



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE
20 A 64 AÑOS. CONSULTORIO N. °4 DEL CENTRO DE SALUD
SAUCES 3, AÑO 2021.

AUTOR:

MACÍAS VÉLEZ, FRANCISCO DAVID

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

VÉLEZ DÍAZ, EVA RAMONA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Francisco David Macías Vélez*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Eva Ramona Vélez Díaz

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Francisco David Macías Vélez

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación *“Caracterización del consumo de alcohol en adultos de 20 A 64 Años. Consultorio N. °4 del centro de salud Saucos 3, año 2021”* previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Francisco David Macías Vélez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Francisco David Macías Vélez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Caracterización del consumo de alcohol en adultos de 20 A 64 Años. Consultorio N. °4 del centro de salud Saucos 3, año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Francisco David Macías Vélez

URKUND

Original

Document Information

Analyzed document	MACIAS CUSME MELVIN STAUN (UK-2022).pdf (ID126484008)
Submitted	2022-01-29T04:46:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	melvin.macias@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	xavier.sandivar.ucsg@analysis.urfund.com



Agradecimiento

Le agradezco a Dios y a mis padres: Flor y Arturo, por darme el regalo de la vida, enseñarme a tener criterio en la toma de decisiones y tener objetivos fijos en la vida. A mi esposa: Kattia Daza, por acompañarme en esta travesía de mi vida profesional y darme apoyo constante que siempre me hizo falta y finalmente, pero no menos importante, a todos los tutores y tutoras de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por su paciencia y compromiso, a nuevamente confirmarme que en la vida de un Médico, nunca se deja de aprender algo nuevo.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi hijo, Carlos Arturo, que aún esta creciendo dentro del cuerpo de su mamá. En un momento específico de mi vida, le enseñaré esta dedicatoria y le explicaré que el objetivo de superación personal en la vida, se ve enormemente influido por la presencia de hijos(as) y quieres ser mejor, para poder ofrecerle lo mejor. Trato de ser una mejor persona cada día porque tengo un padre y una madre a los cuales muchas personas me expresaron su admiración hacia ambos; quiero que sientas lo mismo que yo y que algún día digas “Quiero ser mejor que mi papá y mamá”.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS. CONSULTORIO N. °4 DEL CENTRO DE SALUD SAUCES 3, AÑO 2021 POSGRADISTA: DR. FRANCISCO DAVID MACÍAS VÉLEZ
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR.YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____
Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR.YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
2.2 FORMULACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
3.1 GENERAL.....	7
3.2 ESPECÍFICOS.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	8
4.1.1 HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	8
4.1.2 DEFINICIONES DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	8
4.1.3 EL ALCOHOL Y LA SOCIEDAD.....	11
4.1.4 EL ALCOHOL Y SUS EFECTOS NEGATIVOS EN LA SOCIEDAD.....	12
4.1.5 EL ALCOHOL Y LOS JÓVENES.....	14
4.1.6 EL ALCOHOL Y LESIONES.....	15
4.1.7 EL ALCOHOL Y LAS ENFERMEDADES.....	16
4.1.8 EL ALCOHOL Y LOS MEDICAMENTOS.....	19
4.1.9 EL ALCOHOL: ¿EXISTE UN CONSUMO CORRECTO?.....	20
4.1.10 EL ALCOHOL Y LAS POLÍTICAS.....	21
4.1.11 EL ALCOHOL Y SU COMERCIO.....	22
4.1.12 EL ALCOHOL Y SU IMPACTO EN PAÍSES EN VIAS DE DESARROLLO.....	23
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	24
5. MÉTODOS.....	26
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	26
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	26
5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	27

5.5.2 Criterios de inclusión.	27
5.5.3 Criterios de exclusión.	27
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	27
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	29
5.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
5.9 VARIABLES.....	30
5.9.1 Operacionalización de variables.....	30
CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	35
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	36
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESTADO CIVIL. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	36
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESCOLARIDAD. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	37
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR OCUPACIÓN. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	38
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	39
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	39
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CONSUMO DE BEBIDA ALCOHÓLICA EN UN DÍA. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	40
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR FRECUENCIA DE CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	41
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INCAPACIDAD DE PARAR DE CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS UNA VEZ COMENZADO. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	42
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE ACTIVIDADES INTERRUMPIDAS POR HABER CONSUMIDO ALCOHOL. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	43
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE NECESIDAD DE TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN AYUNAS. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	44
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR FRECUENCIA DE REMORDIMIENTO O SENTIMIENTO DE CULPA POSTERIOR A CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.	45
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR FRECUENCIA DE INCAPACIDAD DE RECORDAR LOS EVENTOS DE LA NOCHE ANTERIOR POSTERIOR A CONSUMO DE	

BEBIDAS ALCOHÓLICAS. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	46
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR FRECUENCIA DE DAÑOS A TERCEROS POR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	47
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR FRECUENCIA DE MANIFESTACIÓN DE PREOCUPACIÓN DE FAMILIARES/AMIGOS/PERSONAL DE SALUD POR CONSUMO DE ALCOHOL O PARA QUE DEJE DE BEBER. CONSULTORIO 4 MFC. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	48
Tabla 17: Distribución de la población según caracterización del consumo de alcohol. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Saucos 3. Año 2021.....	49

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....58

ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS.....60

Anexo 3: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol
(AUDIT).....61

RESUMEN

El alcohol ha sido un problema socio – economico que repercute en el campo de salud; a nivel mundial, su consumo se mantiene presente, aún con conocimiento total o parcial de los factores negativos del mismo. **Métodos:** Este trabajo tiene un nivel de investigación descriptivo, de tipo observacional, tipo prospectivo, de prevalencia o de corte transversal, basandose en la totalidad de pacientes de 20 a 64 años asignados al consultorio de Medicina Familiar N°4 del centro de salud Sauces III. Se obtuvieron datos sociodemográficos, antecedentes de los pacientes y se utilizó el test de AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) en la población que sea identificada como consumidora. **Resultados:** El sexo que predominó en la población fue el femenino existiendo 174 mujeres y el grupo etario general dominante estuvo entre los 20 – 24 años con un 13.4%, el 94% pertenece a la etnia mestiza, el 35.1% tienen como estado civil casado, el 44.9% tienen como escolaridad universitaria, el 30.1% trabajan por cuenta propia, el 86% de la población consume bebidas alcohólicas, existiendo una mayor prevalencia en el sexo masculino con un 88.3%. **Conclusiones:** Predominó la raza mestiza, el estado civil Casado, la escolaridad Universitaria, la ocupación por Cuenta propia. La mayoría de la población estudiada consume alcohol, con predominancia en el sexo masculino.

Palabras Clave: ALCOHOL; ETANOL; ALCOHOLISMO; CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS; SERVICIOS DE SALUD.

ABSTRACT

Alcohol has been a socio-economic problem that affects the health field; worldwide, its consumption remains present, even with total or partial knowledge of its negative factors. **Methods:** This work has a descriptive, observational, prospective, prevalence or cross-sectional research level, based on the totality of patients between 20 and 64 years old assigned to the Family and Community Medicine Doctor's office N° 4 of the Sauces 3 health center. Sociodemographic data and patient history were obtained, and the AUDIT test (Alcohol Use Disorder Identification Test) was used in the population that is identified as a consumer. **Results:** The sex that predominated in the population was female, with 174 women and the dominant general age group was between 20 - 24 years with 13.4%, 94% belonged to the mestizo ethnic group, 35.1% had married marital status, 44.9% have university education, 30.1% are self-employed, 86% of the population consumes alcoholic beverages, with a higher prevalence in males with 88.3%. **Conclusions:** The mixed race, married marital status, university schooling, and self-employment predominated. Most of the studied population consumes alcohol, predominantly in the female sex. **Keywords:** ALCOHOL; ETANOL; ALCOHOLISM; ALCOHOL DRINKING; HEALTH SERVICES.

1. INTRODUCCIÓN

El alcohol, líquido que ha estado en nuestra historia, causante de dependencia, presente en diferentes culturas y el consumo crónico de la misma provoca problema a nivel social y económica en todas las sociedades. Tanto en individuos como en sociedad, existen factores influyentes que determinan niveles y hábitos de consumo de alcohol, y estos mismos, cambian la magnitud de problemas relacionados al consumo de alcohol en las comunidades. Entre los factores ambientales podemos mencionar: El desarrollo económico, la cultura y obviamente, la disponibilidad del alcohol, así como las diferentes medidas de aplicación y cumplimiento de políticas. Para un nivel o hábito de consumo dado, las vulnerabilidades de una sociedad tendrán efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades. Aunque no exista un único factor de riesgo dominante, cuantos más factores vulnerables se unan en una persona, más probable será que esta persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de este. Entre los datos más relevantes que se pueden mencionar, según Informe mundial de situación sobre alcohol y salud 2018 (1), se pueden mencionar los siguientes:

1. Cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones.
2. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.
3. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.
4. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.
5. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y del comportamiento, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

6. Se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA.
7. El consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

En base a lo anteriormente dicho, se han realizado estudios previos con temáticas similares, ya que el alcoholismo esta dentro de las prioridades de salud mental del Ministerio de Salud Pública (MSP) clasificando el consumo de alcohol en atención primaria, usando el test de AUDIT en la población identificada como consumidora; por citar un ejemplo: “Prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en habitantes de la urbanización Manta Beach, Manabí, 2017” de la Dra. Miriam Raquel Álvarez López (2), en cuyas conclusiones refleja un preocupante 96.4% de consumo de alcohol en su población investigada, demostrando una vez más que el objetivo de disminuir la población consumidora de alcohol, no ha llegado a cifras metas.

Este trabajo investigativo, busca establecer una cifra estimada de prevalencia de consumidores de alcohol en una población determinada, tomando en cuenta diferentes factores que afectan a estos mismos y al entorno que lo rodea, desde un punto de vista médico, apoyándose en los criterios de las normativas y protocolos ofrecidos por el MSP del Ecuador (3), para buscar una aplicabilidad o método que permita disminuir la incidencia del consumo de alcohol de la población. El trabajo está constituido por: resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica y referencias bibliográficas.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, valoración y planteamiento.

A nivel mundial se estima que son 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que consumen un total de 6.2 litros de alcohol puro per capita a partir de los 15 años de edad, con una prevalencia del consumo perjudicial de alcohol del 7.5%, cuando el estudio se centra en aquellos que ya son reconocidos como bebedores, estas cifras cambian, el consumo de alcohol se eleva a 7.5 litros de alcohol puro per capita a partir de los 15 años y la prevalencia de consumo perjudicial se eleva hasta un 16%.

