

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



RELACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON EL CONSUMO
DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE LA LOCALIDAD DE
COROICO - PRIMER TRIMESTRE 2016

Postulante: Lic. Rosmery Azurduy Jaliri
Tutora: PhD. Dra. Alejandra Salas Clavijo

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en
Salud Pública Mención Epidemiología**

La Paz - Bolivia

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su Inmenso Amor y Misericordia, por permitirme lograr esta hermosa meta.

A mi papá (+) y mamá, por todo su amor y apoyo incondicional para poder lograr mi objetivo y seguir adelante.

A mi esposo y a mis dos hijas, por su apoyo y ser los más afectados por mis horas de ausencia en el hogar para la culminación de esta meta.

La Facultad de Medicina de San Andrés, por haberme formado en el Post grado en Salud Pública mención Epidemiología.

A los Docentes, por compartir conmigo sus conocimientos, por toda su orientación para lograr mi superación.

A mis amadas e inseparables compañeras de estudio por todo su apoyo, paciencia y solidaridad en el transcurso del post grado. Mil gracias a todos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1 Antecedentes	3
2.2 Justificación	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Enfermedades No Transmisibles	7
3.1.1 Definición	7
3.2 Epidemiología	8
3.3 Bebidas Alcoholicas	9
3.4 Consumo de alcohol y su relacion con las enfermedades No Transmisibles	10
3.5 Clasificación del consumo de alcohol	10
3.5.1 Consumo de riesgo	10
3.5.2 Consumo perjudicial	11
3.5.3 Síndrome de dependencia alcohólica	11
3.8 Factores que influyen en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol	12
3.9 Factores Sociales	13
3.10.1 Equipo de salud	14
3.10.2 . Tratamientos conductuales	15
3.10.3 Tratamiento con medicamentos	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
7. OBJETIVOS	24
7.1 Objetivo General	24
7.2 Objetivos Específicos.....	24
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
9. HIPÓTESIS.....	25
9.1 Contexto o lugar de intervención.....	25
9.1.1 Ubicación Geográfica.....	25
9.1.2 Topografía.....	26
9.1.3 Población	26
9.1.4 Aspectos Socioeducativos	27
9.1.5 Aspectos Socioculturales	27
9.1.5.1 Origen Étnico.....	27
9.1.5.2 Religión.....	27
9.2 Mediciones	28
9.2.1 Unidad de observación.....	29
9.2.1.1 Características del operativo de campo.....	29
9.2.2 Marco Muestral.....	30
9.2.2.1 Criterio de inclusión y exclusión:.....	30
9.2.3 Plan de Analisis.....	31
9.2.4 Análisis Estadístico	31
10. RESULTADOS.....	32
11. DISCUSIÓN	42
12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.....	43
13. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	44

14.	CONCLUSIONES	44
15.	RECOMENDACIONES	46
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
17.	ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1 - Prevalencia del consumo de Alcohol según ciudad	5
Tabla Nº 2 - Prevalencia del consumo de alcohol según sexo.....	8
Tabla Nº 3 - Operacionalización de Variables.....	28

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº 1 - RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONSUMO DE ALCOHOL, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS, LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016.	33
CUADRO Nº 2 - FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016	35
CUADRO Nº 3 - PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS, LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016	36
CUADRO Nº 4 - CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE LA LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016	37
CUADRO Nº 5 - MEDIDAS DE RESUMEN DEL CONSUMO DE NÚMERO DE VASOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS AL DIA.....	38
CUADRO Nº 6 - CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016	39
CUADRO Nº 7 - FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,PRIMER TRIMESTRE 2016.....	40
CUADRO Nº 8 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	41

LISTA DE ACRÓNIMOS

ENT.- Enfermedades no trasmisibles

FR.- Factores de Riesgo

AUDIT. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al
Consumo de Alcohol

OPS.- Organización Panamericana de la Salud

OMS.- Organización Mundial de la Salud

CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima
Versión

CPE.- Constitución Política del Estado

INE.- Instituto Nacional de Estadística

CONALTID.- Consejo Nacional de Lucha contra el trafico ilisito de Drogas

CSDH.Comision sobre determinantes de la salud

RESUMEN

Introducción: El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de Salud Pública, por el daño individual y social que genera en las personas que las ingieren, sustentando sus efectos por el volumen de alcohol consumido. La dependencia del alcohol para el CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades), se define como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognitivas. Objetivo: Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el consumo de alcohol en la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, primer trimestre de 2016. Método: Es un estudio transversal analítico, con un muestreo no probabilístico, accidental con una muestra de 305 adultos. Resultados: Las variables sociodemográficos en relación con el consumo de alcohol estuvieron asociados, el nivel de instrucción ($X^2=6,73$ $p = 0,009$) y religión católica ($X^2=9,87$ $p = 0,002$), siendo la edad más frecuente en el rango de 31 a 60 años con el 73%; respecto al género los varones son los que consumen más frecuente (62,6%), en cuanto al estado civil, los casados y solteros consumen alcohol con más frecuencia 59 y 57%, gran parte de la población (58%) de los que trabajan consumen alcohol. Nueve de cada diez se auto identificaron como aymaras (89,5%), y el 77% son católicos. La prevalencia de consumo de alcohol fue de 57% en ambos sexos, el promedio de vasos de bebidas alcohólicas por día fue de 11 vasos, el 50% de los encuestados consumía 10 vasos o menos, siendo el rango de 39 vasos. Conclusión: En la localidad de Coroico el consumo de alcohol, no ha sido un área de interés en las investigaciones de los últimos años. Sin embargo, el uso de alcohol se asocia a factores de riesgo, como nivel de instrucción y la condición de ser católico. Por lo tanto, debe abordarse con acciones preventivas.

Palabras claves: Consumo de Bebidas Alcohólicas; Adulto Joven.

SUMMARY

Introduction: The consumption of alcoholic beverages is a problem of Public Health, for the individual and social damage that it generates in the people who ingest them, sustaining their effects by the volume of alcohol consumed. The dependence on alcohol for the ICD-10 (Tenth Revision of the International Classification of Diseases), is defined as a set of physiological, behavioral and cognitive manifestations. **Objective:** To determine the relationship of sociodemographic factors with alcohol consumption in the population from 18 to 60 years of age in the town of Coroico, department of La Paz, first quarter of 2016. **Method:** It is a cross-sectional analytical study, with a non-random sampling probabilistic, accidental with a sample of 305 adults. **Results:** The sociodemographic variables related to alcohol consumption were associated, the level of instruction ($X^2 = 6.73$ $p = 0.009$) and Catholic religion ($X^2 = 9.87$ $p = 0.002$), being the most frequent age in the range from 31 to 60 years with 73%; Regarding gender, males are the most frequent users (62.6%). Regarding marital status, married and single people consume alcohol more frequently 59 and 57%, a large part of the population (58%) of those who they work consume alcohol. Nine out of ten identified themselves as Aymaras (89.5%), and 77% are Catholics. The prevalence of alcohol consumption was 57% in both sexes, the average of glasses of alcoholic beverages per day was 11 glasses, 50% of the respondents consumed 10 glasses or less, being the range of 39 glasses. **Conclusion:** In the town of Coroico, alcohol consumption has not been an area of interest in the investigations of recent years. However, the use of alcohol is associated with risk factors, such as level of education and the condition of being Catholic. Therefore, it must be addressed with preventive actions.

