sobre la salud son evidentes, incluso habla sobre la reducción de su tiempo productivo empleado ahora en la ingesta de alcohol, sin medir las consecuencias graves para la salud a largo plazo, por lo que sugieren intervenciones desde la prevención hasta la acción directa, es decir, sobre aquellos casos denominados graves. Finalmente, Lefio et al., (2013) recomienda un abordaje donde, se considere las características propias del sector o comunidad donde, se dirigen las intervenciones, que estas, se enfoquen hacia restaurar la cotidianidad en sus actividades diarias de tipo

agrícolas, ganaderas, laborales, académicas y familiares, queda entonces claro que la evidencia refleja que las actividades diarias asociadas al consumo de alcohol sufren alteraciones que merecen atención.

En la tabla 9, se procede a describir las variables asociadas al consumo de alcohol de los adultos jóvenes de la reserva AWA, la frecuencia del consumo, antecedentes familiares de consumo, conciencia o percepción subjetiva de sí mismo sobre la problemática de consumiciones de bebidas.

Tabla 9.

Frecuencia, antecedentes y conciencia de enfermedad

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Frecuencia de consumo		
1d/s	30	60,0 %
2 d/s	15	30,0 %
3 d/s	4	8,0 %
4 d/s	1	2,0%
Antecedentes de consumo		
Padre/madre	26	52,0,0%
Abuelos	14	28,0%
Hermanos	6	12,0%
Tíos	4	8,0%
Conciencia de la problemática		
Si	22	44,0%
No	28	56,0%
Problemas relacionados al consumo		
Si	15	30,0%
No	35	70,0%

Fuente: Elaboración Propia

Para la variable frecuencia del consumo, se evidencia que el 60,0% refiere consumir alcohol 1 día a la semana, seguido del 30,0% que lo hace 2 días a la semana, mientras que el 8,0% comenta que su consume 3 días a la semana, solamente el 2,0% lo hace 4 o más días a la semana, es decir, un porcentaje mínimo.

En este sentido, se ha encontrado en la investigación desarrollada por Betancourt, Tacán, y Córdova (2017) en adolescentes y uso de bebidas, se encontró que el 28% de los participantes consume alcohol con una frecuencia mensual, mientras que el 15% lo hace de forma quincenal. Así mismo Berruecos (2017), hace referencia que la frecuencia del consumo en adultos jóvenes oscila en periodicidad, mensual, semanal e incluso diario en aquellos casos de dependencia al alcohol. También, en el estudio desarrollado por Lefio y otros., (2013) donde, se menciona que la frecuencia depende de las condiciones sociales.

Parones de consumo familiar, el 52,0% refiere que sus padres o madres consumen alcohol, el 28,0% argumenta que sus abuelos, seguido del 12,0% quienes manifiestan que sus hermanos también consumen, asimismo, el 8,0% hace referencia que tienen antecedentes de consumo en sus tíos. Aspecto, que se relaciona con lo mencionado por Acosta, Juárez y Cuartas (2018) quienes, en su estudio sobre las funciones ejecutivas y antecedentes de consumo de alcohol familiar en adolescentes, argumentan que aquellos adolescentes con antecedente con patrón familiar de uso de bebidas presentaron mayores dificultades en cumplir con las pruebas de funciones ejecutivas, situación que lleva al análisis de la influencia familiar.

Sin embargo, hay que mencionar lo propuesto por López y otros., (2014) sobre alcoholismo y situaciones asociadas, si bien es cierto el hecho de tener padres consumidores predispone para el consumo de alcohol, no llega a ser un factor determinante, de modo que el ambiente juega un rol fundamental es decir, que si la persona sale de su ambiente familiar y social de consumo, existe mayor posibilidad de dejar las acciones y actitudes hacia el consumo, caso contrario, se corre el riesgo de repetir el patrón. En este sentido por Barbosa, y Méndez, T. (2009) mencionan que las creencias familiares influyen en la forma de actuar de los individuos incluso en el desarrollo de hábitos de consumo de alcohol, por ello sugieren que los abordajes, se direccionen de forma conjunta con la familia.

Se hace referencia a la toma de conciencia 56,0% menciona que no es un problema en sus vidas, a su vez el 44,0% argumenta que sí lo es. Además, sobre riesgo inmersos en el uso de bebidas, el 70,0% reconoce la existencia de problemas familiares, laborales y personales, mientras que el 30,0% no reconoce estos

problemas. Idea que concuerda con lo mencionado por Acosta, Juárez y Cuartas (2018) quienes, en su investigación en torno a las funciones ejecutivas, determinaron que la falta de voluntad, acompañada de imposibilidad para reconocer la problemática van de la mano con la exposición prolongada al consumo de alcohol.

De igual forma, se evidencia que para la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas (2006), la falta de conciencia de la problemática asociada al ingesta alcohólica guarda relación, con su cultura, sus creencias y tradiciones, pueblos indígenas de la región, no lo ven como un problema serio, más bien tienen la concepción de que el alcohol es el medio propicio para generar relaciones de tipo social, armonía en las celebraciones, y han hecho parte de si las rutinas de ingesta de alcohol por varios días, se demostró así su supuesto poderío. Por su parte Berruecos (2017), refiere que el consumo prolongado de inicio temprano termina con el juicio y raciocinio de los adolescentes y jóvenes quienes conciben al consumo como un sinónimo de hombría.

Para la OPS (2014), en su informe sobre la salud y el alcohol de las comunidades indígenas de América, ha determinado varios factores de análisis profundo, dentro de los, que se destacan, la cosmovisión indígena, y la perspectiva de género sobre el consumo de alcohol hasta hace poco, se creía que el género masculino tenía mayor inclinación hacia el consumo de alcohol, sin embargo, se ha demostrado ausencia de rasgos estadísticamente difusos en cuestión de género y uso de bebidas, pero si, se ha hallado mayor nivel de conciencia o percepción del daño a mediano y largo plazo en el género femenino, esto lleva a la reflexión de la importancia de un plan de intervención equitativo.

3.2. Test de uso de bebidas Alcohólicas

La tabla 10 revela lo que, se halló y torno a la aplicaciones del instrumento de evaluación en la población de la reserva AWA en las comunidades (Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi).

Tabla 10.*Desviación típica, Tipo de consumo de alcohol*

Tipos de Consumo	Media		Desv. Típ.	Intervalos de confianza	
	Estadístico	Error típico	Estadístico	Límite Inferior	Límite Superior
Consumo de riesgo	2,86	,68	1,19	2,48	3,16
Perjudicial	3,12	,57	1,21	2,98	3,45
Dependencia	2,72	,26	1,12	2,20	3,24
Sin riesgo	3,62	,27	1,07	2,08	3,87
Total	12,32	1,78	4,59	9,68	13,72

Fuente: Elaboracion propia

La tabla 10 describe la media estadística (M) de cada tipo de consumo: lo que indica que el promedio de respuestas de la población para el tipo de consumo de riesgo, perjudicial, dependencia y riesgo de consumo. Junto al error típico (Etm) de la media que refiere la variabilidad aceptada dentro del 5% estimado en el análisis de los datos, esta variación es producto de factores distorsionantes inevitables del entorno. Por otro lado, la desviación típica (Ds) que corresponde a la medida que permite cuantificar la dispersión en la distribución de los cuatro tipos de consumo en los participantes. Finalmente, se describen los intervalos de confianza (Li y Ls) que describe la variabilidad entre la medida obtenida en un estudio y el valor real que deriva de las respuestas de los tipos de consumo de alcohol emitidas por los participantes en el estudio.

En la tabla 11, se van a describir los resultados de forma general en torno al consumo de alcohol en la población de la comunidad AWA.

Tabla 11.*Resumen Resultados AUDIT*

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Tipos de Consumo		
Consumo de Riesgo	11	22,0 %
Consumo perjudicial	7	14,0 %
Dependencia al alcohol	13	26,0 %
Sin Riesgo	19	38,0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los resultados de la aplicación del Cuestionario de AUDIT, se evidencia que el 38,0% no tiene riesgo de consumo de alcohol, seguido del 26,0% que presenta una dependencia al alcohol, asimismo, el 22,0% tiene un uso de alcohol riesgoso y finalmente, 14,0% dañino o grave todo esto lleva a pensar que en los adultos jóvenes de la reserva AWA, existe un problema relacionado al consumo de alcohol.

En cuanto a la dependencia al alcohol con un estimado del 26.0%, se podría relacionar con la investigación desarrollada por Cortés y otros (2021) sobre factores asociados al consumo problemático, ha encontrado que cerca del 6% de la población evaluada presenta un consumo problemático o dependencia alcohólica, las manifestaciones sintomáticas, se han agravado incluso a perder la funcionalidad en sus vidas, se ha reflejado además, baja capacidad de percepción de riesgo real del consumo de alcohol, relacionado con el 22.0% de la presente investigación.

Además, según la OPS (2014), en su informe basado en indígenas y alcoholismo, que menciona que un porcentaje menor al 30% presentan problemas asociados a la ingesta desmedida de alcohol. Situación que podría interpretarse así, de un total de 100 personas de una comunidad indígena, cerca de 30 de ellos presentaría problemas de dependencia alcohólica, aspecto que afecta de forma directa sobre su estabilidad emocional, familiar y laboral.