En el estudio de la Organización panamericana de la salud del 2016, en los cuales participaron sus 33 estados miembros de la región de las Américas, el cual se incluye Ecuador, se buscaron factores compuestos y se obtuvieron los siguientes datos:

- En liderazgo, concientización y compromiso, el Ecuador logró una puntuación de 29, cuando la media fue de 20.
- En respuesta de los servicios de salud en el cual se miden los tamizajes y programas especiales el Ecuador logro un puntaje de 73, cuando la media fue de 45.
- Acción a nivel mundial de la comunidad y en el lugar de trabajo, en el cual se mide la prevencion en escuela, el consumo e intervención en la comunidad, el Ecuador logró una puntuacion de 64, cuando la media fue de 20.
- Politicas y medidas sobre la conduccion bajo los efectos del alcohol, en el cual se mide el límite máximo de concentración del alcohol er el cuerpo, el cumplimiento de la ley, pruebas aleatorias de aliento y sanciones, el Ecuador logro una puntuación de 71, cuando la media fue de 45.
- Disponibilidad física del alcohol, en el cual se mide el límite de edad mas bajo para su consumo, control de ventas al por menor, horario de disponibilidad del alcohol, restricciones a la disponibilidad del alcohol, restricción de ventas en eventos específicos y espacios públicos sin alcohol. Al ser un factor negativo, el Ecuador logro una alarmante puntuacion de 86, muy por encima de la media que fue apenas de 40.

- Publicidad de las bebidas alcohólicas, el cual mide las restricciones jurídicas a la publicidad, restricciones jurídicas a la colocación de productos, restricciones jurídicas al patrocinio de las bebidas para eventos deportivos y juveniles, restricción de promociones de venta por parte de productores, minoristas, dueños de tabernas y bares. El Ecuador logró una puntuación de 31, cuando la media fue de 15.
- Políticas de precios, en el cual se mide ajuste del nivel de impositivo por inflación, asequibilidad de las bebidas alcohólicas y otras medidas relacionadas con los precios. El Ecuador no logró puntuación, debido a la falta de datos.
- Mitigación de consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica, la cual mide la capacitación de las personas que sirven el alcohol y etiquetas de advertencia de salud. El Ecuador logró la puntuación máxima de 100, cuando la media fue de 35.
- Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y de producción informal, el cual mide el uso de etiquetas o timbres fiscales en los envases de las bebidas alcohólicas, cálculos de consumo de alcohol no registrado, legislación de prevenir la producción y venta ilegales de bebidas alcohólicas. Nuevamente el Ecuador logró una cifra alarmante de 70, cuando la media fue de 38.
- Seguimiento y vigilancia, el cual mide el sistema nacional de vigilancia, y encuestas nacionales. El Ecuador logró una puntuación de 89, cuando la media fue de 40.

El presente trabajo investigativo determinó la prevalencia y clasificó el consumo del alcohol en la población comprendida entre los 20 a 64 años de edad, de la ciudadela de Sauces 5, manzanas 224, 228, 229, 232, 233, 236 y 239, atendidos en el consultorio 4 de medicina familiar del centro de salud Sauces 3 durante el año 2021. Cabe recalcar que, al no disponer de datos estadísticos previos al presente trabajo investigativo, se busca analizar la situación poblacional y establecer la gravedad del consumo de alcohol de la población; posteriormente, introducir los resultados obtenidos de la investigación en el centro de salud Sauces 3, y en base a ello proponer se incremente la experiencia y eficacia de los médicos generales, aumentando

su confianza y compromiso cuando trabajan con problemas de alcohol. Se consideran las numerosas dificultades que el trabajo puede presentar; nivel socio – económico – cultural, la no colaboración de los pacientes con la entrega de datos y miedo a algún tipo de discriminación social como principales barreras de este estudio, los cuales se enfrentarán con una correcta información médico – paciente sobre el estudio, de manera que él o la paciente pueda entender, comprender y mostrar disposición a colaborar con el personal médico para buscar soluciones a los problemas que se encuentren, aplicando una atención integral de calidad y calidez que se merece (4). Se utilizarán herramientas estadísticas, como el uso de encuestas, utilizando datos de la OMS (5) que, previo consentimiento aprobatorio, ayudará a establecer de mejor manera los datos que se requieren para realizar este trabajo investigativo, durante el periodo de tiempo y población anteriormente mencionada. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en su censo del 2012, 912.576 personas de 12 años y más afirmaron consumir alcohol, del cual, un 12% esta entre los 19 y 24 años (6) y en su encuesta del 2014, comunicó que Guayaquil es la Ciudad que más gasta al mes por consumo de alcohol, con \$ 6'597.928 en 164.419 hogares (7). Estas estadísticas nos llevan a cuestionar la falta de exigencia y conciencia del consumo del alcohol, ya que pese a ser un producto de exclusiva venta a mayores de 18 años, los números reflejan una realidad diferente, y la ausencia y falta de compromiso de entidades que regulen esta situación, pese a estar dentro de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el uso nocivo del alcohol (8).

2.2 Formulación

¿Cómo se caracteriza el consumo de alcohol en adultos de 20 a 64 años asignados al consultorio 4 del centro de salud Sauces 3?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Caracterizar el consumo de alcohol en la población de 20 a 64 años asignada al consultorio 4 del centro de salud Sauces 3 durante el año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar la prevalencia de consumo de alcohol en la población de estudio.
- Clasificar el consumo de alcohol según su cantidad, frecuencia y repercusión en la población de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 Historia del consumo de alcohol.

Como se había mencionado anteriormente el consumo de alcohol se viene dando desde mucho antes en nuestra historia, desde que la humanidad logró su capacidad de almacenar líquidos en contenedores de diferentes materiales, así mismo como su proceso de fermentación, usando líquidos obtenidos de diferentes granos y frutos de producción agrícola, se vislumbró el despertar de las bebidas alcohólicas y el consumo de estas. Con una enorme aceptación social y de amplio uso para diferentes fines, su uso estuvo presente en la mayoría de los rituales de diferentes culturas del mundo. El descubrimiento del alcohol, líquido con propiedades psicoactivas, viene del árabe *alkuhl* o *al-ghawl* cuya traducción literal es “toda sustancia pulverizada” o “líquido destilado”; se ha atribuido a diferentes personas en el pasar del tiempo; sin embargo, en estudios recientes se determinó que en el siglo IX el alquimista persa Muhammad ibn Zakarīyā al Rāzī (9), fue quien perfeccionó los métodos de destilación del alcohol, pero no se usó para crear bebidas alcohólicas.

Posteriormente en Europa, en principios del siglo XIV se le atribuye ampliamente al médico Arnau de Villanova la creación del “*Le Livre des Vins*” (El libro de los vinos) (10). Los diferentes tipos de bebidas alcohólicas tuvieron sus diferentes orígenes y épocas también, la cerveza y el es atribuida a los egipcios, para sus diferentes rituales, debido a sus efectos embriagantes, se le atribuya un vínculo con la espiritualidad. La cerveza durante esta época, fue algo similar a los impuestos de nuestra actualidad.

La cultura griega y romana ofrecía a modo de ofrenda el vino para sus diferentes deidades, incluso llegando a tener su respectivo representante, el dios del vino Dionisos, quién fue acogido por la cultura latina como Baco, de ahí proviene el nombre de la festividad conocida como “Bacanal”.

4.1.2 Definiciones del consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se determina en midiendo los gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de

unidades de bebida estándar. La OMS, define que una bebida alcohólica estándar contiene 13 gramos de alcohol. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. (11) El consumo perjudicial es aquel que logra consecuencias a nivel física y mental de la persona y que la OMS definió como un consumo regular de más de 40g de alcohol diario en mujeres y más de 60g diarios en hombres. El consumo excesivo episódico, se refiere al consumo, por un adulto, de al menos 60g de alcohol en una sola ocasión. La OMS definió los siguientes valores en las bebidas alcohólicas estándar:

- 330 ml de cerveza al 5%
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (como el jerez) al 18%
- 70 ml de licor o o bebida de aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Existen términos mal definidos que la OMS sugiere evitar usar, como son los siguientes:

Consumo moderado de alcohol: Es una expresión inexacta que describe un consumo opuesto al consumo excesivo. Una mejor expresión sería “consumo de bajo riesgo”.

Consumo razonable, consumo responsable y consumo social: No se logran definir pues dependen de valores éticos, sociales y culturales que varían en los países, las costumbres y los tiempos.

Consumo excesivo: no se recomienda usar este término, ya que supone la existencia de un límite de consumo menor al del consumo mencionado, considerado excesivo. Se prefiere hablar de consumo de riesgo.

Alcoholismo: Es un término longevo y de muchos significados. Se refiere al consumo crónico o periódico de alcohol, acompañado de la imposibilidad de controlar la ingesta, excesivos episodios de intoxicación y falta de preocupación al alcohol, incluso en conocimiento de sus consecuencias adversas. La inexactitud del término, hizo que un comité de la OMS sugiriera a descartar su uso, llegando a la decisión que el término síndrome de dependencia del alcohol era más correcto.

Abuso del alcohol: Un término corriente, de diversos significados. Ya que la definición de abuso puede ser interpretada de diferente manera de persona a persona, se recomienda usar los términos consumo perjudicial y consumo de riesgo.

Uso indebido del alcohol: Describe el uso del alcohol en forma no consistente con las normas legales o médicas, como el uso no médico de los remedios que requieren prescripción médica. Se recomienda usar el término consumo de riesgo.

La dependencia del alcohol se define como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos donde el consumo del alcohol se vuelve prioritario para el individuo, en contraste a otras actividades y responsabilidades que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia (12); algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol tienen más riesgo de probabilidades de presentar problemas de salud relacionados al consumo alcohol. Cualquiera sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres tienen un riesgo superior, debido a las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades. Esto se debe a que, en comparación con los varones, las mujeres tienen menor proporción de agua corporal en relación a su peso. El riesgo de muerte que existe comparando varones de mediana edad que pertenecen a grupos socioeconómicos bajos con varones de mediana edad de grupos socioeconómicos altos, llegan a incrementarse a un 25% y se lo atribuye al alcohol. El consumo de alcohol, daños colaterales y la dependencia coexisten. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás durante sus vidas. En la actualidad, se sigue estudiando la relación causal del consumo nocivo del alcohol con una serie de trastornos mentales y de comportamiento humano, además de enfermedades crónicas no transmisibles. Muchos estudios recientes establecen relaciones causales entre el consumo nocivo del alcohol y las probabilidades de presentar enfermedades como la tuberculosis y el VIH / SIDA. Y finalmente en el aspecto económico el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y

económicas importantes tanto a nivel personal como para la sociedad en conjunto. Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos factores de consumo: el total de alcohol etílico que se ha consumido y las diferentes características o hábitos de la forma de beber. El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados al consumo del mismo y repercuten no solo sobre la incidencia de enfermedades y otros trastornos de salud, si no también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

4.1.3 El alcohol y la sociedad.

El consumo de alcohol conlleva placeres de diversa índole. La creencia de que consumir una dosis pequeña de alcohol resulta bueno para la salud es tan vieja como la propia historia del alcohol y está arraigada en el saber popular. Cuando se pregunta a la población en general acerca de los efectos del consumo de alcohol, la mayoría de las respuestas se refieren más a sensaciones y experiencias positivas que negativas y hacen muy poca mención de los daños. El alcohol juega un rol importante en la vida social cotidiana; está presente en ocasiones sociales diversas, como bautizos, bodas y funerales; también está presente en la transición entre el trabajo y el juego, facilitando el intercambio social. A lo largo de la historia, y en diferentes culturas, el alcohol resulta ser un medio frecuente utilizado entre amigos para aumentar la diversión y disfrutar aún más la compañía del otro. Los beneficios para los que beben en encuentros sociales están determinados por la cultura, el ambiente en que se encuentran y las expectativas de los bebedores en cuanto a los efectos del alcohol. (13) Estas creencias acerca del alcohol son tan fuertes que las personas se tornan mucho más sociables si creen haber bebido alcohol, cuando en realidad no lo han hecho. Una buena razón para beber es que el alcohol mejora el ánimo de las personas a corto plazo. Ciertamente, existe gran cantidad de evidencias en lo que respecta a los efectos inmediatos del alcohol: mayor diversión, euforia, felicidad y estado de ánimo positivo, sentimientos que se experimentan más al beber en grupo que bebiendo solo y que están muy influidos por las expectativas que se tienen de

estos efectos. En los pocos estudios disponibles sobre personas que dicen haberse beneficiado psicológicamente por el consumo de alcohol, el número de beneficios se correlacionaba con la cantidad de alcohol consumido y con la frecuencia de los consumos más intensos. Por supuesto, quienes más bebían eran los que más posibilidad tenían de presentar problemas relacionados con el consumo y el promedio de beneficios que recibían por consumir alcohol tendía a disminuir en este caso. Aunque los beneficios psicosociales del alcohol más comunmente reportados son disminución del estrés, mejora del estado de ánimo, más sociabilidad y relajación, aún no ha sido estudiada la efectividad del alcohol comparada con otros medios para reducir enfermedades asociadas con el estrés.