Keywords: Consumption of Alcoholic Beverages; Young Adult

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es parte del problema de Salud Pública, es un tema social presente en todo el mundo. Afecta a las personas y las sociedades sustentando sus efectos determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, de esos el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres fueron atribuidas al consumo de alcohol. (1)

Asimismo, la OMS, refiere que el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En el mundo 320. 000 jóvenes entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad de este grupo etareo. (2)

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los factores de riesgo más graves para la salud a nivel mundial; además de la dependencia, está asociado con más de 60 enfermedades, incluyendo las lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedad cardiovascular, enfermedades neuropsiquiátricas y del desarrollo infantil y juvenil (3).

Este consumo nocivo de alcohol unido a otros hábitos como el tabaquismo, la alimentación mal sana y la inactividad física constituyen los principales factores de riesgo universalmente aceptados como los principales, que explican la aparición de una ENT.

La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública ya que se constituye en una de las enfermedades no transmisibles, donde las bebidas alcohólicas aparecen como parte de un factor más de aculturación (4).

El alcohol junto con el tabaco son las sustancias más usadas, y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas en la Región de las Américas. Esta población es especialmente vulnerable dados sus niveles de pobreza y el limitado acceso a la salud, la educación y otros servicios apropiados para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Uno de los problemas es la dependencia del alcohol para el CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades), como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognitivas.

Por tanto, el país se encuentra en el puesto 13 en el consumo per cápita de alcohol, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud realizado en América Latina y el Caribe. El ranking lo lidera Chile, con 9,6 litros de alcohol per cápita. Nuestro país está después de Colombia (6,2) con 5,9 litros per cápita y seguido de Costa Rica (5,4) (2).

Según el II estudio de CONALTID, Bolivia tiene una prevalencia de 70% es decir de cada 10 personas 7 consumen alcohol alguna vez en su vida, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 17 años, (5) es el principal responsable de las Enfermedades No Transmisibles donde el Estado a través del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y organizaciones no gubernamentales tienen problemas en reducir el consumo de acuerdo a las políticas que se tiene.

Sin embargo, la lucha contra el consumo de alcohol tiene el objetivo de reducir los índices de consumo, en la que se encuentran algunos obstáculos como ser no llegar a sectores urbano- rurales como es el caso de Coroico del departamento de La Paz, identificándolos como localidades en riesgo de consumo, por lo cual es posible suponer que las medidas preventivas existentes aún son ineficientes en estos sectores del departamento.

La presente investigación se desarrollo con el fin de obtener datos sobre el consumo de alcohol en la población de Coroico para precautelar los efectos de este en su salud, y plantear estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación en el manejo de personas adultas.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1 Antecedentes

En el 2012, unas 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron causadas por el consumo de alcohol; asimismo, el 5,1% de la carga mundial de enfermedades fue atribuida al consumo de alcohol (6). En las Américas durante el 2012, el consumo per cápita de alcohol fue un 24% más alto que el promedio mundial (7).

Por tanto, el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (8) El etanol, que es el principio activo de las bebidas alcohólicas, produce efectos adversos agudos y crónicos en la salud humana (9).

Tal es el caso de la intoxicación aguda, donde se puede presentar alteraciones en el sistema nervioso central, gastrointestinal, endocrino y en el equilibrio ácido básico del medio interno. En consumidores crónicos, se han comprobado efectos adversos nutricionales, neurológicos y hepáticos (9).

Asimismo, el consumo nocivo del alcohol se encuentra entre los cuatro principales factores de riesgo, a nivel mundial, para desarrollar enfermedades, discapacidades u ocasionar la muerte (10).

Las ENT para el año 2010 fueron responsables del 60% de todas las defunciones y el 46% de la carga mundial de morbilidad; se espera que para el

año 2020 estas cifras asciendan y sean la causa del 73% de las defunciones y el 47% de la carga mundial de morbilidad (11).

El "*Segundo Estudio de Drogas 2014*", elaborado por Consejo Nacional de Lucha Contra el Trafico Ilicito de Drogas, "CONALTID" 2014, presento una información sobre la prevalencia de consumo de drogas lícitas donde refiere que "El alcohol en Bolivia es sin lugar a dudas la sustancia más consumida en el país, se muestra una relación de la prevalencia de mes, año y vida de su consumo. Como se puede apreciar la prevalencia de vida es 69,38%; es decir, que 69 personas de cada 100 han consumido alcohol alguna vez en su vida, la prevalencia de año es de 48,53% y la prevalencia de mes es de 23,01% (12).

Por tanto, la alta prevalencia e incidencia de consumo de alcohol, es un problema de salud a nivel mundial, en Bolivia, esta patología se encuentra entre las principales causas de morbilidad, así como, de mortalidad; en el departamento de La Paz ocurre el mismo problema, la población que se encuentra en este departamento son vulnerables a presentar el consumo de alcohol y más aún si hablamos de grupos étnicos, como es el caso de la población de estudio de la presente investigación, que durante mucho tiempo y aún en la actualidad sufren de discriminación y falta de igualdad de oportunidades.

En este sentido, un análisis por ciudad revela que el consumo de alcohol presenta prevalencias de vida mayores que el promedio nacional para las ciudades de La Paz, Oruro, Trinidad, Sucre y Santa Cruz; mientras que las prevalencias de año (consumo reciente) resultan mayores las ciudades de La Paz, Oruro, Santa Cruz y Sucre. Finalmente, las prevalencias de consumo actual (prevalencia de mes) se presentan en Oruro, Potosi, Trinidad y Cochabamba presentan prevalencia mayores al promedio de consumo reciente (12).

Tabla N° 1 - Prevalencia del consumo de Alcohol según ciudad

CIUDAD	CONSUMO AL		VIDA
	MES	AÑO	
BOLIVIA	23.01	48.53	69.38
Sucre	21.10	51.51	71.37
La Paz	28.51	57.26	77.67
Cochabamba	24.27	49.11	66.92
Oruro	31.52	57.22	74.74
Potosí	25.91	40.60	56.53
Tarija	13.36	37.17	61.60
Santa Cruz	22.41	49.14	71.11
Trinidad	25.45	46.83	72,52
Cobija	20.18	34.77	58.27
El Alto	17.49	40.85	63.63

Fuente: Datos obtenidos de CONALTID-2014

2.2 Justificación

El presente estudio hace referencia a una población considerada turística, con aparente situación de consumo de bebidas alcohólicas pero sin datos existentes al momento de la investigación.

El consumo de alcohol es la epidemia invisible que está en aumento en sociedades pobres y ricas y cada vez más en grupos poblacionales con menos recursos económicos, de tal manera que aumenta su vulnerabilidad no solo para hacerse adicto al alcohol, sino a los resultados de este hábito respecto a su salud.

Siendo el consumo de alcohol un problema social que trae consigo problemas de carácter familiar y comunitario, que reflejan de manera alguna la imagen de la población, el estudio coadyuvará a la toma de decisiones por parte de las autoridades locales.

Existen estudios en el ámbito internacional y nacional, estableciendo la prevalencia para grupos específicos de población, estos estudios no han logrado visibilizar la relación del consumo de alcohol con la percepción de la población del riesgo que significa consumir alcohol.

Los estudios existentes en el departamento, son muy pocos respecto a la problemática del consumo de alcohol, siendo que la población de Coroico con una dinámica urbana intermedia es altamente vulnerable.

La política de promoción y prevención de la salud en el país no es efectiva, esta carencia se debe a que estas estrategias que debían ser horizontales a todas las intervenciones clínicas y epidemiológicas, se han convertidos en estructuras orientadas más a la formulación de la política de salud.