Así también, en el estudio desarrollado por Barbosa, y Méndez, T (2009), se ha determinado que el consumo perjudicial alcanzaría cifras iguales al 25% pero menores al 50%, esto implica que 2 de cada 10 personas de comunidades indígenas expuestas al consumo de alcohol podría llegar a desarrollar un consumo perjudicial en el ámbito familiar, social, personal y en especial con efectos nocivos para su salud, por lo que, se sugiere que aquellas personas que hayan sido diagnosticadas por un profesional sanitario con un índice de consumo perjudicial accedan a un tratamiento especializado que les ayude a reducir su ingesta de alcohol.

Del mismo modo para autores como Catelo, Miwa y Vargas (2018) en la temática de alcoholismo en indígenas Brasileños estudio que contó con la participación de un estimado de 353 indígenas de varias comunidades a quienes, se les administró

un cuestionario para evaluar la gravedad de su consumo, cerca del 40% reveló un consumo perjudicial, mientras que un 22% un rango de dependencia al alcohol, al igual que 38% un consumo de bajo riesgo o sin riesgo, aspecto que, se podría relacionar con los resultados obtenidos en la investigación, si bien es cierto existe un número considerable de personas con bajo riesgo, es a ellos a quienes, se direcciona las intervenciones con acciones preventivas.

Finalmente, en la investigación desarrollada por Pons y Buelga (2011), sobre los factores asociados a la gravedad del consumo de alcohol, se encuentran la disfuncionalidad familiar, la cercanía a grupos sociales con influencia, se podría mencionar que, todos los factores tienen como resultado un acercamiento perjudicial de los adolescentes y jóvenes con el consumo de alcohol, en niveles moderados y graves, las principales actividades afectadas son las académicas, muchos de ellos dejan de estudiar, y las laborales, el tener acercamientos frecuentes con el alcohol los condiciona para dejar sus actividades, lo que los lleva a formar parte del consumo perjudicial de alcohol.

Tabla 12.

*Tabla de contingencia Edad * Tipos de consumo*

	Tipos de consumo				Total
	Consumo de Riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia al alcohol	Sin riesgo	
18-20	8	0	2	4	14
21-23	3	4	1	4	12
Edad 24-26	0	3	3	4	10
27-30	0	0	6	8	14
Total	11	7	12	20	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla 12 describe los resultados en relación con los tipos de consumo de alcohol y la edad de los participantes, 11 quienes registraron consumo de riesgo 8 de ellos tienen entre 18 y 20 años, de los 7 participantes con consumo perjudicial 4 tienen entre 21 y 23 años y 3 entre 24 a 26 años, asimismo, 12 que revelaron dependencia

al alcohol 6 tienen entre 27 y 30 años, finalmente, 20 que revelaron sin riesgo de consumo, 16 están en el rango de edad de 18 a 26 años.

Tabla 13.

*Tabla de contingencia Estrato socioeconómico * Tipos de consumo*

		Tipos de consumo				Total
		Consumo de Riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia al alcohol	Sin riesgo	
Estrato	Mala	9	0	0	0	9
	Regular	2	0	0	0	2
Socioeconómico	Buena	0	7	12	20	39
	Total	11	7	12	20	50

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 13, se describen los resultados en torno al estrato socioeconómico y los tipos de consumo en la población evaluada, y, se ha encontrado que 11 personas con consumo de riesgo, 9 de ellos tienen un estrato económico malo, 7 personas con consumo perjudicial tienen una situación económica buena, mientras que 12 con dependencia al alcohol también, presentan un estrato económico bueno, finalmente, 20 que tuvieron un consumo sin riesgo, refieren un nivel económico bueno.

3.1.1 Propuesta de la Investigación

3.1.2 Justificación de la propuesta de investigación

Descripción y análisis de la realidad

El uso de bebidas alcohólicas en poblaciones indígenas de Latinoamérica es común, sin embargo, no se registra más información al respecto, en la revisión bibliográfica realizada de forma inicial se halló que comunidades indígenas de México, Colombia, Perú, Brasil, tienen un número alto de personas parte de sus comunidades, que se asocian al uso de bebidas, situación que afecta de forma directa la estabilidad de sus familias, su productividad agrícola y económica (Barruecos, 2017).

Situación que no difiere del contexto ecuatoriano, en base a los resultados obtenidos con el cuestionario de Audit y la ficha sociodemográfica y posterior al análisis de los datos, se ha encontrado que existe la presencia de consumo de riesgo, dependencia y uso perjudicial de bebidas que se ha obtenido justifica el desarrollo y la aplicación de la propuesta de intervención que tiene como objetivo conseguir la reducción de los índices de uso de alcohol en esta población específica, además, se espera que a mediano y largo plazo podría ser un modelo aplicable a otros contextos de similares características.

Destinatarios

La propuesta de intervención tiene como beneficiarios directos a los adultos jóvenes de las comunidades Awa y las aldeañas Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi, quienes hayan obtenido un uso de bebidas en niveles elevados. De forma indirecta tiene como beneficiarios a los miembros de las comunidades en mención con quienes, se tiene previsto trabajar desde la prevención en cooperación con los líderes de cada sector.

Objetivos:

General:

- Desarrollar una propuesta de intervención en base al modelo cognitivo conductual para la reducción de los índices elevados de uso de bebidas alcohólicas.

Específicos:

- Sustentar teórica y metodológicamente el plan de intervención con el modelo cognitivo conductual para la reducción del consumo del alcohol.
- Diseñar una fase de acercamientos comunitarios para trabajar en aspectos de prevención de uso de alcohol.
- Estructurar una fase de capacitación en temas básicos de detección de personas con problemas asociados al uso de bebidas alcohólicas a los líderes de las comunidades.
- Plantear una fase terapéutica con herramientas cognitivas conductuales para la reducción del consumo de alcohol en la población evaluada.

Recursos Humanos:

Profesional en psicología clínica con formación en terapia cognitivo conductual y experiencia reconocida en el manejo de personas con problemas relacionados al uso de bebidas alcohólicas y sustancias, grupos terapéuticos, población en situación de riesgo y vulnerabilidad, se cuenta además, con el contingente de la Fundación de las Américas, quienes ayudan en la gestión pertinente con cada una de las comunidades para la solicitud de los permisos por la complejidad en acercarse debido a estar situada en una zona de riesgo.

Recursos Materiales:

Se cuenta con los recursos para la movilización a las comunidades mencionadas para la fase de acercamientos comunitarios y fase de capacitación. Además, se cuenta con un espacio físico (oficina), donde, se van a dar las atenciones terapéuticas individuales, hojas de historias clínicas, fichas de registro de atenciones, materiales de oficina, entre otros.

Tecnológicos

Se cuenta con una laptop, internet de cobertura satelital. Debido a la ubicación geográfica del lugar donde, se lleva a cabo la propuesta, no se tiene disponibilidad de otros recursos tecnológicos.

3.1.3 Fundamentación teórica y metodológica de la propuesta de intervención:

Los tratamientos para los problemas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas han estado en vigencia desde décadas atrás, en los últimos años, se ha dado mayor relevancia a la evidencia científica para su mejor abordaje y en especial para conseguir resultados esperados en poblaciones específicas, hay que mencionar que todos los programas independientemente del enfoque que sigan están diseñados para la reducción del consumo.

Países europeos: Islandia, Finlandia, Portugal, Alemania durante los años 2000, se vivió una realidad alarmante en cuanto al consumo de alcohol y sustancias en sus

pobladores, motivo por el cual, se considera pertinente el análisis a profundidad de los modelos de atención en salud y los miembros institucionales involucrados en el tratamiento de las adicciones, en cifras, cerca del 30% de sus habitantes habían tenido alguna acercamiento y problema por la ingesta alcohólica motivo por el, que se pensó dar un cambio paradigmático de ver a las adicciones hasta ese entonces (Becoña, 2011).

Se llegó a las conclusiones que los tratamientos que implican privar del medio familiar, social, laboral, puesto que la realidad mostraba un cambio esporádico y solamente en el internamiento, además, se dejó claro que el medio familiar, social y laboral no mostraba ningún cambio, por lo que sería infructuosos los esfuerzos de los profesionales en la rama de salud en reducir el consumo de las personas, este análisis de expertos llevó a diseñar otra forma de intervención para los problemas de adicciones en fases iniciales, intermedias y graves (Esperanza, 2017).

Este modelo implicaba sustituir los centros de recuperación de adicciones, por modelos de intervención ambulatoria y una fase de intervenciones comunitarias, lo que implica que los profesionales en salud debían capacitar a los líderes comunitarios, religiosos, barriales o departamentales para captar posibles personas que requieran la atención psicológica, y en caso de ser necesario también, se direccionaron atenciones en su comunidad, sus hogares dentro de su contexto relacional de familia (Becoña, 2011). Esto facilitaba varios aspectos, dentro de los, que se destacan mantener la cercanía familiar, continuar con sus trabajos y su cotidianidad, que hace entonces la diferencia, la diferencia radica en el compromiso de cumplir con el tratamiento mediante el apoyo familias, social y comunitario.