4.1.4 El alcohol y sus efectos negativos en la sociedad.

Muchas veces se bebe alcohol por sus efectos intoxicantes y numerosos bebedores, en particular los jóvenes, consumen alcohol para intoxicarse, es decir, para emborracharse, haciéndolo en forma deliberada y consciente. Esta intoxicación es una causa común de daños sociales. El riesgo de sufrir las consecuencias negativas del alcohol se incrementa proporcionalmente con la cantidad de alcohol consumido, sin que existan evidencias de un efecto umbral. El aumento de los riesgos en los niveles inferiores de consumo se debe a los bebedores ligeros, que toman poco alcohol y que ocasionalmente consumen una cantidad mayor a la habitual. Los daños sociales ocasionados por terceros que consumen alcohol son también comunes y generalmente sus consecuencias son menos graves. Además, se dan otro tipo de consecuencias, aunque menos comunes, como ser acosado en público o en fiestas privadas, ser insultado o sentir temor por la presencia de personas alcoholizadas; así como otras, de mayor gravedad, como ser lastimado físicamente o que se causen daños a la propiedad. Diversos estudios muestran que sólo una pequeña proporción de la población sufre daños en forma repetida y de distintas maneras; son los jóvenes y las mujeres que informan de mayor ingesta de alcohol por año o que tienen episodios de intoxicación más frecuentes y asisten más a menudo a lugares públicos donde se bebe alcohol, son quienes más probabilidades tienen de ser afectados por

el consumo de otras personas. La conducta alcohólica de una víctima de daños causados por otros bebedores es muy similar a la conducta alcohólica de aquellos que sufren distintos tipos de daños sociales a causa de su propio consumo de alcohol.

Una amplia proporción de las agresiones y los crímenes violentos involucran a una o más personas que han estado bebiendo antes de que ocurra el hecho; un promedio de entre 40 y 50% de los crímenes violentos han sido cometidos por personas en estado de ebriedad, aunque esta proporción varía en cada país y cultura. Existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de involucrarse en hechos de violencia, e inclusive en homicidios, más frecuentemente a causa de intoxicaciones que por consumo en general.

Ha quedado demostrado, a través de numerosos estudios, que los bebedores corren mucho más riesgo de verse involucrados en actos violentos y que igualmente se ven mucho más expuestos a ser víctimas de la violencia. El consumo excesivo episódico, la frecuencia con que se consume y el volumen de consumo son factores que están independientemente asociados con el riesgo de provocar o sufrir agresiones, apareciendo como el factor más importante la frecuencia del consumo.

Numerosos estudios transversales han demostrado la estrecha relación entre consumo excesivo y el riesgo de crisis matrimonial, pero sólo unos cuantos estudios bien diseñados han demostrado que existe un riesgo significativamente mayor de separación o divorcio entre bebedores intensos, en comparación a otros. El consumo abusivo de alcohol en el marido aumenta el riesgo de violencia matrimonial de modo dependiente de la dosis. Asimismo, parece ser que el tratamiento de la dependencia de alcohol reduce la violencia en la pareja.

Las mujeres con problemas relacionados con el alcohol tienen frecuentes problemas maritales, y tienen menos confianza en poder resolver los desacuerdos con su pareja. Las mujeres dependientes presentan una mayor incidencia de agresiones de sus cónyuges y las que son víctimas de violencia a causa del alcohol tienden a beber más. (14) Un gran número de estudios indican que diversos trastornos psíquicos y del comportamiento de la infancia son más frecuentes entre hijos de bebedores que otros. Algunos informes recientes, que provienen de estudios bien diseñados, han mostrado que existe

un mayor riesgo de abuso de menores en familias con padres bebedores.

El consumo elevado de alcohol tiene como resultado un aumento del desempleo e ingresos potencialmente menores, si se lo compara con consumos menores. El mayor consumo o intoxicación con alcohol incrementa el riesgo de ausentismo por enfermedad y de suspensiones disciplinarias, lo que causa disminución en la productividad; rotación de personal por muerte prematura; problemas disciplinarios o baja productividad a causa del uso de alcohol; mala conducta, que redundo en medidas disciplinarias; robo y otros delitos; mala relación entre los compañeros de trabajo y baja moral en la compañía.

4.1.5 El alcohol y los jóvenes.

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga que tiene mejor disponibilidad física. Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. Aunque la mayoría de los niños de entre diez y catorce años aún no han comenzado a beber, la adolescencia temprana es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol como se mencionó anteriormente en los estudios de la OMS. Aunque padres y/o representantes legales pueden sentir alivio de que sus hijos adolescentes “solamente” beben, es importante recordar que el alcohol es una poderosa droga psicoactiva. El alcohol no sólo afecta la mente y el cuerpo muchas veces de manera impredecible, además, los adolescentes aún no tienen las habilidades de criterio y resistencia para manejar el alcohol con prudencia. ¿Qué sucede entonces?: Los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol son una importante causa de muerte y discapacidades entre los jóvenes. El uso de alcohol también está relacionado con muertes en la juventud por ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio. Los adolescentes que usan alcohol tienen más probabilidades que los adolescentes que no consumen alcohol de ser sexualmente activos a edades más tempranas, de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección. Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo. Los adolescentes que beben tienen más probabilidades de tener

problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar. El individuo que comienza a beber como adolescente tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol. Los análisis de las encuestas escolares en varios países, indican que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. Más aún, aunque no se contaba con datos sobre daños, las investigaciones recientes indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo a desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida (15). Además, las consecuencias agudas del consumo en menores incluyen muerte y lesiones no intencionales asociadas con manejar o llevar a cabo otras labores de riesgo luego de beber, homicidio y violencia, intentos de suicidio, abuso sexual, comportamiento sexual de riesgo, vandalismo y daños a la propiedad. Además, estas consecuencias parecen ser más severas en aquellos que comienzan a beber en una edad más temprana. El consumo excesivo episódico es especialmente más elevado en jóvenes. Otro estudio demostró que el inicio temprano del consumo del alcohol está relacionado con el abuso de drogas, delincuencia, comportamiento antisocial en la vida adulta y fracaso educativo. Existen evidencias de que los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas. Esto puede causar daño fisiológico en el cerebro porque este madura hasta los 25 años de edad; incrementa de cuatro a cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia del alcohol; y puede tener consecuencias agudas que juegan un papel significativo en las estadísticas de mortalidad, como accidentes automovilísticos, homicidios, suicidios y ahogamientos.

4.1.6 El alcohol y lesiones.

El riesgo de beber y conducir se ve incrementado tanto por la cantidad de alcohol consumido como por el número de episodios ocasionales de consumo excesivo. Comparaciones realizadas entre la concentración de alcohol en sangre de conductores en accidentes y de conductores no implicados en accidentes, generan curvas con un 38% más de riesgo de causar accidentes

si la concentración de alcohol en sangre es de 0.5 g/l y casi cinco veces más si el consumo es de 1.0 g/l. Los riesgos son más elevados en el caso de accidentes graves o fatales, accidentes de un solo vehículo y en jóvenes. El uso de alcohol aumenta tanto la posibilidad de ingresar en un hospital por lesiones causadas por el manejar en estado de ebriedad, como la gravedad de las lesiones. Existe una relación entre el uso de alcohol y el riesgo de causar lesiones y accidentes fatales y no fatales. El riesgo de sufrir una lesión luego de haber consumido más de 60g de alcohol, en un período de seis horas, era 10 veces mayor para las mujeres y dos veces para los varones. Aquellas personas que en general beben poco, pero que a veces se involucran en episodios de alto consumo, se hallan en una particular situación de riesgo. El alcohol incrementa el riesgo de ingreso a las emergencias hospitalarias de forma dosis dependiente; entre 20% y 80% de las admisiones en las emergencias hospitalarias están relacionadas con el alcohol. El alcohol altera el tratamiento de los pacientes con lesiones y puede llevar a que surjan complicaciones quirúrgicas y una mayor probabilidad de muerte. (16) El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo grave en lo que respecta a suicidios y comportamiento suicida, tanto entre jóvenes como entre adultos. Existe una relación directa entre consumo de alcohol y el riesgo de suicidio o intento de suicidio, que es más fuerte por intoxicación que por consumo en general.

4.1.7 El alcohol y las enfermedades.

Existe consistencia entre diversos estudios en cuanto a que quienes padecen depresión y trastornos del estado de ánimo tienen mayor riesgo de dependencia de alcohol y viceversa. Los dependientes del alcohol muestran un riesgo entre dos y tres veces mayor de padecer trastornos depresivos y existen evidencias de un continuo en la magnitud de la comorbilidad como función del nivel de consumo de alcohol. Existen diversos mecanismos biológicos a través de los cuales el consumo de alcohol puede ocasionar trastornos depresivos (17).

Un estudio realizado en Estados Unidos comprobó que, en un año cualquiera, 11% de las personas con síntomas de depresión eran alcohol-dependientes.

A la inversa, 20% de las personas dependientes de alcohol presentaban un trastorno depresivo serio. Aunque la depresión puede preceder al alto consumo o los trastornos por el uso de alcohol, existe una importante comorbilidad, en donde el inicio de los trastornos por el consumo de alcohol precede al inicio de los trastornos depresivos. Muchos de los síndromes depresivos mejoran significativamente a los pocos días o semanas de comenzar la abstinencia. Independientemente de cómo se mida el consumo de alcohol, el riesgo de dependencia se inicia con niveles bajos de ingesta y aumenta directamente con el volumen de consumo y con el patrón de consumos excesivos ocasionales.