Para una adecuada implantación de estrategias de promoción y prevención se hace imprescindible identificar el perfil de los grupos de población a riesgo y para ello no es suficiente el grupo étnico. El presente estudio permite identificar a los grupos de población a riesgo y prevención del alcoholismo y de las ENTs.

Por tanto, es importante realizar la presente investigación en el departamento que presenta la incidencia más alta a nivel nacional del consumo de Alcohol, hablamos de La Paz que es un sector que aglomera diferentes etnias, por ende su población es vulnerable a presentar enfermedades no transmisibles; además estas etnias no han sido objeto de estudio en el que se puede evidenciar los factores de riesgo para la aparición de enfermedades no transmisibles en relación al consumo de alcohol. De allí la importancia de la relación del consumo de alcohol con enfermedades no transmisibles en grupos étnicos de

18 a 60 años de edad, y de este modo plantear acciones de educación en salud, especialmente en los procesos de prevención que contribuyan al buen vivir.

Siendo que también que el consumo de alcohol es un factor predisponente para la incidencia de diferentes enfermedades causando alta morbilidad y mortalidad en nuestra población.

Esta investigación se presenta como inédito, los resultados de este trabajo, podrían ser un referente para posteriores investigaciones y de allí su relevancia, de esta manera se estaría contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida en el departamento de La Paz, poblaciones de las etnias con menor información acerca del consumo de alcohol, el cual concurriría en un importante aporte al sector de salud del departamento de La Paz y por ende de nuestro país.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Enfermedades No Transmisibles

3.1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes.

El uso de sustancias nocivas aumenta el riesgo de cáncer, de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades respiratorias en años posteriores de la vida como han puesto de manifiesto numerosos estudios (13).

3.2 Epidemiología

La prevalencia del consumo de alcohol en Bolivia principalmente basados en la II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto 2014, que es la fuente de información más relevante sobre consumo de alcohol en Bolivia, muestra que el alcohol es la primera droga legal de preferencia de los bolivianos, en el cual un 69,38% de los consumidores de alcohol lo habrían hecho alguna vez en la vida, un 48,53% alguna vez en el último año y un 23,01% alguna vez en el último mes (13).

Tabla Nº 2 - Prevalencia del consumo de alcohol según sexo

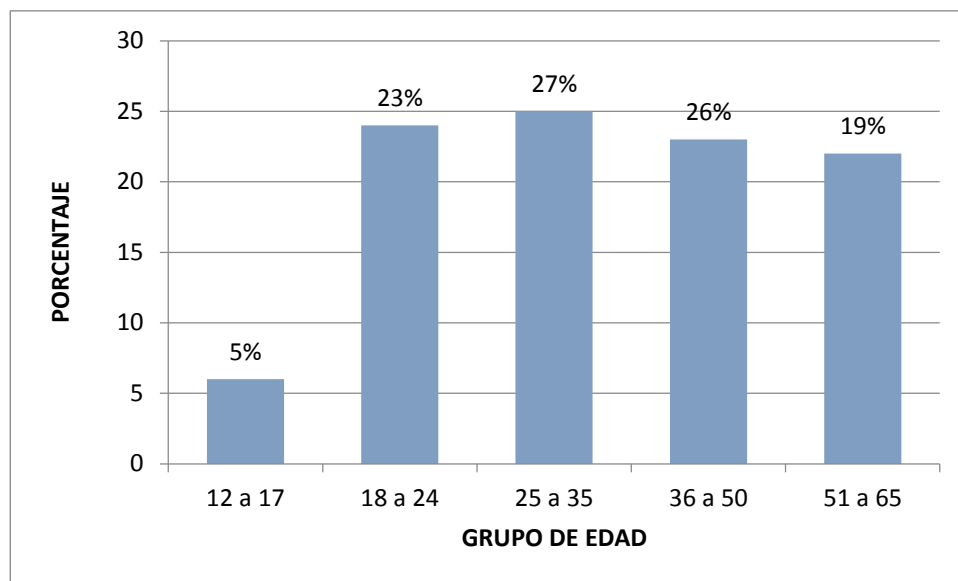
Sexo	Mes	Año	Vida
Mujer	16.23	41.55	65.97
Varón	31.53	57.28	73.65

Fuente: datos obtenidos de CONALDIT

Los varones son quienes consumen mayormente esta sustancia en todos los indicadores, además para las prevalencias de año y mes, casi duplican el de las mujeres.

Asimismo, la distribución de las tasas de prevalencia de consumo de alcohol por edad refleja que son los adolescentes (12a 17 años) quienes comparativamente consumen menos que el resto de los grupos de edad, por otra parte, se observa una concentración en el consumo de alcohol entre los 18 y 50 años. Los adultos entre 25 y 35 son quienes proporcionalmente más beben.

Gráfico N° 1 - Distribución porcentual del consumo reciente de Alcohol según edad



Recurriendo a un análisis del consumo anual por grupo de edad se aprecia que la situación descrita anteriormente se corrobora en los consumos recientes. Los más jóvenes presentan proporcionalmente menores tasas de consumo que los jóvenes adultos (18 a 24 años); los adultos jóvenes de 25 a 35 años se encuentra apenas un punto porcentual por encima de los adultos (36 a 50 años), para luego descender a un 19% para el grupo de 51 a 65 años.

3.3 Bebidas Alcohólicas

Una de las conceptualizaciones más claras en la que brinda Ortiz, que define a las bebidas alcohólicas como *“aquellas bebidas que contienen etanol (alcohol etílico) en su composición. Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre las bebidas producidas simplemente por fermentación alcohólica (vino, cerveza, sidra, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no suele*

superar los 15 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación previo. Entre estas últimas se encuentran los diferentes tipos de aguardientes (como el brandy, el whisky, el tequila, el ron, el vodka, la cachaça, la ginebra, etc.) y los licores, entre otras (1).

3.4 Consumo de alcohol y su relación con las enfermedades No Transmisibles

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (14).

3.5 Clasificación del consumo de alcohol

3.5.1 Consumo de riesgo

El bebedor de riesgo implica una ingesta de alcohol diaria en varones superior a 40 gr de etanol y en mujeres superior a 20 gr aproximadamente), La OMS también indica que consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 gr de alcohol implican un consumo de riesgo (15).

Aunque el grado de riesgo no está sólo relacionado con el nivel de consumo de Alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, entre otros.

3.5.2 Consumo perjudicial

Se considera consumo perjudicial, el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo.

El consumo perjudicial de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos.

3.5.3 Síndrome de dependencia alcohólica

Para la CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades), implica un conjunto de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. Para la Organización Mundial de la Salud, la manifestación característica de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces, insuperable) de consumir alcohol.

3.6 Problemas relacionados con el alcohol

En comparación con otras drogas el alcohol tarda en desarrollar un cuadro de dependencia, y por ello los problemas aparecen en torno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo (por ejemplo, el paso de bebidas fermentadas a bebidas destiladas) están provocando un adelantamiento en la aparición de cuadros de dependencia, los cuales empiezan a detectarse en torno a los 30-35 años.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y de comportamiento, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática,

algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tránsito (16).

3.7 Morbilidad y mortalidad

Atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, pueden existir diferencias entre el sexo. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres (17).

Recientemente se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida. El consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales (17).

3.8 Factores que influyen en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades.

Los factores ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y

cumplimiento de las políticas pertinentes. Para un nivel o hábito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrían tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades (18).

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo.

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con el alcohol, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también, en muy raras ocasiones, la calidad del alcohol consumido.