Con esta estrategia, que se tomó en los países mencionados: Finlandia, Portugal y Alemania se consiguió en un tiempo estimado de 15 años la reducción de sus porcentajes de alcoholismo, otras drogas como el cannabis, cocaína, metanfetaminas en un 80%, esto además, se consiguió con el aumento en la severidad de las penas asociadas a la tenencia consumo y expendio de sustancias, todo este ahorro económico para los gobiernos seccionales esto es también, el aumento del presupuesto del estado para la inversión en créditos productivos para las

personas que cumplían su tratamiento de forma regular, se da así una fuente de trabajo (Becoña, 2011).

En el contexto latinoamericano la situación en los últimos 20 años no ha variado mucho, se continua con un modelo de intervención que implica el internamiento de drogodependientes en clínicas de recuperación, sin embargo, no se han visto resultados favorables, parece ser que la problemática, se agudiza y cada vez son más los jóvenes que terminan sumergidos en los problemas asociados al consumo, la falta de colaboración familiar y el desconocimiento a nivel social ha llevado además, a la estigmatización de las personas consumidoras, se niega así la oportunidad de afrontar de forma consiente y con personal capacitado su enfermedad (Ahumada, Gámes, y Valdéz, 2017).

En el Ecuador la situación no difiere del contexto latinoamericano, es más en el país desde hace 7 años aproximadamente que el Ministerio de Salud Pública surge la idea y ejecución para la creación e implementación de centro de recuperación públicos denominados, “Centros Especializados en Tratamiento para personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas” CETAD, centros, que se han implementado en la mayor parte del territorio nacional, se tiene en la actualidad un total de 12, que abarcan a personas de cada zona nacional (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los denominados CETAD, están regulados por el Ministerio de Salud Pública y, se basan además, en el modelo de Comunidades Terapéuticas, es decir, continúan con la propuesta de internar personas a centro residenciales para su tratamiento de adicciones de alcohol y otras drogas, sin embargo, es un modelo que ha demostrado menor eficacia y la inversión del estado, no se justifica en el número de personas que se han culminado sus tratamientos y logran mantener estabilidad física, emocional y abstinencia por tiempos prolongados, de modo que este tipo de tratamientos, se podría catalogar como ineficaces (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Si bien es cierto el Ministerio de salud Pública en coordinación con el centro de salud ofrece también, la modalidad de atención Ambulatoria básica e intensiva, la adherencia de los pacientes a este tipo de tratamiento es menor, no se ha logrado

consolidar la idea de implementación de este servicio, y en ocasiones la familia no presta las facilidades ni el acompañamiento oportuno para la rehabilitación de la persona con consumo, sin embargo, hay que dejar claro que es la persona la única responsable de su proceso de recuperación (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Con este antecedente en la en Quito desde el año 2019 surge esta iniciativa en implementar y replicar el modelo portugués que mostró eficacia como, se describió en la parte inicial, el Distrito Metropolitano de Quito DMQ, asume la competencia de crear estrategias de intervención diferentes a las, que se ha descrito, es así que implementa un programa de participación comunitaria, dirigiéndose a los líderes de las parroquias, barrios iglesias, unidades educativas para empezar con la fase de prevención, pero con una metodología distinta , esta busca la participación activa de los miembros y los forma para replicar el conocimiento y detectar a aquellos que podrían tener problemas de consumo para que el profesional intervenga en su comunidad (Secretaria de la Salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2020).

Tal fue el impacto de esta iniciativa que en el año 2020, se presenta a la Asamblea Nacional Constituyente una propuesta para declarar la competencia a los municipios de cada ciudad para la implementación de un programa similar al que Quito ha empezado, tenido gran acogida en la Asamblea, entidad que resuelve aprobar esta moción y da un tiempo estimado de un año para, que se cumpla lo dispuesto, con esto, se espera reducción de uso de bebidas (Riofrio, 2020).

Con lo mencionado con anterioridad en base a la evidencia de la eficacia del cambio de paradigma para la atención de las adicciones, se ha considerado pertinente la aplicación un modelo comunitario desde el enfoque cognitivo conductual, línea que ha mostrado eficacia en el tratamiento, se ha establecido desarrollar una base teórica sobre el programa de intervención donde, se aborden temas como: la motivación y el tratamiento psicológico, la intervención psicología y las recaídas, aspectos relevantes sobre el modelo transteórico del cambio, terapia cognitiva, grupos terapéuticos, entre otras opciones. Finalmente, se van a estructurar planificaciones con actividades específicas, objetivos, responsables y tiempos a cumplir.

Motivación y tratamiento psicológico:

En los tratamientos psicológicos o intervenciones enfocadas en la prevención y tratamiento de las adicciones, se han tomado en cuenta pilares fundamentales (Becoña, 2011). Es importante mencionar que los principios (Ver tabla 8), se han establecido de forma general para el tratamiento de adicciones, esto no implica que todos deban aplicarse de forma simultánea, todo depende de los estudios preliminares y definitivos de cada uno de los estados o gobiernos donde, se dé a conocer la necesidad manifiesta de la creación o implementación de tratamientos eficaces autoajustables, además, analizar las características propias de cada una de las poblaciones a quien va dirigido los programas de prevención o intervención.

Tabla 14.

Principios para los tratamientos de adicciones según NIDA

Nº	Principio
1	No existe un tratamiento único, que se ajuste a todas las personas.
2	Tratamiento de fácil acceso y estar disponible de forma breve.
3	Rigurosas revisiones, modificaciones y cambios que respondan a la individualidad y necesidad actual de las personas.
4	Para que un tratamiento sea efectivo es indispensable abarcar todas las áreas de desarrollo, no solo el aspecto de consumo de drogas.
5	La permanencia de un tiempo estimado en tratamiento es necesario para tener resultados favorables.
6	El consueing, la terapia individual y grupal son componentes esenciales de los tratamientos eficaces.
7	El tratamiento farmacológico es importante, siempre que este acompañado de terapias individuales, grupales y conductuales.
8	La comorbilidad con otros trastornos mentales necesita tratamiento específicos y paralelos al problema de adicciones.
9	La fase de desintoxicación no es suficiente, sin un tratamiento que garantice cambios a largo plazo.
10	La efectividad no siempre depende de la voluntariedad.
11	Podría surgir el uso de bebidas dentro del tratamiento
12	Se añade valoraciones para enfermedades inmunodepresoras
13	La recuperación de las adicciones es un proceso que llevara tiempo y varias fases.

Fuente: Tomada de Becoña, 2011, p.14-15.

Si bien es cierto los principios, que se han mencionado con anterioridad son importantes para el establecimiento de tratamientos de intervención en cualquier tipo de atención, y que a su vez han sido utilizados por las entidades gubernamentales de Ecuador y países de Latinoamérica quienes han diseñado procesos para abordar problemática de la ingesta de bebidas. todos coinciden que la voluntad y motivación de las personas para empezar el tratamiento es un aspecto

relevante que merece, además, un análisis a profundidad , un alto índice de personas que han iniciado un tratamiento debido al consumo lo hacen motivados por terceros, situación que a mediano y largo plazo tiene repercusiones negativas.

Intervención psicológica y recaídas:

Las intervenciones psicológicas, tienen componentes que parten de los principios, que se han mencionado, todas están enfocadas en la reducción de los hábitos relacionados al consumo de alcohol y drogas, sin embargo, las recaídas dentro del proceso terapéutico forman parte de los estadios de cambio, el sujeto es movido a modificaciones intrínsecas y estructurales (Cabrera, 2000).

Modelo transteórico del cambio

El modelo transteórico (MT) construye sus bases en el cambio del comportamiento como un proceso desde diversos niveles de motivación. Esta estructura en el modelo permite establecer programas en base a condiciones individualizadas (Cabrera, 2000).

El MT manifiesta premisas en la teoría, practica e investigación (Alarcón, 2000):

- Las teorías, se complementan
- Se da por etapas de transformación.
- Estas etapas son flexibles.
- La población no está preparada para actual, por ello la falta de compromiso de los programas informativos.
- Sin un planteo de etapas de cambio, los individuos permanecen en etapas iniciales.
- Seguir lineamientos a etapas específicas que faciliten modificaciones.
- Las intervenciones cambian un modelo reactivo a uno proactivo.

Dentro del programa del MT de cambio se encuentran cinco variables: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia. Definidas de la siguiente manera (Alarcón, 2000), etapas, procesos y estadios que movilizan al sujeto al cambio.

Se identifica seis etapas que simbolizan 6 realidades que cualquier persona pasa durante un proceso de cambio. A continuación, se detallan estas seis etapas (Cabrera, 2000):

- Pre-contemplación: Es un estadio previo de percepción de la realidad con muy poca motivación donde el individuo no discrimina variables aisladas y no identifica el riesgo.
- Contemplación: El individuo reconoce la situación y atiende la relación causal, se motiva para la acción del cambio.
- Preparación: Es el momento donde el individuo diseña el cambio.
- Acción: Momento donde el individuo lleva a la práctica el instrumento diseñado.
- Mantenimiento: Son las rutinas que crea el individuo a partir de las acciones realizadas.
- Recaída. Es la ayuda al paciente para contemplar, determinar y accionar procesos para impedir bloqueos o recaídas.