Los dos factores que contribuyen al desarrollo de la dependencia del alcohol son el reforzamiento psicológico y la adaptación biológica dentro del cerebro. El alcohol, en pequeñas dosis, reduce el riesgo de padecer enfermedades coronarias. En contraposición a algunos estudios de baja calidad, ciertos estudios de alta calidad objetivamente definidos muestran que el efecto preventivo es menor. Una revisión de estudios de alta calidad descubrió que el riesgo de padecer enfermedad coronaria disminuía a 80% del nivel de los no bebedores consumiendo 20g (dos tragos) de alcohol por día, la mayor parte de la reducción en el riesgo ocurrió al nivel de un trago cada dos días.

Más allá de dos tragos diarios, el riesgo de padecer problemas cardíacos aumenta, riesgo que excede el de un abstemio, si el nivel de consumo es superior a 80g por día. El efecto del alcohol, en lo que respecta a reducir los riesgos, es sólo de relevancia en personas de mediana edad y en adultos mayores, que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas. La relación entre consumo de alcohol y el riesgo de padecer enfermedades coronarias es biológicamente factible e independiente del tipo de bebida que se consuma. El consumo de alcohol aumenta el nivel del colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad por sus siglas en *inglés*).

El HDL remueve las acumulaciones de grasa de las arterias y, por lo tanto, se lo asocia a un menor riesgo de muerte por enfermedad coronaria. Una ingesta moderada de alcohol tiene efectos favorables sobre las obstrucciones del flujo sanguíneo, reduciendo el riesgo de enfermedades cardíacas. Probablemente el impacto del alcohol sobre los mecanismos de coagulación sea inmediato y, ya que la modificación de los lípidos en los grupos de edad mayor tiene efectos

beneficiosos importantes para su salud, tal impacto, mediado por el aumento del colesterol HDL, puede tal vez ser logrado a través del consumo de alcohol por parte de personas de mediana edad y de adultos mayores.

Los cambios bioquímicos que pueden reducir el riesgo de enfermedades cardíacas son producto tanto de la cerveza, el vino o las bebidas artesanales y se deben tanto a los polifenoles como al etanol; a pesar de que el vino tinto tiene el más alto contenido de polifenol, los cambios químicos no están producidos por el jugo de uva o del vino al que se le ha quitado el alcohol.

El alcohol eleva la presión arterial e incrementa el riesgo de sufrir hipertensión de manera dosis dependiente. Así también incrementa el riesgo de sufrir arritmias cardíacas y muerte coronaria repentina, aún en personas que carecen de antecedentes cardíacos. La fibrilación atrial parece ser la forma de arritmia más común, inducida tanto por un consumo de alcohol elevado y sistemático, como por episodios de ingesta excesiva.

Otra consecuencia del consumo de alcohol son accidentes cerebrovasculares, de los cuales existen dos tipos: el isquémico, que ocurre luego del bloqueo de una arteria que lleva sangre al cerebro y el hemorrágico, causado por la ruptura de un vaso sanguíneo dentro del cerebro. El alcohol puede incrementar el riesgo de ambos tipos de accidentes, con una dosis respuesta más frecuente en los accidentes hemorrágicos. Los consumidores crónicos de alcohol suelen desarrollar, con el paso de los años, una entidad actualmente denominada "degeneración cerebelosa alcohólica," la cual fue originalmente descrita como "una forma restringida de degeneración cortical cerebelosa que se produce en pacientes alcohólicos."

De acuerdo con la descripción original, los hallazgos patológicos estaban confinados a la degeneración de las células de Purkinje localizadas en el vermis anterior y superior y en algunos casos se extendían hasta la corteza de los hemisferios cerebelosos. Las manifestaciones clínicas incluyeron signos y síntomas de disfunción cerebelosa de aparición subaguda o crónica, caracterizada por ataxia de marcha e incoordinación de las piernas con respecto relativo de los miembros superiores y ausencia de déficit del habla o de los movimientos oculares.

Si esta condición está relacionada con los efectos tóxicos directos del alcohol o de trastornos nutricionales sigue siendo controversial. Los datos

epidemiológicos sobre la degeneración cerebelosa alcohólica no son concluyentes. La prevalencia reportada en alcohólicos ingresados en clínicas de rehabilitación fluctuó entre el 33% y el 67% de los casos, y aquella observada en estudios de autopsia ha sido del 11% al 42%. No existen estudios que intenten evaluar la magnitud de este problema a nivel de la población en general.

Diversos estudios han intentado encontrar correlatos de degeneración cerebelosa alcohólica entre diferentes variables de consumo de alcohol. Los reportes sobre la asociación entre la ingesta de alcohol y la disfunción cerebelosa son incoherentes; algunos estudios muestran una relación directa, mientras que otros no informan asociación independiente o incluso una correlación inversa. De igual manera, la relación entre la cronicidad de la ingesta de alcohol y la gravedad de la disfunción cerebelosa no es concluyente; de acuerdo con un estudio reciente, es complicado separar el efecto independiente de la edad (18).

Tanto en hombres como en mujeres, el alcohol puede tener consecuencias negativas para la reproducción, el alcohol afecta las glándulas endócrinas y las hormonas de la reproducción masculina y puede reducir la fertilidad a causa de disfunción sexual y la producción deficiente de espermatozoides.

El consumo de alcohol durante los primeros años de la adolescencia puede suprimir la secreción de ciertas hormonas reproductivas femeninas, retrasando la pubertad y afectando adversamente la maduración del sistema reproductivo. Se ha comprobado que luego de la pubertad el alcohol perturba los ciclos normales de la menstruación y afecta la fertilidad.

4.1.8 El alcohol y los medicamentos.

La mezcla de alcohol con ciertos medicamentos podría provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, letargo, desmayos o pérdida de la coordinación. También podría ponerlo en riesgo de sufrir hemorragias internas, problemas del corazón y dificultades respiratorias. Además de estos peligros, el alcohol puede disminuir la acción terapéutica del medicamento e inclusive, hasta anularla por completo y convertirlo, así, en algo dañino o tóxico para el cuerpo. Algunos medicamentos, incluidos muchos de los analgésicos de mayor uso y

remedios para la tos, el resfrío y las alergias, contienen más de un compuesto químico que podría interactuar negativamente con el alcohol.

En general, las mujeres corren mayor riesgo que los hombres de desarrollar problemas con el alcohol. Cuando una mujer bebe, el nivel de alcohol en la sangre alcanza, normalmente, valores más altos aun cuando ambos hayan ingerido igual cantidad. Esto se debe a que el cuerpo de la mujer suele tener menos agua que el del hombre. Dado que el alcohol se mezcla con el agua del cuerpo, una cantidad determinada de alcohol alcanza mayor concentración en el cuerpo de la mujer que en el del hombre. Como resultado, la mujer es más susceptible a sufrir daños en órganos como el hígado, a causa del alcohol. (19)

Las personas mayores, particularmente, corren más riesgo de sufrir reacciones adversas debido a las interacciones entre el alcohol y los medicamentos. El proceso del envejecimiento disminuye la velocidad con la que el cuerpo metaboliza el alcohol, por lo que este permanece en el sistema por más tiempo. Usualmente, son las personas mayores quienes toman medicamentos que pueden interactuar con el alcohol; de hecho, por lo general, toman más de uno. Algunos de los ejemplos más comunes que podemos citar son la loratadina y la ceterizina, comúnmente usadas para las alergias, que por sí solas ya pueden lograr un efecto adverso de sensación de letargo y mareo, que en conjunto con los efectos del alcohol hacen una sinergia importante.

Los medicamentos para corregir hiperlipidemias como la simvastatina en conjunto con el alcohol pueden producir rubor o enrojecimiento de la cara y daño hepático. Otros medicamentos tipo analgésicos de uso muy común y que muchas veces los pacientes suelen combinar con alcohol son el ibuprofeno o el paracetamol, lo que podría desembocar en malestar estomacal, hemorragias, úlceras, daño hepático y arritmias cardíacas.

4.1.9 El alcohol: ¿existe un consumo correcto?

La forma en que se relacionan consumo de alcohol y muerte depende tanto de la distribución de las causas de muerte entre la población estudiada, como del nivel y patrón de consumo de alcohol de la población. Entre los más

jóvenes predominan las muertes por accidentes de tránsito y actos violentos; mientras que son extrañas las muertes por enfermedad coronaria. Esta situación se revierte entre los ancianos. En cualquier nivel de consumo, quienes consumen grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión corren mayores riesgos.

Por lo tanto, existe una relación positiva, y en gran medida lineal, entre consumo de alcohol y riesgo de muerte en poblaciones o grupos con índices bajos de enfermedad cardíaca coronaria. Por otro lado, la relación entre consumo de alcohol y riesgo de muerte en poblaciones con altos índices de enfermedad coronaria tiene forma de J o de U, en poblaciones de mayor edad. Al igual que con las enfermedades cardíacas coronarias, el nivel de consumo individual asociado a menores riesgos de muerte varía de país en país.

Es así que, estudios realizados en Europa del sur y central, con mayores niveles de consumo, muestran que el nivel de consumo asociado a los menores índices de muerte es alto. Se estima que en el Reino Unido el nivel de consumo de alcohol que presenta menores riesgos de muerte es de cero para mujeres de menos de 45 años, 3g por día para las de entre 45 y 64 años y 4g por día para mujeres mayores de 65 años. En el caso de los hombres, los niveles son de cero para los menores de 35 años, 2.5 g diarios entre 35 y 44 años, 9g por día entre 45 y 64 años y 11g diarios para 65 años o más.

Por encima de estos niveles, el riesgo de muerte aumenta en relación al incremento de consumo de alcohol (20). En el caso e los hombres que al morir tienen entre 35 y 69 años, el riesgo de muerte incrementa de 1,167 por cada 100 mil, con un consumo de 10g por día, a 1,431 por cada 100 mil, con un consumo de 60g o más por día. Entre mujeres el riesgo aumenta de 666 cada 100 mil, con un consumo de 10g por día, a 828 cada 100 mil, con un consumo de 60g o más por día.

4.1.10 El alcohol y las políticas.

Algunos países tienen respuestas políticas sofisticadas y bien desarrolladas para las consecuencias sociales y sanitarias del uso perjudicial de alcohol, aunque su implementación en el país varía de un estado a otro, e incluso de una región a otra. La mayoría de los países tiene políticas compatibles con las

últimas evidencias de las investigaciones, aunque en la práctica no se aplican. Fijar límites legales mínimos de edad ayuda a impedir que los jóvenes tengan un fácil acceso a las bebidas alcohólicas, ha demostrado ser una medida efectiva. Se pueden fijar límites legales a la edad para beber o adquirir alcohol, dentro o fuera de locales y para cada tipo de bebida.

En el caso del Ecuador el alcohol solo puede ser adquirido por aquellos que poseen la mayoría de edad, sin embargo, dentro de nuestra población existen costumbres como de enviar adolescentes a realizar la compra del alcohol por pedido de los padres y los dueños de los establecimientos al conocerlos como clientes regulares proceden a la venta del alcohol, lo que resulta muchas veces en la compra del alcohol por iniciativa del propio adolescente y su posterior consumo.