3.9 Factores Sociales

El Departamento de Salud Pública de la OMS (WHO, 2006) realizó una enumeración de los factores relacionales, dentro del ámbito familiar, los conflictos parentales, el gran número de hermanos en la familia, que la madre sea muy joven, la escasa cohesión familiar, el hogar mono parental y el bajo nivel socioeconómico de la familia. La influencia familiar es la variable que con más insistencia se plantea en trabajos referidos a factores de riesgo

Cuatro de las principales enfermedades no transmisibles, es decir, las cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes están asociadas a factores de riesgo prevenibles comunes relacionados con el estilo de vida. Entre estos factores se encuentran; el consumo de tabaco y alcohol, una alimentación malsana y la falta de actividad física (19).

En este sentido se podría mencionar que el consumo de alcohol es complejo y cada vez más frecuente, la alta prevalencia o extensión del consumo de alcohol en la población nos da un indicador de la gravedad de este problema social.

Dentro de los factores sociales, el 2005 la *“Asamblea Mundial de la Salud sobre problemas de salud pública causados por el consumo nocivo de alcohol reconoce las consecuencias sanitarias y sociales de dicho consumo y pide a los Estados Miembros que elaboren, apliquen y evalúen estrategias eficaces para reducir sus perjuicios (20)* y a la OMS, que ayude a los Estados Miembros a vigilar los daños relacionados con el alcohol, a aplicar y evaluar estrategias y programas eficaces, y a robustecer las pruebas empíricas de la eficacia de las políticas.

En el plano nacional e internacional, los organismos sanitarios desempeñan un papel crucial como promotores de políticas que aborden las relaciones entre el consumo de alcohol y fomenten con ello iniciativas de prevención que mejorarán la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva adelante programas integrales sobre ambos problemas para impulsar y llevar a cabo estudios, identificar medidas de prevención eficaces y promover acciones de los Estados Miembros dirigidas a poner en marcha intervenciones útiles y a orientar las políticas hacia la reducción del consumo peligroso o nocivo (21).

3.10 Acciones Preventivas

3.10.1 Equipo de salud.

Existe la necesidad de actualizar y sensibilizar a los médicos y al personal de salud del primer nivel de atención para que actúen como recursos efectivos en el combate del alcoholismo y para establecer mecanismos que aceleren el

proceso de abandono del alcohol en grupos estratégicos: médicos, odontólogos, enfermeras y demás personal de salud, así como personal docente, para que la población que consume dejen de beber y se conviertan en líderes del combate al alcoholismo.

3.10.2 . Tratamientos conductuales

Modifica los comportamientos de consumo de alcohol a través del asesoramiento. Son conducidos por profesionales de la salud y están respaldados por estudios que demuestran que pueden resultar beneficiosos.

Los tratamientos conductuales comparten ciertas características, que pueden incluir:

- Desarrollar las aptitudes que necesita para dejar o reducir la bebida
 - Ayudar a desarrollar un sólido sistema de apoyo social
 - Establecer objetivos alcanzables
 - Evitar o lidiar con los disparadores que podrían llevarlo a recaer en la bebida
- (22)

3.10.3 Tratamiento con medicamentos

han demostrado ser efectivos para ayudar a dejar de beber o disminuir el consumo de alcohol, y para evitar la recaída. Estos son:

- **Naltrexona:** Puede ayudar a reducir el consumo excesivo de alcohol.
 - **Acamprosato:** Facilita la perseverancia en la abstinencia.
 - **Disulfiram:** Bloquea la descomposición (metabolismo) del alcohol por parte del organismo, al provocar síntomas no placenteros, como náuseas o enrojecimiento de la piel. Estos efectos no placenteros ayudan a que algunas personas eviten consumir alcohol mientras toman disulfiram.
- (22)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de bebidas alcoholicas es considerada un problema social a nivel mundial que involucra los diversos niveles de atención en salud y posee repercusiones en otras áreas del desarrollo humano.

El consumo de alcohol se presenta en todo nivel social, mayormente con más frecuencia en la población joven y adulta, relacionado con problemas en el entorno familiar y comunitario, además que influye el relacionamiento sociocultural.

Asimismo, el alcohol es un contribuyente significativo a la carga de morbilidad en la mayoría de los países, cuya repercusión es variable, los índices de consumo más elevados se encuentran en los países desarrollados, incluida Europa occidental y oriental (7).

Pese a esto, la información disponible acerca de su influencia para el consumo de alcohol es escasa y no muy precisa en nuestro país. Es decisiva la identificación y relación de factores, que permitirá la elaboración de medidas de prevención eficaz, efectiva y eficiente.

Actualmente nuestro sistema de información no dispone de datos completos o suficientes sobre el consumo de alcohol asociado a factores sociodemográficos sobre todo de poblaciones que no sean capitales de departamento, como es el caso de la localidad de Coroico.

Existe ausencia de esfuerzos con compromisos personales y/o institucionales de saber lo que está sucediendo en la población sobre el comportamiento del consumo de alcohol en la localidad Coroico.

Por lo tanto, el consumo de alcohol es uno de los factores de riesgo mejor reconocido en un amplio espectro de enfermedades que afectan tanto al

consumidor como al que lo rodea. Si bien, existen tentativas por reducir la morbimortalidad de dichas afecciones, el consumo de alcohol es cada vez más creciente y precoz, siendo posible que en los próximos años enfrentemos un perfil epidemiológico que los sistemas de atención en salud no sean capaces de satisfacer.

El consumo de alcohol, es un tema escasamente estudiado en áreas rurales de nuestro país como es el caso de la localidad de Coroico, donde no se tiene datos relevantes sobre la problemática investigada.

Políticas Públicas

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia incorpora la protección de la salud y a ésta, como un derecho, señalando la promoción de políticas públicas para “mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud” (Art 35. I). En el Capítulo de Derechos Fundamentales, Artículo 18, se reitera el derecho de todas las personas a la salud así como garantiza su acceso.

Bolivia es signataria de varios instrumentos de Derechos Humanos relativos a la protección del derecho a la salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en su artículo 12 establece la protección de la salud.

La Ley marco de autonomías y descentralización N° 031, delega los hospitales del Primer y Segundo nivel bajo la tuición de los Gobiernos Departamentales Autónomos y de los Gobiernos Municipales Autónomos, como señala el Artículo 81, párrafo II, numerales 1 y 2.

D.S. 29691 de Salud Familiar Comunitaria Intercultural:

Tiene el objetivo de eliminar la exclusión sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de salud.