A partir de esta estructura del cambio comportamental, se buscan hábitos adictivos en los procesos de cambio para consolidar el nivel de predisposición del sujeto. Estos cambios, se relacionan con los primeros componentes: Pre-contemplación, contemplación y preparación.

3.1.4 Terapia Cognitivo Conductual

Comúnmente implementada para problemas derivados del uso de sustancias, se caracteriza por: abordar uso actual, construir objetivos reales, buscar resultados rápidos y utilizar técnicas empíricas (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

Su enfoque, se desarrolla como un método para la prevención de recaídas, incluye procesos de aprendizaje en el curso de patrones de conducta inadaptativa, se aprende a identificar y corregir conductas. La terapia cognitivo conductual incluye técnicas como el manejo adecuado de emociones, exploración consecuencias positivas y negativas, el automonitoreo, identificación de situaciones de alto riesgo (Becoña, y otros, 2008).

3.1.5 Facilitación de Estrategias de afrontar

Relacionadas con el aprendizaje de habilidades deficitarias producto de mecanismos inhibidores frente a altos niveles de ansiedad. Entre las técnicas más

utilizadas: entrenamiento en habilidades sociales, y refuerzo de los cambios que el consultante adquiere en virtud de la exposición de terapias graduales (Serecigni, Jiménez, Pascual, Flórez, y Contel, 2015).

Es importante reconocer las habilidades de los participantes, pues a menor formar de manejo de alternativas y las respuestas en el entrenamiento de habilidades de afrontamientos presenta resultados negativos. Por el contrario, el desarrollo de habilidades de afrontamiento mejora los niveles de recaída, en especial en programas a largo plazo (Becoña, y otros, 2008).

Prevención de recaídas

Se refiere a dotar al individuo de alternativas funcionales que garantice el mantenimiento de la abstinencia. Si el sujeto tiene un esquema desarrollado con el profesional sobre su accionar frente a la exposición al uso de bebidas sabe salir mejor librado, mientras haya desarrollado habilidades para su mejoría y no consumir, se da una reducción considerable del riesgo inherente (Villa, 1997).

Por el contrario, si no existen las herramientas, las probabilidades para recaer incrementa por una disminución en la percepción de autoeficacia y por la capacidad de anticipar consecuencias positivas y negativas frente al consumo. Las claves en este proceso son: reconocer sus experiencias en situaciones de uso de bebida físicas, y emocionales. Los resultados más favorables en relación con la prevención de recaída se centran en el ajuste psicosocial, en modalidades ambulatorias y residenciales, se ofrece hasta tres veces más de probabilidad (Becoña, y otros, 2008).

Manejo de contingencia

Se sigue un proceso sistemático por medio de un continuo monitoreo. Su principal área es el refuerzo de la abstinencia, pero, se utiliza en la retención o mayor número de terapias según el avance ,que se evidencie en cuanto al uso de medicamentos (Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano, y Rivas, 2013).

Un claro ejemplo son los accesos a empleo o alojamiento. Estos bienes o incentivos son medidos por cupones. La principal ventaja es permitir dar libertad de elección a los consultantes. En los programas ambulatorios la eficacia del manejo de

contingencia incrementa la eficacia en la adhesión y disminuye la tasa de recaídas (Alarcón, 2000).

Terapia Cognitiva en adicciones

Determina la emoción y la conducta; los esquemas cognitivos y los supuestos personales desde la experiencia. Estos esquemas podrían activarse o desactivarse, se produce distorsiones cognitivas o cogniciones automáticas (Serencigni y otros., 2015).

Los pensamientos automáticos recorren tres fuentes principales: informes verbales de la experiencia. Una vez recogida esta información, se conceptualiza en tres niveles de abstracción: el significado que el paciente da a la experiencia; los significados son agrupados en patrones cognitivos; y, se articula y formula conjeturas a seguir (Beck, Wright, Newman, y Liese, 1999).

Establecidos estos puntos el tratamiento se orienta en la modificación de las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Entre las técnicas cognitivas, están: la evaluación y determinación de ideas a modificar (Becoña, y otros, 2008).

Grupos terapéuticos en adicciones

Las intervenciones grupales ayudan a que los resultados, se mantengan estables en relación con el tiempo, además, despierta el sentido de cuidado y protección grupal, cohesión determinismo y alianzas positivas. Los aspectos que maneja el grupo entre otros son: esperanza desarrollada por la convivencia, experiencias de universalidad de los problemas, catarsis, imitación y aprendizaje (Martínez, González, y García, 2000).

Las características de los grupos con resultados más utilizados son dialogo libre con guía y supervisión con una frecuencia de una vez por semana en un plazo de cinco semanas. En grupos establecida la abstinencia, es recomendable un proceso de profundización, es decir, grupos de carácter cerrado con el objetivo de aprender a vivir y a madurar personalmente (Míguez y Permuy, 2017).

Dentro del grupo de alcohólicos anónimos es importante mencionar los doce pasos que dirigen la conducta del grupo (Backus, 2021), que van desde el tomar

conciencia y aceptar la problemática hasta continuar con una fase de dar a conocer los cambios que han surgido en la persona.

Dentro de esta propuestas para la recuperación de paciente con consumo de alcohol, se encuentra: toma de consciencia de la bebida y las consecuencias que causa, deseo de verdadera recuperación, tomar la responsabilidad de los comportamientos, desprenderse de ideas erróneas del consumo de bebidas, desarrollar habilidades para manejar el estrés y situaciones de tensión, elaborar nuevos proyectos y estilos de vida (Míguez y Permuy, 2017).

Para el desarrollo de la propuesta, se han considerado tres fases esenciales que van a ser de gran apoyo para la reducción de consumo de alcohol en adultos jóvenes de la comunidad AWA, la primera fase consiste en los acercamientos comunitarios, como su nombre lo indica, pretende conseguir la cercanía con los líderes de las comunidades cercanas y trabajar en temas de prevención con aquellas personas que posterior a la evaluación han obtenido el rango de bajo riesgo de consumo y sin riesgo, está enfocado principalmente a los líderes de las comunidades y las familias, se observa con mayor detalle en la tabla 9. Hay que indicar que esta fase de acercamiento comunitario son acciones de tipo preventivas para la familia y comunidad, no son sesiones de intervención terapéutica.

Para la segunda fase, se ha considerado el desarrollo de capacitaciones mediante módulos de formación con información básica hacia los líderes comunitarios espirituales, parroquiales y de los contextos académicos de la comunidad AWA, tal como lo describe la tabla 10. Los líderes comunitarios son el enlace con las personas que reflejaron un consumo de riesgo, además, esta fase pretende capacitarlos para identificar posibles consumidores de alcohol en rango elevado y quienes tendrían dependencia a quienes, se dirige las intervenciones de forma individual.

En una tercera fase, se va a describir las intervenciones desde lo cognitivo, que se van a seguir en el ámbito psicológico individual con las personas, que se han detectado mediante la aplicación del reactivo psicológico Audit y la Ficha Sociodemográfica, además, se consideraran también, aquellas personas que

hayan sido detectadas con los líderes comunitarios posterior a la fase dos, la tabla 11 refleja una perspectiva general de intervención.

Finalmente, en la tabla 12 denominada fase de intervención terapéutica individual se describe a detalle un estimado de 16 sesiones, que se espera seguir con las personas con consumo perjudicial y dependencia al consumo de alcohol.

3.1.6 Planificación de actividades de intervención

Tabla 15.

Fase de acercamiento comunitario

Actividad	Objetivo	Estrategia o Técnica	Recursos y responsables	Tiempo estimado.	Medio de verificación
Solicitar la autorización de los líderes comunitarios de las áreas de: Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi para el ingreso y el acercamiento inicial con los miembros de cada una de sus zonas.	Conseguir la autorización de los líderes de las comunidad AWA para desarrollar el plan de intervención comunitario para la reducción de alcohol.	Reunión con los líderes y los responsables del ACNUR, organización de apoyo a las naciones.	Espacio para reuniones. Movilización hacia las comunidades. Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel	Primera semana de octubre 2021.	Actas de reunión, fotografías de los encuentros comunitarios con los líderes.
Reunión con los miembros de la comunidad AWA y las zonas: Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi.	Socializar los resultados de la aplicación de los reactivos psicológicos y el análisis de los factores sociodemográficos asociados al consumo de alcohol.	Reunión de tipo comunitaria. Informar sobre los resultados mediante charla.	Espacio para charlas comunitarias. Traductor a idioma Awapi. Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel	Segunda semana de octubre de 2021.	Actas de Reunión. Material didáctico.
Intervención enfocada a la prevención con los líderes de las comunidades aledañas: Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi.	Informar sobre acciones preventivas uso y exposición a bebidas.	Talleres prácticos sobre los beneficios de mantenerse sin consumir alcohol (empoderamiento positivo). Factores de Riesgo social, familiar y comunitario.	Afiches, cartulinas, gráficos sobre la prevención en sentido positivo. Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel Espacio comunitario para las reuniones con los líderes y miembros.	Tercera semana de octubre de 2021.	Fichas de seguimiento y observación dirigidas a los líderes comunitarios.