4.1.11 El alcohol y su comercio.

El consumo de alcohol implica la obtención de grandes ganancias por parte de los productores de bebidas alcohólicas, los publicistas y la industria de la hospitalidad, además de producir importantes ingresos fiscales para los gobiernos. Las bebidas alcohólicas, particularmente la cerveza, es considerada producto agrícola en los países desarrollados y en vías de desarrollo y cumplen un rol en las economías de estos países. La cerveza y los licores destilados también se pueden producir a escala industrial y su reglamentación puede quedar bajo la responsabilidad del ministerio de la industria. Aquí yace el conflicto de intereses para los gobiernos, quienes necesitan las utilidades generadas por las ventas de alcohol, pero que también tienen el deber de cuidar y proteger la salud y bienestar de sus poblaciones.

Se necesita un fuerte liderazgo político para implementar políticas de alcohol efectivas, a pesar de los desafíos, muchas veces vigorosos, de la industria del alcohol. Aunque muchos productores de alcohol tienen ciertas obligaciones con respecto a la salud pública, sus metas principales muchas veces se contraponen con ella. De particular preocupación es la globalización del mercado del alcohol, donde las compañías buscan ampliar sus mercados y por consiguiente que haya una mayor disponibilidad y consumo de alcohol.

La producción no reglamentada de alcohol es bastante común en muchos países y es fuente de ingresos para familias de escasos recursos y origen de alcohol de consumo muy barato. Este mercado es muchas veces responsable de productos de calidad y seguridad dudosa, o francamente mala, y hay informes de fatalidades y envenenamientos no fatales por bebidas con metanol y otros aditivos, que pueden ser perjudiciales para la salud.

Por consiguiente, en los lugares en los que estos mercados son significativos, las políticas de precios y de impuestos deberían estar a la par de políticas para regular estos mercados y aplicar las reglamentaciones. Las corporaciones transnacionales están constantemente interesadas en expandir sus mercados para aumentar sus ganancias. Los mercados en los países desarrollados han “madurado” y el consumo está estancado o en caída. Los productores globales de alcohol han identificado el potencial de crecimiento en las regiones “en vías de desarrollo”.

Centro y Sudamérica presentan un ligero incremento en el consumo per cápita adulto registrado en los últimos 40 años. Sin embargo, en esta tendencia general existen importantes subtendencias en la preferencia de bebidas: el consumo de vino ha declinado de manera dramática, el de cerveza tuvo un aumento substancial y el consumo de licores destilados también presenta un incremento significativo.

4.1.12 El alcohol y su impacto en países en vías de desarrollo.

La OPS ha definido desafíos significativos, relacionados con el desarrollo sustentable, disminuir la pobreza y mejorar los niveles de vida. Sin embargo, muchas veces ello provoca un mayor acceso a bebidas alcohólicas, a precios sumamente reducidos, lo cual causa un aumento en el consumo, así como en el uso perjudicial de alcohol. La promoción del alcohol y la poca conciencia de las consecuencias negativas de la ingesta, combinados con la falta de servicios de salud, dejan a los afectados sin ningún medio para recuperarse o tomar decisiones más saludables. Varios países son grandes productores de bebidas alcohólicas y las recaudaciones impositivas por las ventas proporcionan a los gobiernos una importante fuente de fondos. No obstante, incluso en países como EE.UU. y Canadá, donde las utilidades por alcohol

son considerables, el análisis de los costos ocasionados por el mal uso de alcohol indica que los mismos son mucho mayores que las ganancias que generan. En los países en vías de desarrollo no se han llevado a cabo estudios de análisis de costos, excepto un estudio piloto en Colombia, que analizó los costos conjuntos de alcohol y drogas, indicando que la mayoría de los costos del abuso de sustancias provienen más del alcohol que de las drogas ilícitas (21). Se estima que, en muchos de los países en vías de desarrollo, el consumo de licores caseros, de producción ilegal o de contrabando, continúa junto al consumo de bebidas alcohólicas de producción comercial. Esto es un desafío tanto en términos de conocimiento, puesto que es difícil registrar su consumo, como en términos de seguridad pública, puesto que no está reglamentada su producción o calidad. Por ejemplo, se estima que en la mayoría de los países latinoamericanos entre un 11% y un 55% del consumo de alcohol no está registrado según el estudio de la OMS anteriormente mencionado.

4.2 Antecedentes investigativos.

Como ya se había mencionado anteriormente, existen estudios de caracterización del alcohol en otras poblaciones, como en la ciudad de Manta, en la urbanización Manta Beach durante el año 2017, en donde se llegó a las conclusiones que la edad mínima para iniciar a beber era de 18 años y la edad máxima de 45 años con el género masculino como consumidor predominante y de la cual el 96.4% correspondía a consumo de alcohol perjudicial. Otro estudio que, si bien no es caracterización de una población, resalta los efectos del alcohol y su relación con los accidentes de tránsito, realizada en Guayaquil durante el año 2018 en los pacientes de la clínica Alborada, realizada por el Dr. Danilo Espinosa (22), donde se llegó a la conclusión que la mayoría de los ingresos estaban en el grupo etario comprendido entre los 18 a 39 años de edad, con prevalencia del género masculino, la mayoría conduciendo motos en estado de embriaguez, con un 51% de ellos ingresos en estado de intoxicación alcohólica grave.

Otro estudio significativo a nivel nacional fue realizado en la comunidad Atahualpa, de la provincia Pichincha, cuyo objetivo fue evaluar la magnitud de

la ingesta de alcohol en Atahualpa, así como sus consecuencias y la prevalencia de complicaciones neurológicas, publicado en el 2017, en una población de 277 participantes se estableció que la mayoría eran bebedores actuales y el 40% empezaron a beber por debajo de la edad legal de 18 años. El consumo semanal de alcohol fue admitido por el 81% de las personas, el 58% refirió consecuencias físicas relacionadas con la ingesta de alcohol, el 59% tuvo consecuencias sociales y el 51% reconoció la ingesta de alcohol como una carga económica. Las personas que comenzaron a beber por debajo de la edad legal estuvieron más a menudo involucradas en el consumo excesivo y consumieron más alcohol que aquellos que comenzaron a tomar después de los 18 años. La relación entre ingesta de alcohol y degeneración alcohólica cerebelosa se evaluó mediante el uso de la escala BARS, con el 14,6% de individuos con degeneración alcohólica cerebelosa clínicamente relevante (23).

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

El nivel de investigación del presente trabajo es descriptivo, porque se describió de manera sistemática las características de la población estudiada y su consumo de alcohol. No se buscó casualidad ni relaciones entre las variables de estudio.

5.2 Tipo de investigación.

De tipo observacional, porque el investigador se limitó a describir variables y no realizó una intervención directa sobre la población, con toma de datos de tipo prospectivo porque se utilizó fuentes primarias de recolección, con un estudio transversal de la población ya que las variables se miden en una sola ocasión y descriptivo de análisis univariado, por que no se asocian variables.

5.3 Diseño de investigación.

Es un estudio de prevalencia o de corte transversal, ya que nos permite estimar la prevalencia del consumo de alcohol en una población determinada en un tiempo específico.

5.4 Justificación de la elección del método

El método de investigación que se escogió es el más idóneo debido al tipo, nivel, diseño y el que mejor cumple la facilidad de responder la pregunta científica de la investigación, junto con sus objetivos.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio comprendió un total de 336 pacientes de 20 a 64 años de edad, de los cuales 174 son mujeres y 162 son hombres, asignados al consultorio de medicina familiar N°4 del centro de salud Sauces 3.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

Los pacientes fueron seleccionados en base a los datos de las fichas familiares de la población antes descrita.

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Personas que mostraron su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
2. Personas que residen de manera permanente en el sector correspondiente al consultorio N°4 de Medicina Familiar del centro de salud Sauces III.

5.5.3 Criterios de exclusión.

1. Discapacidad que impida la aplicación de las encuestas.
2. Pacientes que no sean posibles de contactar después de dos ocasiones para la aplicación del instrumento.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación previamente a la recolección de la información fue aprobada por el Comité de ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en su realización se cumplieron las normas éticas contempladas en la Declaración de Helsinki y los participantes expresaron su consentimiento para participar en el estudio de manera voluntaria y en forma escrita. (Anexo 1 consentimiento informado). En este estudio se realizó la recolección de datos mediante una encuesta de forma anónima con tres cuestionarios de autoaplicación. El primer cuestionario (Anexo2) que es de recolección de datos sociodemográficos y antecedentes personales del paciente elaborado por el investigador y validado por un grupo de expertos de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, constaba de un total de 7 preguntas de tipo variables nominales dicotómicas y politómicas cerradas donde la persona encuestada tuvo que elegir una respuesta de las dos opciones propuestas y politómicas cerradas donde los participantes tenían que elegir una respuesta entre múltiples opciones propuestas, todas las preguntas fueron exhaustivas

y excluyentes porque se consideró entre las alternativas todas las posibilidades que pueden existir.

Este cuestionario recogió información de aspectos socio-demográficos como son la edad, la cual se dividió en grupos quinquenales de 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años y 60-64 años, el estado civil hace referencia a la situación de la persona en relación a una pareja, comprendió las opciones de soltero, unión libre, casado, separado, divorciado o viudo; la etnia que es como se autoidentifican comprendía las siguientes opciones indígena, afroecuatoriano, negro, mulato, montubio, mestizo, blanco u otro; la escolaridad que se refería hasta que año estudiaron o cursaron comprendía opciones como ninguna o analfabetismo, primaria sin terminar, primaria terminada, secundaria, bachiller, universidad, posgrado (especialidad, maestría, doctorado); la ocupación que se refería a que actividad laboral se dedicaban o realizaban comprendía empleado público, empleado privado, cuenta propia, estudiante, jubilado, desempleado u otra, finalmente se realiza la pregunta del antecedente personal del consumo de alcohol, cuyas opciones solo comprenden en la respuesta de si y no.