Ley No. 259, 11 de Julio de 2012

Tiene el objeto de controlar al expendio y consumo de bebidas alcohólicas

R.M. 737 Reglamento de la SAFCI:

Establece que la planificación en salud como un proceso de análisis y reflexión, por el cual los actores sociales, sector salud y otros sectores, definen acciones concertadas, partiendo de un diagnóstico de sus necesidades de acuerdo a las determinantes socioculturales y económicas de la población.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación de factores sociodemográficos con el consumo de alcohol en la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico, primer trimestre de 2016?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS: RELACIÓN FUNCIONAL CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, LAS EXPECTATIVAS Y LA ANSIEDAD SOCIAL

Camacho Acero en Colombia en la Universidad Católica de Colombia con el propósito de evaluar la relación funcional entre los factores sociodemográficos, la ansiedad social y las expectativas positivas hacia el alcohol, con el consumo de bebidas embriagantes en estudiantes universitarios, utilizó un diseño correlacional, con una muestra de 618 estudiantes, seleccionados

aleatoriamente con un muestreo estratificado por tipo de ingeniería, quienes respondieron el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ), la escala de Ansiedad social del Inventario SPAI y un formato de datos sociodemográficos y de consumo de alcohol. Luego de una transformación lineal a puntajes porcentuales de las dimensiones del AEQ y con las pruebas de Chi², coeficiente de correlación de Spearman y Kruskal Wallis, además de la estimación de parámetros con intervalos de confianza del 95%, se encontró que los universitarios de ingenierías, conformados mayoritariamente por hombres (82.7%; $p < 0.01$), con un promedio de edad de 20.5 (± 2.57) años y una frecuencia de consumo entre moderada (37,1%) y alta (36.4%) con más de la tercera parte reportando consumo abusivo (más de 12 copas/ocasión), presentaron en promedio un nivel bajo (55.8 ± 32.9 sobre un total posible de 192), de ansiedad social y un nivel medio de expectativas positivas hacia el consumo de alcohol (43.5 ± 22.2). No se encontró asociación entre consumo con el grupo etareo, la institución, el tipo de ingeniería ni el semestre. Se concluyó que en los estudiantes de las ingenierías, la frecuencia e intensidad de consumo de alcohol cambia significativamente en función directa del sexo (mayor en los hombres), las expectativas positivas y la ansiedad social (esta aplica para la intensidad y no para la frecuencia). (23)

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Castañón y Calderon en Colombia realizaron un estudio con el objetivo de analizar el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y los problemas psicosociales asociados mediante un estudio descriptivo correlacional, que incluyó 396 estudiantes universitarios. Fueron utilizados como instrumentos el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) y un cuestionario ad hoc, para evaluar los problemas asociados. Los resultados fueron que del total de la

muestra 88.6% bebió, 20.5% presentaba consumo perjudicial y el 14.9% estaba en riesgo de dependencia, según el AUDIT. El estudio mostró resultados importantes relacionados con los consumos perjudiciales y la dependencia, con afectaciones a nivel académico, en las relaciones sociales y en las esferas psicológica y sexual. Se concluyó que se constatan los problemas ocasionados por los consumos problemáticos de alcohol en población universitaria, los cuales son mayores en este grupo poblacional, por las altas prevalencias de consumo de alcohol que presentan, lo que alerta sobre la importancia de emprender en las universidades programas de prevención al abuso y dependencia de esta sustancia. (24)

CONSUMO DE ALCOHOL, TABAQUISMO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Mantilla-Tolosa, Villamizar y Peltzer con el objetivo de identificar asociaciones entre el consumo de alcohol, el tabaquismo y características demográficas en un grupo de universitarios. Mediante un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 360 hombres y 456 mujeres (obtenida por muestreoaleatorio estratificado) a quienes se aplicó una encuesta para caracterizar el consumo de alcohol, tabaquismo y los factores sociodemográficos. La recolección de información se realizó bajo la supervisión y aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Pamplona. El análisis de datos incluyó distribución de frecuencias en relación al tabaquismo, consumo de alcohol y otros factores y prueba χ^2 de Cramer para establecer asociación entre variables. Cuyos resultados fueron que la

prevalencia de tabaquismo es de 15% y de consumo frecuente de alcohol es de 26%. Se encontraron asociaciones entre sexo y consumo de alcohol ($p < 0,001$) y tabaquismo ($p < 0,001$); siendo los hombres mayores consumidores. También se encontró asociación entre facultad y consumo de alcohol ($p = 0,018$) y

tabaquismo ($p < 0,001$). Concluyendo que el consumo de tabaco y alcohol fue bajo en relación con estudios previos. Las variables sexo y facultad están asociadas al consumo de tabaco y alcohol. (25)

PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES DE RIESGO

CARDIOVASCULAR EN UN ÁREA SANITARIA DE EXTREMADURA. ESTUDIO HERMEX

Felix-Redondo y col. En España realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar la prevalencia de consumo de alcohol por niveles de riesgo y su asociación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Con una muestra aleatoria entre 25 y 79 años de edad, representativa de la población. Se encuestó sobre antecedentes de FRCV y consumo de alcohol en los últimos 7 días. Se midió la presión arterial y se extrajo muestra sanguínea en ayunas. Se estudió la asociación entre niveles de consumo con los distintos FRCV, ajustándose por distintas variables, mediante análisis multivariante. Los resultados de 2.833 sujetos fueron una edad media 51,2 años (DE 14,7), 46,5% hombres. Habían consumido alcohol el 36,1% (IC 95%: 34,4-37,9). La prevalencia total y de consumo de riesgo medio-alto fue del 63,2 y 15,2% en hombres y del 12,6 y 1,5% en mujeres, respectivamente.

En hombres, el consumo de riesgo medio-alto se asoció con la hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo. En mujeres, el consumo de riesgo bajo se asoció con una menor prevalencia de obesidad e hipertensión arterial y mayor de tabaquismo. Se concluyó que existe una menor prevalencia de consumo, sobre todo en la mujer, con respecto a la media nacional. El consumo de riesgo medio-alto afecta fundamentalmente a hombres y se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. En las mujeres el consumo de riesgo bajo se asocia a una menor prevalencia de ciertos FRCV y mayor de tabaquismo. (26)

IMPACTO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LAS CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO. 2009

Navia Bueno P. y col con el proposito de determinar la prevalencia del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, en estudiantes universitarios de las ciudades de La Paz y El Alto en la gestión 2009, mediante un diseño de corte transversal, con una muestra de 2000 universitarios que cursaban alguna carrera a nivel licenciatura, de universidades públicas y privadas seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Utilizando instrumentos validados de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD y del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas SIDUC para universitarios.. Las drogas lícitas de mayor consumo fuerion alcohol y tabaco, seguidas por tranquilizantes y finalmente estimulantes. El alcohol con una prevalencia de vida de 73.9%, 69% año y 45.6% mes, seguido del tabaco donde es de 67.6%, 57.3% y 39.8% respectivamente. La prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes fue de 22%. Las drogas ilícitas mostraron valores más bajos en relación a las lícitas, dentro de este grupo la de mayor consumo es la marihuana con una prevalencia de vida de 13.6%, 4,4% año y 2% mes, seguida de la cocaína con prevalencia de vida de 3.9% e inhalables con prevalencia de vida de 3%. La edad de inicio del consumo de drogas lícitas e ilícitas fue desde los 7 años. El sexo masculino es el más afectado a excepción de Tranquilizantes y estimulantes. La conclusion principal fue que el consumo de ALCOHOL y TABACO es el mas frecuente en universitarios. (27)

PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Zamora- Mendoza Ma y col. Realizaron un estudio con el fin de evaluar el estilo de vida y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios. Mediante un diseño descriptivo-transversal, participaron 3369 estudiantes universitarios, cuyos resultados fueron que la edad promedio de los participantes fue de 21.64 años ($DE \pm 3.21$), predominó el sexo femenino (57.3%). Respecto a la proporción de consumo de sustancias adictivas, siete de cada diez consumen alcohol, seis de cada

diez consumen medicamentos sin prescripción médica, cuatro de cada diez consumen tabaco, dos de cada diez consumen estimulantes y uno de cada diez consumen tranquilizantes y drogas ilícitas. El consumo de sustancias adictivas por género muestra que los hombres presentan un consumo mayor que las mujeres en alcohol, tabaco, estimulantes y drogas ilícitas; en tanto las mujeres consumen más medicamentos de prescripción y tranquilizantes

que los hombres. En relación a la evaluación de estilo de vida general y por dimensiones, el 53.0% de los participantes se encuentran en riesgo mediano (28).