Acciones preventivas en las familias de aquellas personas con índices de consumo de bajo riesgo y sin riesgo.	Dar a conocer las acciones preventivas dentro del contexto familiar.	Se establecen temas de diálogos familiares sobre los siguientes aspectos: La comunicación en la familia. La importancia de emplear el tiempo libre. Actividades deportivas compartidas con la familia.	Material didáctico para el trabajo con las familias. Manual de estrategias de prevención para contextos familiares. Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel	Primera semana de noviembre de 2021.	Diseño de entrevista semiestructurada con las familias para evidenciar avances en tiempos específicos (3,6,9 12, meses).
---	--	---	--	--------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16.

Módulo de Formación

Módulos	Temas centrales	Objetivos	Número de sesiones	Recursos Humanos y Materiales	Medios de verificación
Información básica sobre el alcohol.	Alcohol y su influencia en la vida diaria. Salud física y emocional frente al uso de bebidas Alcohol en el contexto familiar	Proporcionar a los líderes comunitarios información básica sobre el consumo de alcohol.	2	Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel Material didáctico, módulo de formación de NIDA. Videos relacionados. Testimonios de personas ex consumidoras en video.	Retroalimentación y evaluación conjunta con los miembros de la comunidad.
Factores de Riesgo.	Antecedentes de consumo familiar. El maltrato y la violencia dentro del hogar.	Preparar a los líderes comentarios en temas relacionados con los situaciones de uso de bebidas alcohólicas.	3	Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel Datos sobre el maltrato y la violencia, esquelas, trípticos. Recursos didácticos.	Retroalimentación y evaluación conjunta con los miembros de la comunidad.

	Factores de tipo sociales (interacción en la comunidad).				
Factores protectores.	<p>El manejo adecuado del tiempo libre.</p> <p>Como mantener relaciones familiares armónicas. La participación de los miembros de la comunidad en actividades de recreación. La práctica de deporte como alternativa. Creación de grupos de expresión artística (danza, música, arte).</p>	<p>Impartir a los líderes comunitarios datos en relación con factores protectores.</p>	3	<p>Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel Papelógrafos, marcadores, revistas para la elaboración de lluvia de ideas. Recursos de la comunidad Proyector, Laptop, amplificación. Personal de apoyo del MSP, para charlas conjuntas. Implementos deportivos para una mañana de deporte. Instrumentos musicales, artistas.</p>	<p>Retroalimentación y evaluación conjunta con los miembros de la comunidad.</p>
Detección de consumo en la comunidad.	<p>Signos y síntomas de alerta en la familia. Síntomas de alarma en la comunidad. Disminución de tiempo AVD. Aumento de la conducta impulsiva.</p>	<p>Brindar a líderes comunitarios estrategias para descubrir riesgo de alcoholismo en los miembros de sus comunidades.</p>	2	<p>Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel Material didáctico para las presentaciones. Elaboración de pancartas para ubicarlas en la comunidad con información relevante. Videos relacionados al tema.</p>	<p>Retroalimentación y evaluación conjunta con los miembros de la comunidad.</p>
Evaluación y seguimiento	<p>Observación participativa.</p> <p>Coordinación con psicólogo para síntesis de información.</p> <p>Presentación de resultados</p>	<p>Evaluar la eficacia de la preparación e intervención con los líderes comunitarios.</p>	1	<p>Ps. Cl. Alex Ayala Pasquel. Líderes comunitarios.</p>	<p>Actas de reuniones con los miembros de la comunidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

En la planificación de intervenciones psicológicas desde mediante lo cognitivo, que se ha detallado la línea terapéutica, que se va a seguir, las técnicas empleadas en el momento de ser necesarias, los objetivos, que se esperan cumplir así, como también, el número de sesiones estimado, que se requiere para el cumplimiento de los objetivos, sin embargo, es una guía diseñada para la presente investigación y que ha sido de apoyo terapéutico en la experiencia del investigador al atender a sujetos asociados a la ingesta alcohólica el modelo podría variar, se parte de los principios descritos en la parte teórica.

En la tabla 14, se describe de forma detallada una síntesis de 15 sesiones de intervención terapéutica para la reducción de la ingesta de bebidas, se considera técnicas del enfoque cognitivo conductual, además, parte del modelo transteórico del cambio.

Tabla 17.

Detalle sesiones de intervención terapéutica

Sesión/Fase	Objetivos	Técnica o procedimiento	Recursos
Fase inicial <i>Sesión 1</i>	Creación de vínculo y alianza terapéutica.	Entrevista motivacional, fase social ambientación, alianza terapéutica, historia de la enfermedad, interconsulta con otros profesionales (en caso de requerir) devolución (interpretación de la información brindada por el paciente) Anclaje del paciente al proceso de evaluación y adherencia a iniciar un tratamiento.	Oficina Material de oficina Ficha de registro de atención Historia clínica
<i>Sesión 2</i>	Realizar la evaluación de la problemática del paciente a través del uso de reactivos psicológicos.	Orientación al paciente sobre la consigna e instrucciones. de cada instrumento psicológico Aplicación del test de personalidad al paciente para explorar aspectos relevantes de la anamnesis personal, familiar, social y patológica.	Oficina Material de oficina Instrumentos de evaluación psicológica
<i>Sesión 3</i>	Generar en el paciente la capacidad de autocontrol para el cumplimiento de actividades de la vida diaria.	Reestructuración cognitiva centrada en la detección y modificación de ideas erróneas en relación con el consumo. Técnicas de Auto observación y Autocontrol. Tarea terapéutica; registro diario de pensamientos.	Oficina Material de oficina Material sobre la reestructuración cognitiva.

Sesión 4	Identificar los riesgos que implica el consumo de sustancias y las consecuencias de estas en el ámbito personal, familiar, social y académico.	Psicoeducación sobre el alcohol y sus efectos. (Confrontación. Desarrollo de discrepancias) Reestructuración cognitiva (en relación con las percepciones inadecuadas sobre las drogas y sus efectos)	Oficina Material de oficina Recursos videográficos y audiovisuales sobre el consumo de alcohol.
Sesión 5	Conseguir ,que se deje del consumo de alcohol en los ámbitos de desarrollo.	Refuerzo de volver al problema Generar cronograma de tiempo libre, establecer metas a mediano y largo plazo. Entrenamiento familiar en Contención y control externo eficaz.	Oficina Material de oficina Objetos de representación familiar.
Sesión 6 (parte dos).	Conseguir que la persona entienda sobre el manejo de las recaídas, como parte del proceso de recuperación.	Desarrollo de destrezas comunicativas y expresivas sobre el consumo de alcohol. Técnicas de resolución de problemas.	Oficina Material de oficina Espacio de terapia adecuado para las representaciones.
Sesión 7	Fortalecer la autonomía y autoconcepto para la toma de decisiones en relación con las actividades de su cotidianidad.	Desarrollo de programa de estrategias de mejora conductual, Entrenamiento en asertividad. Roll-playing. enfocado a la exposición de situaciones similares para identificar su accionar y guiarlo a mejorar sus respuestas emocionales y comportamentales.	Oficina Material de oficina Recursos videográficos Sillas de juego de roles.
Sesión 8	Asumir con responsabilidad la dinámica familiar y su estructura actual.	Clarificación Entrenamiento en habilidades de comunicación dentro del contexto familiar. Entrenamiento en solución de problemas Manejo de contingencias y refuerzo	Oficina Material de oficina Diario de terapias
Sesión 9	Manejo de crisis circunstanciales del uso de bebidas la historia familiar en la conducta adictiva.	Señalamiento Terapia sistémica Técnicas para el manejo de conflictos.	Oficina Material de oficina Recursos familiares, figuras objeto de la familia.
Sesión 10	Adecuar el grado de implicación de la familia	Terapia Sistémica Confrontación Señalamiento Esclarecimiento	Oficina Material de oficina

		en el tratamiento.	
Sesión 11	Iniciar cambios en el estilo de vida que favorezcan la abstinencia	Entrenamiento en habilidades de observación propia. Entrenar en la detección de pensamientos asociados al consumo (parada de pensamiento), registro de pensamientos.	Oficina Material de oficina Diario de pensamiento.
Sesión 12	Toma de conciencia sobre los problemas asociados al consumo de alcohol. subjetividad del paciente. Además, de vinculación social.	medición de funcionalidad familiar. Entrenar en la evitación de situaciones, emociones y personas asociadas al consumo de alcohol. Recuerdos emocionales y fisiológicos del uso de bebidas.	Oficina Material de oficina
Prevenición de recaídas. Sesión 13	Aprender a identificar los disparadores asociados al consumo de alcohol.	Reconocimiento de reacciones físicas, emocionales y fisiológicas con relación al consumo de alcohol.	Oficina Material de oficina Diario de pensamientos y ruta de prevención de recaída.
Sesión 14	Favorecer la realización de una red social de apoyo Creación de grupos de autoayuda.	Creación de redes de apoyo comunitario, se trabaja de forma directa con los líderes comunitarios para fomentar la creación de grupos de apoyo y autoayuda guiados por el profesional de psicología, espacio, que se encargara de contener a las personas que afrontan el proceso de recuperación. Manteniéndose ocupado, con la realización de un horario con actividades para evitar la recaída.	Oficina Material de oficina Diario de registro Actas de reunión con líderes comunitarios.
Sesión 15	Mantener la abstinencia a la sustancia por la que demanda tratamiento	Pedir apoyo social y comunitario. Manejo emocional frente a las ideas de recaídas. Vinculación con redes apoyo comunitario, espiritual o de autoayuda, depende del deseo y voluntad de los participantes	Oficina Material de oficina
Sesión 16	Cierre terapéutico, seguimiento y evaluación de la eficacia de las	En esta fase del proceso, se realiza el cierre terapéutico en esta modalidad de atención individual y, se da paso a la vinculación con la red	Oficina Material de oficina

sesiones
terapéuticas.

de apoyo comunitario y a los acercamientos del profesional de forma directa en la comunidad, se sigue los principios del modelo portugués para la reducción de la problemática.