El segundo cuestionario es el AUDIT (Anexo 3), consta de 10 preguntas, nos sirve para detectar personas con consumo de riesgo y dependencia alcohólica, clasificándolo según su puntuación obtenida: de cero a siete puntos, es consumo de bajo riesgo, de ocho a 15 puntos es consumo de riesgo de alcohol, de 16 a 19 puntos es consumo perjudicial de alcohol y de 20 a 40 puntos es dependencia alcohólica. El primer cuestionario será contestado por la totalidad de la población de estudio, mientras que el Test AUDIT serán contestados por aquellos que sean identificados como consumidores, en el rango de 20 a 64 años de edad y aquellos asignados al consultorio N°4 del centro de salud Saucos III, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Sexo	Encuesta
Edad	Encuesta
Autoidentificación étnica	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Consumo de alcohol.	Encuesta
Frecuencia del consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Cantidad de bebidas alcohólicas diarias consumidas	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de un episodio de consumo grave	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de incapacidad de parar de beber una vez se ha comenzado	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de actividades interrumpidas debido a consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de consumo de alcohol en ayunas	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de remordimientos o sentimientos de culpa después de haber consumido alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de incapacidad de recordar posterior a consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de daños a terceros posterior a consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Frecuencia de manifestación de preocupación por consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)
Caracterizar el consumo de alcohol	Psicometría (Test de AUDIT)

5.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0. Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
Edad	Edad	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años	Cuantitativa discreta
Autoidentificación étnica	Etnia	Indígena Afroecuatoriano Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco Otro	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado civil	Soltero Unión libre Casado Separado Divorciado Viudo	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria	Cualitativa ordinal

		terminada Secundaria terminada Secundaria sin terminar Universidad terminada Universidad sin terminada Posgrado terminado	
Ocupación	Ocupación	Empleado público Empleado privado Cuenta propia Estudiante Jubilado Desempleado Otra	Cualitativa nominal
Consumo de alcohol.	Consumo de alcohol.	Si No	Cualitativa nominal
Frecuencia del consumo de alcohol	Consumo de alcohol en un tiempo definido	Nunca Una o menos veces al mes De 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana	Cuantitativa Discreta
Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día.	Cantidad de consumo de alcohol en un día	1 o 2 3 o 4 5 o 6	Cuantitativa Discreta

		7, 8 o 9 10 o más	
Frecuencia de un episodio de consumo grave	Consumo de 6 o más bebidas de alcohol en un solo día	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	Cualitativa Nominal
Frecuencia de incapacidad de parar de beber una vez se ha comenzado	Frecuencia de veces que no ha podido detenerse una vez ha comenzado a tomar bebidas alcohólicas durante el último año	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	Cualitativa Nominal
Frecuencia de actividades interrumpidas debido a consumo de alcohol	Frecuencia de veces que no ha podido realizar actividades después de consumir bebidas alcohólicas durante el último año	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	Cualitativa Nominal
Frecuencia de consumo de alcohol en ayunas	Frecuencia de veces que ha consumido bebidas alcohólicas en ayunas durante el último año	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	Cualitativa Nominal
Frecuencia de remordimientos o sentimientos de culpa después de haber consumido alcohol	Frecuencia de veces que ha tenido remordimientos o sentimientos	Nunca Menos de una vez al mes	Cualitativa Nominal

	de culpa posterior a consumo de bebidas alcohólicas durante el último año	Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	
Frecuencia de incapacidad de recordar posterior a consumo de alcohol	Frecuencia de veces que no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior posterior a consumo de bebidas alcohólicas durante el último año	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario	Cualitativa Nominal
Frecuencia de daños a terceros posterior a consumo de alcohol	Frecuencia en que una persona o personas que han resultado heridas posterior a consumo de alcohol	No Si, pero no en el curso del último año Si, el último año	Cualitativa Nominal
Frecuencia de manifestación de preocupación por consumo de alcohol	Frecuencia en que un amigo / familiar / personal de salud ha manifestado preocupación por el consumo de alcohol o que sugiere que deje de beber	No Si, pero no en el curso del último año Si, el último año	Cualitativa Nominal
Caracterizar el consumo de alcohol con test de AUDIT	Clasificación del consumo de alcohol.	0 – 7 Consumo de bajo riesgo 8 – 15 Consumo de riesgo de alcohol 16 – 19 Consumo perjudicial de alcohol 20 – 40	Cualitativa Nominal

		Dependencia del alcohol.	
--	--	--------------------------	--

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de la población según edad y sexo. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
20 – 24	24	13.8	21	13	45	13.4
25 – 29	19	10.9	18	11.1	37	11.0
30 – 34	18	10.3	22	13.6	40	11.9
35 – 39	18	10.3	26	16	44	13.1
40 – 44	14	8.0	27	16.7	41	12.2
45 – 49	24	13.8	14	8.6	38	11.3
50 – 54	18	10.3	10	6.2	28	8.3
55 – 59	13	7.5	8	4.9	21	6.3
60 – 64	26	14.9	16	9.9	42	12.5
Total	174	100	162	100	336	100.0

Fuente: Encuesta

De acuerdo a los resultados de este estudio el sexo que predominó en la población fue el femenino existiendo 174 mujeres y el grupo etáreo general dominante estuvo entre los 20 – 24 años con un 13.4% que equivale a 45 personas. El resultado es similar a otro estudio en lo que refiere al sexo, predominando el femenino, pero difiriendo en el grupo etareo general predominando el grupo de 46 a 45 años representado por el 84% según Soledad Marlene Pesantes en su estudio patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en la población adulta en el año 2008 en Perú. (24) Otro estudio también predominó el sexo femenino pero el grupo etareo general predominante fue de 30 a 34 años con el 35% según Carlos Alberto Quisphe Molocho en su estudio de patrones de consumo de alcohol en el año 2016 en Perú. (25) Otro estudio donde el sexo que predominó fue el femenino, pero difirió en el grupo etario, según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 2: Distribución de la población según autoidentificación étnica. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Mestizo	163	93.7	153	94.4	316	94.0
Blanco	10	5.7	8	4.9	18	5.4
Otro	1	0.6	1	0.6	2	0.6
Total	174	100	162	100	336	100

Fuente: Encuesta

En el estudio la autoidentificación étnica que predominó fue la mestiza con un 94% que equivale a 316 personas. Comparando con otro estudio el resultado de nuestra investigación fue similar en el cual la etnia que predominó fue la mestiza con un 86.9% según Liliana Maribel Mocha Armijos en su estudio factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en el año 2014 en Cuenca (27)

Tabla 3: Distribución de la población por estado civil. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Estado Civil	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Casado	64	36.8	54	33.3	118	35.1
Soltero	42	24.1	72	44.4	114	33.9
Unión libre	38	21.8	29	17.9	67	19.9
Separado	16	9.2	1	0.6	17	5.1
Divorciado	11	6.3	3	1.9	14	4.2
Viudo	3	1.7	3	1.9	6	1.8
Total	174	100	162	100	336	100

Fuente: Encuesta

De acuerdo a los resultados de este estudio el estado civil que predominó fue de casado(a) con un 35.1% que corresponde 118 personas. El resultado

encontrado no fue similar al publicado en otro estudio en el que el estado civil que predominó fue el soltero según Soledad Marlene Pesantes en su estudio patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en la población adulta en el año 2008 en Perú. (24)

Comparando con otro estudio el resultado de nuestra investigación difiere con otro estudio en el cual el estado civil que prevaleció fue el soltero con un 83% según Liliana Maribel Mocha Armijos en su estudio factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en el año 2014 en Cuenca. (27)

El resultado de nuestra investigación fue similar al del otro estudio donde prevaleció el estado civil casado con un 42.4% según Castro Soriano Henry Washington en su estudio de consumo de alcohol y sus consecuencias en el año 2018 en Guayaquil. (28)

Tabla 4: Distribución de la población por escolaridad. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Escolaridad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Primaria sin terminar	1	0.6	0	0	1	0.3
Primaria terminada	7	4.0	5	3.1	12	3.6
Secundaria	21	12.1	15	9.3	36	10.7
Bachiller	64	36.8	65	40.1	129	38.4
Universidad	77	44.3	74	45.7	151	44.9
Posgrado/Especialidad	4	2.3	3	1.9	7	2.1
Total	174	100	162	100	336	100

Fuente: Encuesta

De acuerdo a los resultados de este estudio la escolaridad que predominó fue la universitaria con un 44.9% que corresponde a 151 persona. El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio en el que la escolaridad que predominó fue la secundaria según Soledad Marlene Pesantes en su estudio patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en la población adulta en el año 2008 en Perú. (24) También difiere con el resultado de otro estudio realizado cuya escolaridad que predominó fue la

secundaria con un 55.5% según Castro Soriano Henry Washington en su estudio de consumo de alcohol y sus consecuencias en el año 2018 en Guayaquil. (28)

Tabla 5: Distribución de la población por ocupación. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Cuenta propia	39	22.4	62	38.3	101	30.1
Empleado privado	35	20.1	41	25.3	76	22.6
Estudiante	25	14.4	32	19.8	57	17.0
Ama de casa	53	30.5	0	0	53	15.8
Empleado público	13	7.5	19	11.7	32	9.5
Desempleado	5	2.9	5	3.1	10	3
Jubilado	3	1.7	3	1.9	6	1.8
Otros	1	0.6	0	0	1	0.3
Total	174	100	162	100	336	100

Fuente: Encuesta

En la investigación la ocupación que predominó fue el de cuenta propia con un 30.1% seguido del empleo privado con un 22.6%. este resultado difiere de otro estudio donde predominó el empleado público con un 57% según Castro Soriano Henry Washington en su estudio de consumo de alcohol y sus consecuencias en el año 2018 en Guayaquil. (28)

Tabla 6: Distribución de la población según consumo de alcohol. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Consumo de alcohol	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Sí	146	83.9	143	88.3	289	86.0
No	28	16.1	19	11.7	47	14.0
Total	174	100	162	100	336	100

Fuente: Encuesta

En el estudio se comprobó que el 86% de la población, que equivale a 289 personas consumen consumen bebidas alcohólicas, existiendo una mayor prevalencia en el sexo masculino con un 88.3% (Tabla 6).

Tabla 7: Distribución de la población según frecuencia de consumo de alcohol. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de consumo de bebida alcohólica.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Una o menos veces al mes	9	6.2	15	10.5	24	8.3
De 2 a 4 veces al mes	134	89.9	127	88.8	261	90.3
De 2 a 3 veces a la semana	3	2.1	1	0.7	4	1.4
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo con los resultados de este estudio un 90.3% de la población tiene una frecuencia de bebida alcohólica de 2 a 4 veces al mes, que corresponde a 261 personas. El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 43.% de pacientes que tienen una frecuencia de bebida alcohólica de al menos una vez al mes según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 36.4.% de pacientes que tienen una

frecuencia de bebida alcohólica de al menos una vez al mes según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 8: Distribución de la población por consumo de bebida alcohólica en un día. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Consumo de bebida alcohólica diaria	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
1 o 2	129	88.4	125	87.4	254	87.9
3 o 4	14	9.6	17	11.9	31	10.7
5 o 6	3	2.1	1	0.7	4	1.4
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio un 87.9% de la población tiene una frecuencia de bebida alcohólica diaria de al menos 1 o 2 veces que corresponde a 261 personas. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 57% de pacientes que de 1 a 2 consumiciones diarias según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 31.5% de pacientes que de 1 a 2 consumiciones diarias según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 9: Distribución de la población por frecuencia de consumo episódico excesivo. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de consumo episódico excesivo.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Menos de 1 vez al mes	98	67.1	111	77.6	209	72.3
Nunca	44	30.1	30	21.0	74	25.6
Mensualmente	4	2.7	2	1.4	6	2.1
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio un 72.3% de la población, que corresponde a 209 personas tiene un consumo episódico excesivo en al menos de 1 vez al mes, es decir consume 6 o más bebidas alcohólicas en un día. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 58% de pacientes que tienen un consumo episódico excesivo de al menos una vez al mes según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato (29)