CONSUMO Y CONSUMIDORES DE DROGAS EN BOLIVIA

Gloria Achá mediante un estudio exploratorio el 2014 con el propósito de visibilizar la realidad de los usuarios de drogas de uso ilícito en Bolivia y las respuestas institucionales que ellos reciben. Reporta que Bolivia aún no cuenta con una oficina centralizada para organizar, realizar estudios, recopilar o coordinar estadísticas u otra información relacionada con las drogas. Si bien por norma legal el CONALTID tiene a su cargo la responsabilidad en las políticas sobre drogas, hay escasa información sistematizada sobre consumo; por otra parte, instrumentos de monitoreo que son esenciales para políticas de reducción de la demanda, como el Observatorio Boliviano de Drogas, aún no se

encuentran en funcionamiento. En ese contexto, la información que se tiene sobre consumo de drogas proviene de estudios aislados o que no tienen la periodicidad necesaria, tanto de organizaciones civiles como estatales, que abarcan diferentes tipos y muestras de población.

El estudio de Consumo de Drogas en Bolivia 1992-2010 (Estudio urbano – Población de 12 a 65 años) el número de personas que consumió alcohol una o más veces durante el último mes antes de la entrevista efectuada fue de 1.416.826 para el 2000, 1.390.172 para 2005 y 1.769.762 para el 2010. Durante el último año 2.110.021 para el 2000, 1.989.924 para 2005 y 2.490.776 para el 2010. La prevalencia de vida 2.344.008 para el 2000, 2.214.545 para 2005 y 2.819.329 para el 2010 (29).

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el consumo de alcohol en la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, primer trimestre de 2016.

7.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según factores sociodemográficos
- Establecer la prevalencia del consumo de alcohol a fin de establecer la magnitud del problema en la población de estudio
- Describir las características del consumo de alcohol en la población de estudio
- Describir las características del consumo de alcohol en la población de estudio según factores sociodemográficos

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo transversal analítico.

Estudio transversal analítico. Este tipo de estudio es útil para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Se recolectan simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en una población definida. Luego se compara la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.

9. HIPÓTESIS

Existe relación entre los factores sociodemográficos con el consumo de alcohol en la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, primer trimestre 2016

9.1 Contexto o lugar de intervención

9.1.1 Ubicación Geográfica

De acuerdo a datos del Plan de desarrollo Municipal 2006 – 2010, Coroico es la primera sección Municipal de la provincia Nor Yungas, se encuentra ubicada al Nor este del Departamento de La Paz y al Este de la cordillera Oriental de los Andes en la región interandina de los Yungas y tiene una extensión de 1.088 km² y ocupa el 2,18 % del territorio departamental.

La población del municipio se encuentra distribuida en las comunidades de los diferentes cantones que denominamos área dispersa o rural que a la vez cuentan con centros más poblados como Unduavi, Yolosa, Challa, Pacallo,

Mururata, Suapi, Santa Rosa de Quilo - Quilo que se organizan en la actualidad como juntas de vecinos. Este municipio se caracteriza por presentar un área urbana bastante significativa como es la ciudad de Coroico.

El municipio de Coroico limita hacia el Nor - Oeste con la Provincia Murillo, al Nor-Este con la Provincia Caranavi, al Sur con Milluhuaya (Coripata) y Sud Yungas, al Nor-Este con Trinidad Pampa y Arapata (Coripata). La capital de la sección que es la ciudad de Coroico se encuentra a 97 Km de La Paz, ingresando por la carretera troncal bioceánica que comunica al sector de los Yungas y al norte del País. (30)

9.1.2 Topografía

En general el Municipio de Coroico presenta una topografía accidentada propia de toda la región yungueña (30).

El suelo se caracteriza en su mayoría por ser limpio con algunas propiedades filtrativas, por la gran inestabilidad de las lluvias, al igual que en todo el Municipio esta comunidad es variada por accidentes naturales que se han incorporado a su estructura artificial incrementando su expresividad panorámica.

9.1.3 Población

En cuanto a la población de Coroico, mencionamos que el total de los habitantes para el Censo 2012 fue de 19.759 habitantes. Para el 2017 se tiene proyectado alrededor de 20.391 habitantes, mientras que para el 2020 se prevé cerca de 20.691 habitantes, según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, 2012.

El idioma que es el principal vínculo para relacionarse y establecer una convivencia social en el municipio se caracteriza porque presenta población aymara, en lenguaje, raza y cultura que representa una mayoría. El idioma

aymara se habla mezclado con castellano y no es tan puro como el que se habla en el altiplano. También predomina el castellano y muy poco el quechua. La población en un 50% habla aymara y en un 47% castellano datos que se obtuvieron de las encuestas realizadas, por lo que la primera sección es bilingüe en su generalidad. Aunque en reuniones comunales o de carácter social del área dispersa o rural es común escuchar hablar el aymara. En cuanto a la población negra también hablan aymara aunque en poco porcentaje.

9.1.4 Aspectos Socioeducativos

La escolaridad refleja que la mayoría de la población terminó la primaria y secundaria; y muy pocos estudiaron hasta el nivel Primario sin concluir el mismo. Cabe resaltar que en un mínimo porcentaje realizó el nivel secundario, y otros realizaron estudios a nivel técnico.

9.1.5 Aspectos Socioculturales

9.1.5.1 Origen Étnico

De acuerdo al PDM de Coroico, se conoce que originalmente estaba asentado un grupo étnico no clasificado, que aparentemente fue extinguido durante la colonia.

También se sabe que esta región fue habitada por los Mosevenes, que al ser sometidos por los religiosos franciscanos fueron convertidos al catolicismo. En la actualidad todavía existe el grupo étnico Moseven, que por la poca representatividad que tiene en la zona están perdiendo inclusive su lengua originaria (30)

9.1.5.2 Religión

Por lo que en la localidad no existen grandes instituciones religiosas. Se practican religiones como son los católicos, Testigos de Jehová,

pentecostales. Señalando que el número de personas que las practican es mínimo con respecto a la población total.

9.2 Mediciones

La medición para el presente estudio de Investigación, se tomó en cuenta la operativización de variables

Tabla Nº 3 - Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad de medida / categoría	escala
<i>Edad</i>	<i>Tiempo transcurrido desde el nacimiento</i>	<i>Años</i>	<i>Razón discreta</i>
<i>Género</i>	<i>Características que distingue al hombre y a la mujer</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino. 2. masculino 	<i>Nominal dicotómico</i>
<i>Estado civil</i>	<i>Personas físicas determinada por su relación de familia, proveniente de matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 	<i>Nominal politómica</i>
<i>Nivel educativo</i>	<i>Grado máximo de estudios cursado y aprobado</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 	<i>Ordinal</i>
<i>ocupación</i>	<i>Actividad a la que una persona se dedica y es remunerada</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabaja 2. No trabaja 	<i>Nominal dicotómico</i>
<i>Identidad cultural</i>	<i>Conjunto de valores</i>	1. Aymara	<i>Nominal</i>

	<i>tradicionales. Autoidentificación étnica</i>	<i>2. Otro</i>	<i>dicotomica</i>
<i>Religión que practica</i>	<i>Sistema cultural de comportamiento y prácticas</i>	<i>1. Católico 2. Cristiano 3. otro</i>	<i>Nominal politémica</i>
<i>Frecuencia de consumo</i>	<i>Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento</i>	<i>1. Al mes 2. A la semana 3. Nunca</i>	<i>Ordinal</i>
<i>Vasos de bebidas alcohólicas al día</i>	<i>Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento</i>	<i>Numero</i>	<i>Razón discreta</i>
<i>Tratamiento</i>	<i>Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento</i>	<i>1.si 2.no</i>	<i>Nominal dicotómico</i>
<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Declaración del encuestado, en la aplicación del instrumento</i>	<i>1. Tradicional 2. Ninguno</i>	<i>Nominal dicotómico</i>

9.2.1 Unidad de observación

La población objeto de estudio fue la población de 18 a 60 años de la localidad de Coroico del departamento de La Paz, cuya información fue recolectada a través del instrumento de la Encuesta de Enfermedades No Transmisibles STEP de la OMS modificada. Población elegida al azar en un número de 305 personas que participaron de la encuesta.