Fuente: Elaboración Propia.

Se detalla el cronograma con actividades a cumplir con fechas tentativas de acuerdo con lo planteado en las actividades de la propuesta de intervención.

Tabla 18.

Cronograma plan de intervención

Programa de intervención	Meses								
	E	F	M	A	M	J	J	A	S
Fase 1 (Acercamiento Comunitario).									
Fase 2 (Módulos de formación).									
Fase 3 (Intervención terapéutica individual).									
Fase de evaluación post intervención									

Fuente: Elaboración propia.

Como, se ha descrito en la tabla 15, posterior a la aplicación de cada una de las fases del programa de intervención, se tiene previsto realizar una fase de evaluación post intervención, para lo cual, se toma en cuenta lo siguiente:

- Se mantiene una reunión con los líderes de la Comunidad AWA y comunidades aledañas Untal, Angostura, San Marco, Pailón, Gualpi, para conocer de parte de ellos sobre aspectos que consideren que han mejorado desde la intervención en la fase 1.

- Se aplica el cuestionario Audit y una entrevista individualizada a los adultos jóvenes que en la fase de diagnóstico obtuvieron grado elevado de consumiciones de alcohol con el objetivo de evidenciar avances posteriores a la fase de intervenciones (16 sesiones).
- Finalmente, se realiza un análisis de los resultados para desarrollar un análisis comparativo de los resultados iniciales y los, que se obtengan en este segundo momento de aplicación.
- Posterior a este análisis, se da paso a reunión con profesionales expertos en el tema de adicciones para conocer los aspectos relevantes, puntos positivos y nudos críticos de la propuesta y de esta forma realizar ajuste o modificaciones pertinentes.

Plan de validación de la propuesta

- Para la fase de validación de la presente propuesta, se considera que sea evaluada por expertos en el tema, quienes proporcionen una perspectiva mucho más amplia sobre el contenido y pertinencia de ésta y aspectos como: Nivel de validez, efectividad de las actividades propuestas, formación y experiencia de la persona que aplica la propuesta.
- El personal evaluador realiza, además, de la calificación cualitativa de la propuesta, observaciones y sugerencias para que el investigador podría ajustar la propuesta y proceder con la aplicación.
- Adicionalmente implementar una aplicación a manera de pilotaje, para medir la validez y la factibilidad de esta.
- Una vez atravesado este proceso, se la universidad quien autorice y supervise la aplicación de la propuesta, eso incluso podría ser un aspecto que serviría para futuras líneas de investigación.

Limitaciones

Debido a la pandemia, podría ser que, no se podría dar las sesiones terapéuticas con las frecuencias esperadas. Además, por el hecho de la ubicación de la comunidad AWA (Zona fronteriza Norte) y la presencia de grupos armados (Paramilitares), podría ser que los acercamientos comunitarios, se den de forma

esporádica y no tengan continuidad. Debido a la pandemia, apertura, lugar de riesgo.

Prospectiva

- Con la aplicación de la presente propuesta, se espera que después de un periodo de seis meses al medir y evaluar la eficacia de esta, se podría obtener información relevante que permita afianzar la propuesta de intervención en las comunidades cercanas. Además, se espera que la contribución que esta tenga ayude a generar conciencia sobre la importancia de cuidar la salud mental en temas de interés social como el uso de sustancias. Finalmente, la Organización de las Américas considera la presente propuesta para su aplicabilidad en contextos indígenas de Latinoamérica.

CONCLUSIONES

Con relación al estudio desarrollado mediante la recolección de información, la aplicación de reactivos psicológicos, su análisis e interpretación, se ha concluido que:

- La fundamentación teórica de las variables propuestas mediante la búsqueda y revisión bibliográfica en sobre la ingesta alcohólica ha permitido tener un marco de referencia amplio sobre la situación del consumo de alcohol en comunidades indígenas latinas, en este sentido, se conoce que el consumo de alcohol es parte de sus creencias y tradiciones, también, está presente en la mayor parte de sus actividades, desde las fiestas ancestrales, actividades comunitarias, celebraciones de matrimonio, entre otras, además, se ha logrado conocer que existen programas que han revelado eficacia en la reducción del consumo de alcohol, y, se enfocan en intervenciones comunitarias e individuales, se ha descrito las consecuencias del consumo de alcohol a nivel físico, neuropsicológico y conductual.
- Mediante la aplicación del test Audit, se encontró que el 38,0% del total de la población a quien, se aplicó el cuestionario no tiene riesgo de consumo de alcohol, seguido del 26,0% que presenta una dependencia al alcohol, asimismo, el 22,0% refleja un riesgo en la ingesta alcohólica, finalmente, el 14,0% ingesta grave, todo esto lleva a pensar que en los adultos jóvenes de la reserva AWA, existe un problema relacionado al consumo de alcohol que requiere atención prioritaria, de igual forma, mediante la ficha sociodemográfica, se ha determinado el rango edad mismo que rodea los 10 a 12 años, las actividades que realizaban antes del consumo eran: actividades agrícolas, comunitarias, deporte, mismas que después del consumo han tenido una reducción en tiempo, en relación con la frecuencia la mayoría comenta que lo hace una vez a la semana, además, el 52.0% registra antecedente de consumo de alcohol en sus padres, y el 55.0% refleja no tener conciencia de la problemática.
- Se ha propuesto una intervención que pretende reducir la ocurrencia de riesgo frente la ingesta alcohólica en adultos jóvenes de la comunidad

indígena AWA, se ha desarrollado, posterior a la fase estadística y la Ficha Sociodemográfica, se ha decidido diseñar la propuesta en tres fases principales: la primera enfocada a los acercamientos comunitarios con el objetivo de trabajar temas de prevención con los líderes comunitarios, las familias y la comunidad, la segunda fase, se enfoca en el desarrollo de módulos de capacitaciones dirigido a los líderes comunitarios, espirituales, barriales para facilitar en ellos conocimiento básico sobre temas de prevención y detección de posibles casos de consumo problemático, y una fase final que consiste en atenciones psicológicas individuales con un mínimo de diez y seis sesiones.

- La propuesta de intervención, se ha diseñado con el objetivo de reducir el consumo de alcohol en la comunidad, basado en el enfoque cognitivo y el modelo transteórico del cambio, como antecedente relevante, se ha descrito la eficacia del modelo finlandés y portugués en la reducción de consumo de alcohol, enfoques, que se direccionaron con intervenciones comunitarias, y la coordinación oportuna con líderes comunitarios, espirituales, barriales, para que sean estos quienes actúan como el enlace para el trabajo con los miembros de la comunidad, se desarrolla un plan preventivo y de intervención, que se combina para obtener mejores resultados.

RECOMENDACIONES

- Si bien es cierto la fundamentación teórica ha permitido tener una perspectiva más amplia sobre el consumo de alcohol en comunidades indígenas, se sugiere que para futuras líneas de investigación, se considere estudiar la realidad de otros pueblos y comunidades indígenas, para poder tener una base de datos que permita hacer estudios comparativos y analizar las diferencias en torno al consumo de alcohol en pueblos indígenas del Ecuador, además, sería importante tomar en cuenta información sobre comunidades indígenas de América del norte y Europa y así entender las diferencias en cuanto al contexto, la ubicación y las creencias propias de cada comunidad.
- Si bien, los resultados en relación con el consumo de alcohol en los adultos jóvenes de la comunidad AWA, reflejan un uso y dependencia alcohólica en porcentajes moderados, y reflejaron riesgo, daño frente al uso de bebidas, son resultados generales, se sugiere para futuros estudios, que se desarrolle el análisis de otras variables asociadas al consumo, la edad, género, cuestiones familiares y comunitarias, además, de actitudes y predisposición al consumo, situación que sería beneficiosa, esto da una perspectiva más amplia y permite tomar acciones preventivas con adolescentes que inicia su consumo antes que este llegue a ser problemático.
- En base a la intervención, que se ha descrito, con las tres fases fundamentales mencionados, se sugiere, que se lleve a cabo, y aplicar en un tiempo estimado de seis meses a un año posterior a la aplicación de la propuesta de intervención, se efectuó una medición de la eficacia e intervención, solo así, tomar acciones, que se encaminen a replicar las acciones a más personas de comunidades cercanas y conseguir que el consumo de alcohol tenga una reducción significativa, aunque hay que entender que es un proceso que lleva tiempo, dedicación y perseverancia de los actores comunitarios para el trabajo directo en cada una de sus comunidades.
- Como, se ha descrito, se sigue algunos de los lineamientos descritos por el modelo portugués y finlandés, en cuanto a las intervenciones comunitarias y la formación a los actores comunitarios, motivo por el, que se sugiere realizar