El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 37.9% de pacientes que nunca ha tenido un consumo episódico excesivo de alcohol según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 10: Distribución de la población según incapacidad de parar de consumir bebidas alcohólicas una vez comenzado. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Incapacidad de parar de beber una vez haber comenzado.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Nunca	132	90.4	123	86	255	88.2
Menos de 1 vez al mes	14	9.6	20	14	34	11.8
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo con los resultados de este estudio, el 88.2% de la población que corresponde a 255 personas no ha tenido problemas para detenerse a beber, una vez comenzado a consumir bebidas alcohólicas. El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 48% de pacientes que tienen problemas para detenerse a beber, una vez comenzado a consumir bebidas alcohólicas según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29)

El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 76.4% de pacientes que no ha tenido problemas para detenerse a beber, una vez comenzado a consumir bebidas alcohólicas según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú (26)

Tabla 11: Distribución de la población según frecuencia de actividades interrumpidas por haber consumido alcohol. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Actividades interrumpidas por haber consumido alcohol.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Nunca	142	97.3	142	99.3	284	98.3
Menos de 1 vez al mes	4	2.7	1	0.7	5	1.7
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio un el 98.3% de la población que corresponde 284 personas nunca ha interrumpido sus actividades por haber consumido alcohol. El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 47% de pacientes que refirieron que al menos una vez al mes no han podido hacer sus actividades por haber tomado bebidas alcoholicas según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 80.8% de pacientes que nunca ha interrumpido sus actividades por haber consumido alcohol. según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 12: Distribución de la población según frecuencia de necesidad de tomar bebidas alcohólicas en ayunas. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Necesidad de tomar bebidas alcohólicas en ayunas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Nunca	143	97.9	142	99.3	285	98.6
Menos de 1 vez al mes	3	2.1	1	0.7	4	1.4
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio un 98.6% de la población que corresponde a 285 personas refirió que nunca ha tenido necesidad de tomar bebidas alcohólicas en ayunas. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 64% de pacientes que refirieron que no han presentado la necesidad de beber bebidas alcohólicas en ayunas para recuperarse de haber bebido demasiado el día anterior. según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29)

El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 74.9% de pacientes que refirieron que no han presentado la necesidad de beber bebidas alcohólicas en ayunas para recuperarse de haber bebido demasiado el día anterior. según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 13: Distribución de la población por frecuencia de remordimiento o sentimiento de culpa posterior a consumo de bebidas alcohólicas. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de remordimiento/culpa después de haber consumido bebidas alcohólicas.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Nunca	108	74	105	73.4	213	73.7
Menos de 1 vez al mes	38	26	38	26.6	76	26.3
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo con los resultados de este estudio el 73.7% de la población que corresponde a 213 personas nunca ha sentido remordimiento o culpa posterior a consumo de bebida alcohólica. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 38% de pacientes que refirieron que no han presentado remordimiento o culpa posterior a consumo de bebida alcohólica. según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 60.6% de pacientes que refirieron que no han presentado remordimiento o culpa posterior a consumo de bebida alcohólica, según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 14: Distribución de la población por frecuencia de incapacidad de recordar los eventos de la noche anterior posterior a consumo de bebidas alcohólicas. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de incapacidad de recordar después de haber consumido bebidas alcohólicas.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Nunca	114	78.1	110	76.9	224	77.5
Menos de 1 vez al mes	29	19.9	32	22.4	61	21.1
Mensualmente	3	2.1	1	0.7	4	1.4
Total	146	100	143	100	289	100

Fuentes: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio un el el 77.5% de la población que corresponde a 224 personas refirieron nunca haber tenido incapacidad de recordar los eventos de la noche anterior posterior a consumo de bebidas alcohólicas. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 46% de pacientes que refirieron nunca haber tenido incapacidad de recordar los eventos de la noche anterior posterior a consumo de bebidas alcohólicas. según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 60% de pacientes que refirieron nunca haber tenido incapacidad de recordar los eventos de la noche anterior posterior a consumo de bebidas alcohólicas, según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 15: Distribución de la población por frecuencia de daños a terceros por consumo de bebidas alcohólicas. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de daños a terceros por haber consumido bebidas alcohólicas.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
No	142	97.3	142	99.3	284	98.3
Si, pero no en el curso del ultimo año	4	2.7	1	0.7	5	1.7
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio el 98.3% de la población que corresponde a 284 personas, no ha tenido algún evento en donde se haya lastimado a terceros por consumo de bebidas alcohólicas. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 73% de pacientes que refirieron nunca haber tenido algún evento en donde se haya lastimado a terceros por consumo de bebidas alcohólicas según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29)

El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 84.2% de pacientes que refirieron que no ha tenido algún evento en donde se haya lastimado a terceros por consumo de bebidas alcohólicas, según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 16: Distribución de la población por frecuencia de manifestación de preocupación de familiares/amigos/personal de salud por consumo de alcohol o para que deje de beber. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Frecuencia de manifestación de preocupación por consumo de alcohol	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
No	120	82.2	109	76.2	229	79.2
Si, pero no en el curso del ultimo año	26	17.8	34	23.8	60	20.8
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio el 79.2% de la población que corresponde a 229 personas no ha recibido manifestación de preocupación por parte de familiares/amigos/personal de salud por su consumo de alcohol o para que paren de beber. El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 51% de pacientes que refirieron nunca haber recibido manifestación de preocupación por parte de familiares/amigos/personal de salud por su consumo de alcohol o para que paren de beber. Según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) El resultado encontrado fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 85.2% de pacientes de pacientes que refirieron nunca haber recibido manifestación de preocupación por parte de familiares/amigos/personal de salud por su consumo de alcohol o para que paren de beber, según Victoria Morales González en su estudio impulsividad y su relación con el consumo de alcohol, en el año 2014 en Perú. (26)

Tabla 17: Distribución de la población según caracterización del consumo de alcohol. Consultorio 4 MFC. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Clasificación consumo de alcohol (AUDIT)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
Consumo de bajo riesgo (0-7)	133	91.1	126	88.1	259	89.6
Consumo de riesgo de alcohol (8-15)	10	6.8	16	11.2	26	9
Consumo perjudicial de alcohol (16-19)	3	2.1	1	0.7	4	1.4
Total	146	100	143	100	289	100

Fuente: Test de AUDIT

De acuerdo a los resultados de este estudio la clasificación de consumo de alcohol predominante fue el de bajo riesgo, con un 89.6% que equivale a 259 personas, con mayor predominio en el sexo femenino con un 91.1%. El resultado encontrado no fue similar al publicado en otro estudio existiendo un 36% de la población obtuvieron una puntuación equivalente a Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica según Chicaiza Monge María José en su estudio de consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en el año 2011 en Ambato. (29) En otro estudio existió un 38% de la población con un consumo de riesgo según Valencia Balseca Vanessa Gissela en su estudio del alcoholismo como factor de riesgo familiar en el año 2019 en Quito. (30) En otro estudio el resultado fue similar existiendo un consumo de bajo riesgo representado por el 46.1% según Soledad Marlene Pesantes en su estudio patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en la población adulta en el año 2008 en Perú. (31) En otro estudio el resultado fue similar existiendo un consumo de bajo riesgo representado por el 76% según Carlos Alberto Quisphe Molocho en su estudio de patrones de consumo de alcohol en el año 2016 en Perú. (25)

6 CONCLUSIONES

- Predominó la raza mestiza, el estado civil Casado, la escolaridad Universitaria, la ocupación por Cuenta propia.
- La mayoría de la población estudiada consume alcohol, con predominancia en el sexo femenino.
- El consumo de alcohol bajo riesgo se hizo evidente, caracterizando en frecuencia en una o menos veces al mes, con una o dos medidas estandar en un solo día, pero expresando un consumo episódico excesivo de una o menos veces en un mes, sin mayores repercusiones a terceros o preocupación por parte de familiares o personal de salud.

7 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de que la investigación se desarrolla con una población relativamente pequeña y específica, el valor de que la misma pueda ser identificada como consumidora activa de alcohol nos permite poder establecer futuros lineamientos que permitan disminuir las complicaciones que puede llegar a producir el consumo crónico de las bebidas alcohólicas. Es de acotar que durante la investigación no se suscitó ningún problema con los encuestados, pudiendo desarrollarse las encuestas de manera ágil y con total cooperación y consentimiento de los pacientes, lo que hace suponer que el trabajo puede extenderse a otras áreas de la urbanización sin que se presenten mayores inconvenientes, aunque el factor de “veracidad” en las respuestas de los encuestados siempre se debe tener presente. El instrumento estadístico se considero el más idóneo, porque le permite al paciente responder preguntas en términos sencillos y comunes que puedan entender. Se demuestra que la población no tiene un consumo de riesgo como tal, pero como se ha demostrado con los estudios, los episodios de consumo grave pueden llegar a ser más perjudiciales que un consumo diario perjudicial. Que estos resultados sirvan para futuras comparaciones con otros estudios similares y para creación de futuras estrategias educativas para mantener la buena salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras del alcohol. [Internet]; 2018. Consultado el 28/07/2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
2. Alvarez Lopez Miriam Raquel. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. [Internet].; 2017. Consultado el 30/07/2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26107/1/Miriam%20Raquel%20%c3%81lvarez%20L%c3%b3pez%20-%20Tesis%20-%20MAGISTER%20EN%20PSICOLOG%c3%8dA%20CL%c3%8dNICA.pdf>.
3. Ministerio de salud pública. Normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental. Dirección Nacional de Normatización. [Internet].; 2015. Consultado el 29/07/2019. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/normativa-protocolos-y-lineamientos-en-salud-mental/>.
4. Ministerio de salud pública. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. [Internet].; 2012. Consultado el 30/07/2019. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
5. Organización mundial de la salud. *Questions and answers on the prevention and control of alcohol-related harm. Manila, Philippines.* [Internet]. Manila, Philippines.; 2019. Consultado el 2020/07/30 [Solo en inglés]. Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMsdSmu8rqAhXihOAKHeEBCH4QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1247987%2Fretrieve&usg=AOvVaw2jKm-8wzYD5pd-III7jR-u>.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol. [Internet]; 2013. Consultado el 29/07/2019. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos->

consumen-alcohol/.

7. Organización mundial de la salud. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. [Internet]. Geneva, Switzerland; 2014. Consultado el 09/02/2020 [Disponible solo en inglés]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1.
8. Organización panamericana de salud. Calificación de las políticas en materia de alcohol. Informe Mundial. [Internet].; 2018. Consultado el 09/02/2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49679/9789275320457_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
9. Houchang D Modanlou. *A tribute to Zakariya Razi (865 - 925 AD), an Iranian pioneer scholar*. [Internet].; 2008. Consultado el 29/07/2020 [solo en inglés]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18976043/>.
10. Rodríguez Guerrero José. El Origen del Pseudo-arnaldiano Liber de vinis, Obra del magister Silvester (ca.1322-1328), y su Tradición Manuscrita en el Siglo XIV. [Internet].; 2013. Consultado el 29/07/2020. Disponible en: <http://www.revistaazogue.com/Azogue7-2.pdf>.
11. Organización panamericana de la salud. Alcohol y atención primaria de la salud. [Internet].; 2008. Consultado el 9/08/2020. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.
12. Matthew T. Reillya, Antonio Noronhaa, David Goldmanb y George F. Koobc. Genetic studies of alcohol dependence in the context of the addiction cycle. [Online].; 2017. Acceso 09 de 08 de 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233301/pdf/nihms-990927.pdf>.
13. García Gutiérrez Eulalia, Lima Mompó Gilda, Aldana Vilas Laura, Casanova Carrillo Pedro, Feliciano Álvarez Vladimir.. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. [Internet].; 2004. Consultado el 09/08/2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

65572004000300007&lng=es.