9.2.1.1 Características del operativo de campo

Para la ejecución de la encuesta se capacitó a 18 estudiantes de la maestría de Salud Pública, mención epidemiología, quienes realizaron las encuestas.

En primer lugar, se realizó el reconocimiento y análisis de la encuesta de ENT en los días previos al inicio del trabajo de campo. Para lo cual, se coordinó con el SEDES La Paz, quienes dieron la autorización para realizar el trabajo de campo con el Hospital General de Coroico.

En segundo lugar, se invitó a la población residente de la localidad de Coroico, dos días antes por medios masivos de comunicación, para informar a la población sobre la actividad.

9.2.2 Marco Muestral

Para el presente estudio, no se calculó un tamaño de muestra, se realizó un muestreo no probabilístico accidental, reclutando casos hasta completar el número de sujetos necesarios para completar el tamaño de muestra deseado, de manera casual, que accidentalmente se encuentren a disposición. Con un total de 305 unidades de estudio, datos que se vaciaron de la base de datos del SPSS.

Para fines del estudio se tuvo un proceso de distintas etapas del plan de análisis de los datos.

- Recepción, registro apropiado, revisión de datos.
- Codificación de los datos.
- Se capturó datos en archivo electrónico y se realizó análisis estadístico en SPSS versión 20.

9.2.2.1 Criterio de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión:

- Población residente de la localidad de Coroico cuya edad fluctúa entre 18 a 60 años cumplidos

Criterios de exclusión:

- a. Pobladores procedentes de otras localidades.
- b. Poblacion menor de 18 años y mayores de 60 años
- c. Poblacion que rechazaron participar de la encuesta

9.2.3 Plan de Analisis

Para fines del estudio se tuvo un proceso de distintas fases del plan de análisis de los datos.

- Una primera fase, descriptiva a partir de las particularidades de estudio de la población.
- Segunda fase, analítica con el fin de hallar relación entre las variables de estudio.

9.2.4 Análisis Estadístico

Para la tabulación de datos se realizó en una hoja electrónica, con ayuda del programa estadístico SPSS. Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables a fin de conocer el comportamiento de su distribución.

- Para variables Cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%).
- Para variables Cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

Para encontrar relación entre las categorías de variables se procedió a la categorización y dicotomización de las variables numéricas y categóricas politómicas. Para asociar variables Cualitativas se usó la prueba χ^2 cuadrado.

Para la cuantificación de los factores de riesgo se utilizó intervalos de confianza al 95%, media, mediana y desviacion estándar.

10. RESULTADOS

La encuesta se realizó en una muestra cuyos límites de edad se estableció entre 18 a 60 años de edad, una vez realizado el muestreo se encuestó a 305 personas 46% hombres 54% mujeres.

El promedio de edad encontrado en la muestra fue de 43 años, siendo la muestra de mujeres más jóvenes (40 años de edad promedio), que la de los hombres (44 años de edad promedio).

La mediana de la muestra es de 44 años de edad y la moda 45 años de edad; en la muestra de mujeres la mediana encontrada es de 42 años y la moda 47 años de edad, mientras que en la muestra de hombres la mediana encontrada es de 45 años y la moda 42 años de edad.

La desviación estandar encontrada en la muestra fue de 13.6; mientras que en la submuestra de mujeres la desviación estandar fue de 11.8 y en la submuestra de hombres fue de 9.7.

La identidad cultural de los encuestados se identifica en un 90% con la Aymara y un 10% con otra identidad cultural.

Para determinar la relación de los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol en la población de estudio se procedió a calcular el X² que se detalla a continuación.

**CUADRO Nº 1 - RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
Y CONSUMO DE ALCOHOL, POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS, LOCALIDAD
DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016.**

VARIABLE	CONSUMO DE ALCOHOL				X ²	p
	SI		NO			
	F	%	F	%		
Genero						
Masculino	87	28,5	52	17,0	3,2	0,074
Femenino	87	28,5	79	25,9		
Nivel de Instrucción					7,77	0,02
Primaria	63	20,7	62	20,3	3,82	0,051
Secundaria	71	23,3	54	17,7	0,005	0,94
Superior	40	13,1	15	4,9	6,73	0,009
Católico						
Si	146	47,9	90	29,5	9,87	0,002
No	28	9,2	41	13,4		
Estado civil					3,36	0,186
Soltero/a	40	13,1	30	9,8	-	-
Casado/a	119	39,0	81	26,6	-	-
Divorciado/a	15	4,9	20	6,6	-	-
Trabajo						
Si	141	46,2	102	33,4	0,46	0,496
No	33	10,8	29	9,5		
Vivienda propia						
Si	100	32,8	69	22,6	0,69	0,404
No	74	24,3	62	20,3		
Identificación étnica					4,88	0,18
Aymara	157	51,5	116	38,0	-	-
Quechua	4	1,3	9	3,0	-	-
Guaraní	3	1,0	2	0,7	-	-
Otro	10	3,3	4	1,3	-	-

El cuadro anterior muestra la relación de los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol, siendo evidente la asociación significativa de las variables

nivel de instrucción ($p = 0,02$), con la categoría nivel de instrucción superior ($p = 0,009$) representando el 13% de la totalidad de la muestra, y profesar la religión católica también ($p = 0,002$), siendo que el 48% de la muestra en estudio consume alcohol.

Del total de la población estudiada que consumía alcohol el 28,5% fueron de varones y mujeres, siendo más frecuente la condición de estar casado (39%), con una trabajo estable (46%), con vivienda propia (33%) y aymara (51%).

Con el propósito de caracterizar a la población de estudio según factores sociodemográficos se procedió a la construcción del siguiente cuadro.

**CUADRO Nº 2 - FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA
LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016**

VARIABLE	F	%
Genero		
Masculino	139	45,60
Femenino	166	54,40
Grupo de edad		
Menor o igual a 30	76	24,90
de 31 a 60	195	63,90
Mayor de 60	34	11,10
Estado civil		
Soltero/a	70	23,00
Casado/a	200	65,60
Divorciado/a	35	11,50
Nivel de instrucción		
Primaria	125	41,00
Secundaria	125	41,00
Profesional	55	18,00
Autoidentificación étnica		
Aymara	273	89,50
Quechua	13	4,30
Guaraní	5	1,60
Otro	14	4,60
Religión		
Católico	236	77,40
Cristiano (Evangelista, mormón, etc)	54	17,70
Otros	2	0,70
Ninguna	13	4,30

Del total de la muestra las mujeres tuvieron mayor participación representado el 54% de los encuestados, el grupo de edad más frecuente fue de 31 a 60 años con el 64%; 65% tenían la condición de casados, primaria y secundaria fueron

los niveles de instrucción mas frecuentes con 41% cada uno, 9 de cada 10 se autoidentificaron como aymaras y el 77% profesa la religión católica.