la gestión con el Distrito Metropolitano de Quito, entidad que es pionera en Latinoamérica en aplicar el mismo modelo de prevención en intervención para reducir el consumo de alcohol, sería importante, que se podría facilitar un espacio de diálogo con los líderes comunitarios y las personas encargadas del proyecto en Quito y el investigador para el intercambio de los avances y resultados que han tenido con la aplicación de este modelo de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M., Juárez, F., & Cuartas, M. (2018). Funciones ejecutivas y antecedentes familiares de alcoholismo en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 57-68. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.feaf
- Ahumada, J., Gámes, M., & Valdéz, C. (2017). El Consumo de Alcohol como problema de Salud Pública. *Ra Ximhai- Universidad Autónoma indígena de México*, 13(2), 13-24. Recuperado el 21 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4 (1), 79-98. Recuperado el 22 de abril de 2021 de <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/601>
- Alonso, M., Esparza, S., Frederickson, K., Guzmán, F. L., & Martínez, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México. 11(2), 12-26. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 79-92.
- Armendáriz, N., Alonso, M., Alonso, B., López, M., Rodríguez, L., & Méndez, M. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*, 7(2), 109-118. Recuperado el 12 de mayo de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441817010.pdf>
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. American Psychiatric Association.
- Backus, L. (2021). Alcohólicos Anónimos-12 pasos a una nueva vida. *Revista Información Científica*. 7(2), 23-27. Recuperado el 18 de abril de 2021 de <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3294/4538>
- Barbosa, A., Mendez, T., & Barbosa, T. (2009). Análisis del fenómeno del consumo de alcohol entre adolescentes: estudio realizado con adolescentes del 3º.

ciclo de escuelas públicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(3), 1-18. Recuperado el 11 de mayo de 2021 <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbwbLd4K9RVynPDg7YPdLTv/?lang=es&format=pdf>

Barroso, O., & Benítez, M. (2020). Propuesta de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes desde un enfoque comunitario. *Sostenibilidad, Tecnología y Humanismo*, 11(1), 65-77. Recuperado el 12 de mayo de 2021 de <http://revistas.unitecnar.edu.co/index.php/sth/article/view/37>

Barruecos, L. (2017). El abuso en el consumo de alcohol en la Comunidad indígena de San Sebastián, Puebla. *El Cotidiano* 201, 97-106. Recuperado el 21 de Abril de 2021, de <http://revistastmp.azc.uam.mx/elcotidiano/index.php/rec/article/view/11/10>

Basantes, A., & Caiza, R. (2015). *Análisis de las potencialidades turísticas de la Comunidad AWA de la parroquia Lita, Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura, para la creación de un programa de turismo comunitario*. Quito: Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador. Recuperado el 15 de Mayo de 2021, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6040/1/T-UCE-0009-501.pdf>

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Becoña, E. (2011). *Bases Teóricas que sustentan los Programas de prevención de Drogas*. Valencia: Universidad Santiago de Compostela. Recuperado el 17 de Mayo de 2021, de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socio-droga

Berruecos, L. (2017). El abuso en el consumo de alcohol en la comunidad indígena de San Sebastián, Puebla. *El Cotidiano* (201), 97-106. Recuperado el 28 de Mayo de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/325/32549629011.pdf>

- Betancurt, S., Tacán, L., & Córdova, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 36-50. doi:10.22267/rus.171901.67
- Biolatto, L. (2018). Estrategias con adolescentes para prevenir el consumo problemático de alcohol: modalidades y ámbitos de aplicación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 48-66. Recuperado el 8 de mayo de 2021 de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n2/0121-7577-hpsal-23-02-00048.pdf>
- Bolet, M., & Socarrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 22(1), 25-31. Recuperado el 9 de mayo de 2021 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*. 18(2), 129-138. Recuperado el 11 de abril de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Campos, G., & y Lule, N. (s.f.). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3979972>
- Cano, E., & Merchán, J. (2019). Factores asociados a la salud renal en las comunidades indígenas en la Región Caribe Colombiana. *Repositorio Universidad Simón Bolívar*, 15-34. Recuperado el 21 de Abril de 2021, de http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/4523/Factores_Asociados_Salud_Renal_Comunidades_Ind%c3%adgenas_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Casas, J., Repullo, J., & y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*, 31(8), 527-538. doi:10.1016/S0212-6567(03)70728-8
- Castaño, G., & Calderón, G. (2015). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 739-746.

- Castelo, F., Miwa, M., & Vargas, D. (2018). Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária / Alcohol consumption in brazilian indigenous communities: a literary review. *Revista Federal do Conselho Federal de Enfermería*, 9(3), 8-12. Recuperado el 21 de Abril de 2021, de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1124/453>
- CIE-10. (1994). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos indígenas. (2006). *Informe general de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas*. México D: Catalogación en la fuente: GYVA. Recuperado el 27 de Mayo de 2021, de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/consulta_alcoholismo.pdf
- Cortés, M., Morales-Quintero, L., Rojas, J., Moral, M., Flores, V., & Rodríguez-Díaz, F. (2021). Patrones de consumo de alcohol y percepciones de riesgo en estudiantes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(1), 17-33. Recuperado el 29 de Mayo de 2021, de <https://www.aacademica.org/dr.jose.luis.rojas.solis/60>
- Cortés, M., e Iglesias, M. (2004). Generalidades sobre metodología de la investigación. Recuperado de <http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/contenido2.pdf>
- De la Fuente, J., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina*. Recuperado el 12 de abril de 2021 de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>
- Duque, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147. Recuperado el 16 de mayo de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67910203.pdf>
- Escarabajal, M. (2003). Alteraciones genéticas relacionadas con el alcoholismo. *Rev. Neurología*, 7(2), 47-80. Recuperado el 12 de mayo de 2021 de <https://neurologia.com/articulo/2002575>

- Espada, J., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17. Recuperado el 10 de abril de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Esperanza, P. (13 de 02 de 2017). El secreto de Islandia para que sus jóvenes dejaran de beber alcohol y de fumar. BBC. NEWS. Islandia, Islandia.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*. 14(1), 12-27. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/519/514>
- García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., & Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista cubana de medicina militar*. 33(3), 13-24. Recuperado el 19 de abril de 2021 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007
- García, T., Jiménez, F., & Llop, J. (2011). Programa de Prevención del Consumo de Alcohol y otras Drogas con Alumnos de Secundaria en la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) del Centro Penitenciario de Villabona (Asturias). 51(1), 81-95, Recuperado el 19 de abril de 2021 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007
- Gaviño, P., López, Á., & Arce, R. (2016). Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(2), 97-102. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de <https://www.fmc.es/es-tratamiento-intoxicacion-aguda-por-alcohol-articulo-S1134207216300159>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. doi: ISBN: 978-1-4562-2396-0
- INEC. (21 de Abril de 2021). *Ecuador en cifras*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos->

consumen-alcohol/?fbclid=IwAR2GgszYjr1Af3kzMf7hoMr-CfKy_E7Q2716l8GfBweIK4xb2sRPw5967CE

- Irles, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. . *Salud y drogas*, 1(1), 113-128. Recuperado el 17 de abril de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83910107.pdf>
- Lefio, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257-266. Recuperado el 16 de mayo de 2021 de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n4/257-266>
- López, E., Mota, N., Crego, A., Velásquez, T., Corral, M., Rodríguez, S., & Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. 26(4), 234-276. Recuperado el 3 de mayo de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289132934002.pdf>
- López, L., Martínez, Y., Martínez, E., Telumbre, J., Higuera, J., & Catalán, G. (2020). Consumo de Alcohol y Tabaco en indígenas Mexicanos con Diabetes Mellitus Tipo II. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 10(4), 35-43. Recuperado el 22 de Abril de 2021, de https://www.researchgate.net/profile/Geu-Catalan/publication/344497418_Consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_indigenas_mexicanos_con_diabetes_mellitus_tipo_2/links/5f7caa1d92851c14bcb35e51/Consumo-de-alcohol-y-tabaco-en-indigenas-mexicanos-con-diabetes-m
- López, V., Paladines, B., Vaca, S., Cacho, R., Fernández, J., & Ruisoto, P. (2019). Psychometric properties and factor structure of an Ecuadorian version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in college students. *PloS one*. 10(1), 124-163. Recuperado el 8 de abril de 2021 de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219618>