14. Å. Magnusson, C. Lundholm, M. Göransson, W. Copeland, M. Heilig y N. L. Pedersen. *Familial influence and childhood trauma in female alcoholism*. [Internet].; 2012. Consultado el 09/08/2020. Disponible [solo en inglés] en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648622/pdf/nihms-379755.pdf>.
15. BRIDGET GRANT, DEBORAH DAWSON. *AGE AT ONSET OF ALCOHOL USE AND ITS ASSOCIATION WITH DSM-IV ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. [Internet].; 1997. Consultado el 23/08/2020. Disponible [solo en inglés] en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.9819&rep=rep1&type=pdf>.
16. Organización panamericana de la salud. *Alcohol y salud pública en las americas: un caso para la acción*. [Internet].; 2007. Consultado el 09/08/2020. Disponible en: <https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf?ua=1>.
17. Breanne Hobden, Melanie L. Schwandt, Mariko Carey, Mary R. Lee, Mehdi Farokhnia, Sofia Bouhlal, Christopher Oldmeadow, y Lorenzo Leggio. *The Validity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in an Inpatient Sample with Alcohol Dependence*. [Internet].; 2017. Consultado el 09/08/2020. Disponible [solo en inglés] en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5550296/pdf/nihms870554.pdf>.
18. Lauren E. Fitzpatrick, Martin Jackson, Simon F. Crowe. *Characterization of Cerebellar Ataxia in Chronic Alcoholics Using the International Cooperative Ataxia Rating Scale (ICARS)*. [Internet].; 2012. Consultado el 25/08/2020. Disponible [solo en inglés] en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2012.01821.x>.
19. Insituto nacional de abuso de alcohol y alcoholismo. Reacciones

- adversas al mezclar bebidas alcohólicas con medicamentos. [Internet].; 2014. Consultado el 24/08/2020. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MedSpanish/medicine.pdf>.
20. Organización mundial de la salud. *Alcohol in the European Union*. [Internet].; 2012. Consultado el 23/08/2020. Disponible [solo en inglés] en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1.
21. Gloria Gómez Estrada. ESTIMACIÓN DECOSTOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. [Internet].; 2004. Consultado el 22/08/2020. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052004-estimacion-costos-ocasionados-por-el-consumo-de-alcohol-y-otras-drogas.pdf>.
22. Adrián Alberto Murillo Espinoza. Accidentes de tránsito por consumo de alcohol atendidos en la clínica Alborada. [Internet].; 2018. Consultado el 09/08/2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42906/1/CD%202964-%20MURILLO%20ESPINOZA%2c%20ADRI%c3%81N%20ALBERTO.pdf>.
23. Oscar del Brutto, Robertino Mera, Nathan King, Lauren Sullivan, Mauricio Zambrano. Alcohol: Consumo, Consecuencias y Complicaciones Neurológicas. Resultados del Proyecto Atahualpa. [Internet].; 2017. Consultado el 25/08/2020. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v26n2/2631-2581-rneuro-26-02-00151.pdf>.
24. Soledad Marlene Pesantes. Patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones en la población adulta en el año 2008 en Perú. [Internet].; 2008. Consultado el 10/08/2021. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjVyoqH3e3yAhWNSjABHcVjAAwQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fdspace.unitru.edu.pe%2Fbitstream%2>

Fhandle%2FUNITRU%2F7609%2FTesis%2520DoctoradoX%2520-%2520Soledad%2520M.%2520P.

25. Carlos Albeto Quispe Molocho. Consumo de alcohol en el año 2016 en Perú. [Internet].; 2016. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/235/Ps.%2010%20TESIS-%20Patrones%20de%20Consumo%20de%20Alcohol%20en%20estudiantes%20Universitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. Victoria Morales González. Impulsividad y su relacion con el consumo de alcohol en jovenes universitarios. [Internet].; 2014. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/7794/1/1080259475.pdf>.
27. Liliana Maribel Mocha Armijos. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, 2014. [Internet].; 2014. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21235>.
28. Castro Soriano, Henry Washington. Consumo de alcohol y consecuencias en pacientes adultos. Consultorio 8. Centro de Salud Santa Elena. Año 2018. [Internet].; 2018. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12187/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-81.pdf>.
29. Chicaiza Monge, María José. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INFLUENCIA EN CONDUCTAS AGRESIVAS, EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO PUJILÍ, DE LA CIUDAD DE PUJILÍ, PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO 2011 AGOSTO 2011. [Internet].; 2011. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/5531>.
30. Valencia Balseca Vanessa Gissela. La Parroquia de Yaruquí, el alcoholismo como factor de riesgo familiar, causas y consecuencias período marzo 2011-julio 2011. [Internet].; 2011. Consultado el

15/08/2021.

Disponible

en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18842/1/T-UCE-0013-CSH-114.pdf>.

31. SOLEDAD MARLENE PESANTES SHIMAJUKO. Patrones de consumo de alcohol, factores y repercusiones sociales en la población adulta en el año 2008. [Internet].; 2008. Consultado el 15/08/2021. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7609/Tesis%20DoctoradoX%20-%20Soledad%20M.%20Pesantes%20Shimajuko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de salud mental comunitaria. [Internet].; 2016. Consultado el 27/07/2019. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20de%20Salud%20Comunitaria.pdf>.
33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de atención integral del consumo nocivo del alcohol, tabaco y otras drogas. [Internet].; 2015. Consultado el 27/07/2019. Disponible en: https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller%2022-10-2015/PROTOCOLO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DEL%20CONSUMO%20DE%20ALCOHOL%20TABACO%20Y%20OTRAS%20DROGAS-1.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en la caracterización del consumo de alcohol en adultos de 20 a 64 años. Consultorio N°4 de Medicina Familiar del centro de salud Saucos III. Año 2021. He recibido la información por el médico: Francisco David Macías Vélez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 1312080813 y número de teléfono: 0989061143.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en llenar 2 cuestionarios, el primero para recolección de datos sociodemográficos y consumo de alcohol y segundo, el test de AUDIT.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es media hora.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mi información.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las

mismas.

Firma de paciente: _____

Cédula de identidad N.º _____

Fecha: _____

Anexo 2: Cuestionario para recolección de datos sociodemográficos.

ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Estimado (a) agradecemos de antemano su valioso aporte al participar en la presente investigación: Caracterización del consumo de alcohol en adultos de 20 a 64 años. Consultorio n.º 4 del centro de salud Sauces 3, año 2021. Al leer cada una de ellas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable. No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a cabo la presente recolección de información que se emprende.

Instrucciones:

- El cuestionario consta de 5 preguntas cerradas que serán respondidas de manera concisa y clara.
- Marque con una X dentro del rectángulo vacío según sea su respuesta (una sola respuesta).

1. ¿Cuál es su sexo biológico? Masculino Femenino

2. ¿Cuál es su edad?

20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años
40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años
60-64 años

3. ¿Cómo se autoidentifica étnicamente?

Indígena Afroecuatoriano Negro Mulato
Montubio Mestizo Blanco Otro

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero Unión libre Casado Separado
Divorciado Viudo

5. ¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar
Primaria terminada Secundaria
Bachiller Universidad
Posgrado

6. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado público Empleado privado Cuenta propia
Estudiante Jubilado Desempleado
Ama de Casa Otra

7. ¿Consume alcohol? SI NO

Anexo 3: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)

Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT).

Estimado (a) agradecemos de antemano su valioso aporte al participar en la presente investigación: Caracterización del consumo de alcohol en adultos de 20 a 64 años. Consultorio n. °4 del centro de salud Sauces 3, año 2021. Al leer cada una de ellas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable. No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a cabo la presente recolección de información que se emprende.

Instrucciones:

- El cuestionario consta de 10 preguntas cerradas que serán respondidas de manera concisa y clara.
- Escriba una X o un visto dentro del cuadro que considera su respuesta, (una sola respuesta).

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) Nunca (**Pase a las preguntas 9-10**)

(1) Una o menos veces al mes

(2) De 2 a 4 veces al mes

(3) De 2 a 3 veces a la semana

(4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(0) 1 o 2

(1) 3 o 4

(2) 5 o 6

(3) 7, 8, o 9

(4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

(0) Nunca

(1) Menos de una vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(0) No

(2) Sí, pero no en el curso del último año

(4) Sí, el último año.

Puntuación total



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Macías Vélez Francisco David**, con C.C: # **1312080813** autor del trabajo de titulación: **CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS. CONSULTORIO N. °4 DEL CENTRO DE SALUD SAUCES 3, AÑO 2021.** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 titulación 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de octubre del 2021.

f. _____

Nombre: **Macías Vélez Francisco David**

C.C: **1312080813**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS. CONSULTORIO N. °4 DEL CENTRO DE SALUD SAUCES 3, AÑO 2021.		
AUTOR(ES)	Francisco David, Macías Vélez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Eva Ramona, Vélez Díaz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica De Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados En Ciencia de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar Y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar Y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	63
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Psicología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Alcohol; Etanol; Alcoholismo; Consumo de Bebidas Alcohólicas; Servicios de Salud.		
RESUMEN/ABSTRACT: El alcohol ha sido un problema socio – economico que repercute en el campo de salud; a nivel mundial, su consumo se mantiene presente, aún con conocimiento total o parcial de los factores negativos del mismo. Métodos: Este trabajo tiene un nivel de investigación descriptivo, de tipo observacional, tipo prospectivo, de prevalencia o de corte transversal, basandose en la totalidad de pacientes de 20 a 64 años asignados al consultorio de Medicina Familiar N°4 del centro de salud Saucos III. Se obtuvieron datos sociodemográficos, antecedentes de los pacientes y se utilizó el test de AUDIT (<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>) en la población que sea identificada como consumidora. Resultados: El sexo que predominó en la población fue el femenino existiendo 174 mujeres y el grupo etario general dominante estuvo entre los 20 – 24 años con un 13.4%, el 94% pertenece a la etnia mestiza, el 35.1% tienen como estado civil casado, el 44.9% tienen como escolaridad universitaria, el 30.1% trabajan por cuenta propia, el 86% de la población consume bebidas alcohólicas, existiendo una mayor prevalencia en el sexo masculino con un 88.3%. Conclusiones: Predominó la raza mestiza, el estado civil Casado, la escolaridad Universitaria, la ocupación por Cuenta propia. La mayoría de la población estudiada consume alcohol, con predominancia en el sexo masculino.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593989061143	E-mail: bekraujis.vyras@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +59343804600 ext: 1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			