- Maquilón, J. (2010). Diseño y evaluación del diseño de un programa de intervención para la mejora de las habilidades de aprendizaje de los estudiantes universitarios. *Proyecto de investigación*.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31(2), 119-127. Recuperado el 16 de abril de 2021 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006
- Martínez, P., González, M., & García, J. (2000). Abordaje terapéutico de los alcoholismos. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 2(3), 183-193. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7096335>
- M, G., Martínez, C., & Guerra, L. (2018). El alcoholismo, una problemática actual. *Acta Médica del Centro*, 6(4), 11-19. Recuperado el 8 de mayo de 2021 de <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/231>
- Meneses, K., Cisneros, M., & Braganza, M. (2019). Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 293-308. Recuperado el 7 de marzo de 2021 de <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56259511009/index.html>
- Míguez, M., & Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*. 61(1), 124-164. Recuperado el 7 de marzo de 2021 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000100015
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública*. Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Recuperado el 18 de Mayo de 2021, de <https://n9.cl/48opb>

- Monasor, R., Jiménez, M., & Palomo, T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos adictivos*, 5(1), 22-26. Recuperado el 6 de abril de 2021 de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervenciones-psicosociales-alcoholismo-13045023>
- Montesinos, J., & Guerri, C. (2015). Consecuencias neuropatológicas y conductuales del abuso de alcohol durante la adolescencia. *Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Una mirada ecológica*. 2(7), 85-95. Se recupera el 5 de abril de 2021 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6998264>
- Nayeth, S. (2017). *Técnicas de Investigación y Documentación* (1era Edición ed.). Litoral: ESPOL. Recuperado el 5 de Mayo de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/316170196_TECNICAS_DE_INVESTIGACION_Y_DOCUMENTACION_1era_Edicion
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares*. Bogotá D.C.: ISBN: 978.958.56595-2(1), 3-7. Recuperado el 7 de abril de 2021 de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf
- Ochoa, E., & Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(213), 25-32. Recuperado el 26 de mayo de 2021 de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003
- Organización de Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de Drogas en las Américas*. Washington, D.C: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). doi: ISBN: 978-0-8270-6794-3.
- Organización Mundial de Salud. (2019). *Promover la Salud Preservar la Seguridad Mundial Servir a las Poblaciones Vulnerables*. Switzerland: Inís Communication. Recuperado el 19 de Abril de 2021, de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Alcohol y Salud de los Pueblos indígenas*. Panamá: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 28 de Mayo de 2021, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AlcoholYSaludIndigena06.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas*. Washington, D.C., Estados Unidos: ISBN: 978-92-75-32015-0. .

Ortiz, R., Torres, M., Bermúdez, V., Palacio, M., Rojas, M., Rodas, O., & Rojas, J. (2017). Consumo de alcohol y su dependencia en las poblaciones rurales de Cumbe y Quingeo. Cuenca-Ecuador. *Diabetes internacional*,9(2), 20-26. Recuperado el 1 de abril de 2021 de http://www.revdiabetes.com/images/revistas/2017/revdia1_2017/4consumo.pdf

Palomar, J. (1999). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud mental*, 22(6), 13-21. Recuperado el 14 de mayo de 2021 de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/770/769

Pilatti, A., Brussino, S., & Godoy, J. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un pata análisis prospectivos. *Revista de Psicología*,22(1), 1-22. Recuperado el 16 de mayo de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/264/26429848005.pdf>

Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervención*, 20(1), 75-94. Recuperado el 12 de abril de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818575008.pdf>

Quintanilla, L. y Sarriá, E. (2006). La investigación en intervención psicoterapéutica (I): Procedimientos experimentales, observacionales y meta analíticos. España: UNED.

Ramírez, A. (2015). *Metodología de la Investigación Científica*. Madrid: Repositorio Universidad Javeriana. Recuperado el 6 de Mayo de 2021, de <https://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/1.pdf>

Rehm, J., Rehm, M., Shield, K., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones*, 25(1), 11-18. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/67>

Rey, M. (2015). Genética molecular del alcoholismo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 483-494. Recuperado el 12 de mayo de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363525016.pdf>

Riofrio, D. (22 de Enero de 2020). Se busca prevenir el consumo de drogas en Ecuador mediante nuevo proyecto de ley. Quito, Pichincha, Ecuador.

Rodríguez, E., de Torres, L., Ruiz, A., García, J., Rejano, J., & Villalobos, A. (2019). Efectividad de programas formativos orientados al consumo de alcohol en atención primaria: revisión sistemática. *Atención Primaria*, 51(9), 536-547. Recuperado el 12 de abril de 2021 de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-185930>

Rodríguez, M., & Mandivelso, F. (2018). Tipos en Investigación clínica: Diseño de Investigación de corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf

Rodríguez, O., Baldo, R., & Cardoso, S. (2000). Consumo de alcohol: Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 255-259. Recuperado el 12 de abril de 2021 de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252000000300007&lng=es&nrm=iso

Rodríguez, R., Pedraza, M., & Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana de medicina militar*. 33(1), 231-243. Recuperado el 10 de marzo de 2021 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572004000100004&lng=es&nrm=iso

Romero, M., & Ruiz, A. (2015). Abuso de alcohol e intervención mediante habilidades sociales en estudiantes del colegio "Ezequiel Cárdenas Espinoza" Azogues-Ecuador". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 57-64. Recuperado el 12 de abril de 2021 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25145>

Rosa, M. (2003). *Los efectos y las consecuencias de las drogas y el alcohol*. AuthorHouse. Recuperado el 11 de marzo de 2021 de https://books.google.com.ec/books/about/Los_Efectos_Y_Las_Consecuencias_de_Las_D.html?id=8yUwSF-TLyIC&redir_esc=y

Ruisoto, P., Cacho, R., J.López, J., Vaca, S., & Jiménez, M. (2016). Prevalencia y perfil de consumo de alcohol en estudiantes universitarios en Ecuador. 30(5). doi:10.1016/j.gaceta.2016.02.008

Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Society for the Study of Addiction*, 11-16. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

Secretaría de la Salud del Distrito Metropolitano de Quito. (28 de Julio de 2020). *Quito Informa*. Obtenido de Quito Informa: <http://www.quitoinforma.gob.ec/2020/07/28/sipaq-ofrece-capacitaciones-de-salud-mental-y-prevencion-de-consumo-de-drogas-para-ambitos-laborales/>

Serecigni, J., Jiménez, A., Pascual, P., Flórez, G., & Contel, S. (2015). *Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL*.

- Suárez, R., Arroyo, G., Ferrer, B., & Ochoa, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), 212-242. Recuperado el 12 de abril de 2021 de <https://www.scielo.br/j/csp/a/DTKDGFRYy7sfjc6STq3SxwD/?lang=es>
- Valdés, M. (2009). La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos. *Revista electrónica Mapunet, Santiago de Chile*. Recuperado el 23 de mayo de 2021 de https://www.mapunet.org/documentos/mapuches/Evaluacion_impacto_de_proyectos_sociales.pdf
- Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=96>
- Zambrano, A., Donoso, E., Aguilera, S., Candia, A., & Allarcon, P. (2018). Influencia de la identidad cultural mapuche/lafkenche en la regulación del consumo de alcohol: la perspectiva de autoridades tradicionales mapuche/lafkenche del sector costero de la IX región de la Araucanía. *Revista Cambios y Permanencias*, 9(1), 325-356. Recuperado el 23 de Abril de 2021, de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistacyp/article/view/8443>

Anexo B (Ficha sociodemográfica)

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Datos Informativos:

Nombres:.....

Edad:.....

Lugar de nacimiento.....

Lugar de residencia.....

Sector donde vive:.....

Identificación étnica: Blanco__ Mestizo__ Indígena__ Afroecuatoriano__

Estado Civil: Soltero/a__ Unión Libre__ Casado/a__ Separado/a__ Divorciado/a__

Viudo/a__

Hijos: Sí__ No__ Cuántos_____

Identificación religiosa: Católico(a)__ Cristiano(a)/Evangélico(a)__ Testigo de Jehová

__ Mormón__ Creyente sin identificación religiosa__ Ateo__ Otra identificación__

¿Cuál?_____

Escolaridad: Primaria_____

Secundaria_____ Universitaria_____ Posgrado/doctorado_____

Estrato socioeconómico: Mala__ Regular__ Buena__ Muy buena__

Con quién vive actualmente: Solo__ Con mis padres__ Otro__

¿Cuál?_____

¿Usted posee en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo? ¿Este problema ha sido diagnóstica por un profesional? Si ¿cuál?

_____ No _____

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Edad de inicio del consumo de alcohol?
2. Actividades (sociales, familiares, ¿educativas y laborales) que realizaba antes del consumo de alcohol?
3. Actividades (sociales, familiares, ¿educativas y laborales) que realiza durante el consumo de alcohol?
4. ¿Frecuencia del consumo de alcohol? (marque con una x)

1 día a la semana	()
2 días a la semana	()
3 días a la semana	()
4 o más días a la semana	()

5. ¿Antecedentes familiares? (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos)

6. ¿Para usted es un problema el consumo de Alcohol?

Si ()

No ()

7. ¿Cree usted que ha existido algún problema a nivel familiar, social, laboral, educativo y legal por el consumo de alcohol?

Si ()

No ()

Explique_____

Alex Ayala Pasquel
Maestrante en Psicología Clínica
Mención Intervención

Anexo C: Test de Audit.

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	
Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.	
1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
4.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?
5.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?
6.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?
7.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
8.	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?
9.	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?
10.	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?