El promedio de edad encontrado en la muestra fue de 43 años, siendo la edad mas baja para las mujeres (40 años) que los hombres (44 años). El 50% de la muestra tenía una edad igual o menor a 44 años de edad para toda la muestra, 42 años para las mujeres y 45 años para los varones; la edad mas frecuente fue de 45 años para toda la población estudiada; 47 años para las mujeres y 42 años para el sexo masculino.

En promedio los datos estaban dispersos de la media en 13,6 años; 11,8 años en el grupo de mujeres y 9,7 años en los hombres.

Se calculó la prevalencia del consumo de alcohol cuyo resultado se presenta a continuación.

CUADRO Nº 3 - PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS, LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016

CONSUMO DE ALCOHOL	F	%	I. C. 95%	
			L.I.	L.S.
SI	174	57	51,33	62,768
NO	131	43		
TOTAL	305	100		

La prevalencia de consumo de alcohol en la población de estudio fue de 57% (51,33 – 62,768), es decir que más de la mitad de la población consume alcohol.

A continuación una descripción de las características del consumo de alcohol en la población de estudio.

CUADRO Nº 4 - CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE 18 A 60 AÑOS DE LA LOCALIDAD DE COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016

VARIABLE	F	%
Consumo de 6 o más vasos		
Nunca	20	11,50
Cada 2 o más meses	73	42,00
Mensualmente	72	41,40
Semanalmente	8	4,60
A diario o casi a diario	1	0,60
Problemas por Beber		
Si	37	21,30
No	137	78,70
Problema familiar por beber		
Si	24	13,80
No	150	86,20
Problema vecinal por beber		
Si	4	2,30
No	170	97,70
Problema laboral por beber		
Si	3	1,70
No	171	98,30
Problema de estudio por beber		
Si	0	0,00
No	174	100,00
Problema legal por beber		
Si	0	0,00
No	174	100,00
Problema de transito por beber		
Si	1	0,60
No	173	99,40
Otro tipo de problema por beber		
Si	2	1,10
No	172	98,90

Tratamiento		
Si	3	1,70
No	171	98,30
Tipo de tratamiento		
Ninguno	2	66,70
Medicina tradicional	1	33,30

La población refiere que consume bebidas alcohólicas cada 2 meses o mas en el 42% de los casos seguido del consumo mensual con 41%, el 78,7% refiere no haber tenido problemas por este hábito, siendo los mas frecuentes problemas familiares ,vecinal, laboral , seguidos de problemas de tránsito, y finalmente otro tipo de problemas.

El 98% de las personas que refirieron consumo de bebidas alcohólicas no recibe ningun tratamiento para controlar este hábito, el tratamiento de elección mas frecuente es la medicina tradicional.

CUADRO Nº 5 - MEDIDAS DE RESUMEN DEL CONSUMO DE NÚMERO DE VASOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS AL DIA

ESTADÍSTICO	VASOS DÍA
Media	11,14
I.C. 95% L.i.	9,98
I.C. 95% L.s.	12,31
Mediana	10
Desv. típ.	7,771
Mínimo	1
Máximo	40
Rango	39

El promedio de vasos de bebidas alcoholicas por día fue de 11 vasos, el 50% de los encuestados consumía 10 vasos o menos, en promedio los datos estan dispersos de la media en 8 vasos aproximadamente, siendo la diferencia entre el consumo máximo y mínimo de 39 vasos.

Para contrastar el consumo de alcohol en la población de estudio según factores sociodemográficos se procedió a la construcción del siguiente cuadro.

CUADRO Nº 6 - CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS COROICO, PRIMER TRIMESTRE 2016

VARIABLE	Consumo de Alcohol			
	Si		No	
	F	%	F	%
Género				
Femenino	87	52,40	79	47,60
Masculino	87	62,60	52	37,40
Grupo de edad				
Menor o igual a 30	42	55,30	34	44,70
de 31 a 60	116	59,50	79	40,50
Mayor de 60	16	47,10	18	52,90
Nivel de instrucción				
Primaria	63	50,40	62	49,60
Secundaria	71	56,80	54	43,20
Superior	40	72,70	15	27,30
Estado civil				
Soltero/a	40	57,10	30	42,90
Casado/a	119	59,50	81	40,50
Divorciado/a	15	42,90	20	57,10
Ocupación				
Trabaja	141	58,00	102	42,00
No trabaja	33	53,20	29	46,80

Al contrastar el consumo de alcohol por variables sociodemográficas se evidencia que el sexo masculino tiene el hábito de consumo de alcohol mas frecuente (62,6%) 10 puntos porcentuales mas que las mujeres, respecto a los grupos de edad el grupo que consume mas fue de 31 a 60 años, en relación al

nivel de instrucción los que declararon un nivel superior consumen con mayor frecuencia representando cerca del 73%; de acuerdo al estado civil los casados y solteros consumen con mayor frecuencia alcohol con el 59 y 57% respectivamente. El 58 % de los que trabajan consumen alcohol, siendo la diferencia con el grupo que no trabaja de 4,8 puntos porcentuales mas.

CUADRO Nº 7 - FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PRIMER TRIMESTRE 2016

VARIABLE	FRECUENCIA DE CONSUMO					
	VECES AL MES		VECES A LA SEMANA		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
Género						
Femenino	86	51,80	1	0,60	79	47,60
Masculino	77	55,40	10	7,20	52	37,40
Grupo de edad						
Menor o igual a 30	39	51,30	3	3,90	34	44,70
31 a 60	111	56,90	5	2,60	79	40,50
Mayor de 60	13	38,20	3	8,80	18	52,90
Nivel de instrucción						
Primaria	59	47,20	4	3,20	62	49,60
Secundaria	66	52,80	5	4,00	54	43,20
Superior	38	69,10	2	3,60	15	27,30
Estado civil						
Soltero/a	37	52,90	3	4,30	30	42,90
Casado/a	111	55,50	8	4,00	81	40,50
Divorciado/a	15	42,90	0	0,00	20	57,10
Ocupación						
Trabaja	132	54,30	9	3,70	102	42,00
No trabaja	31	50,00	2	3,20	29	46,80

Al comparar la frecuencia de consumo según género el sexo masculino consume mas veces al mes (55%) de igual manera en la semana

(7,2%). Respecto a la edad el consumo por mes fue mas frecuente en el grupo de 31 a 60 años, en cambio en el consumo por semana el grupo mayor de 60 fue el mas predominante. En relacion al nivel de instrucción los que declararon un nivel de instruccion superior consumían mas veces por mes con el 69%, seguido de secundaria en el consumo por día. Las personas casadas tuvieron la frecuencia mas alta en el consumo por mes (55,5%), y compartiendo puntos porcentuales entre soltero y casado en el consumo semanal con 4%. Finalmente las personas con trabajo consumen mas por mes y semana Ninguno de los encuestados declaró consumir alcohol todos los dias.

CUADRO N° 8 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLE	PROBLEMAS			
	Si		No	
	F	%	F	%
Género				
Femenino	92	55,40	74	44,60
Masculino	76	54,70	63	45,30
Grupo de edad				
Menor o igual a 30	42	55,30	34	44,70
de 31 a 60	105	53,80	90	46,20
Mayor de 60	21	61,80	13	38,20
Nivel de instrucción				
Primaria	79	63,20	46	36,80
Secundaria	67	53,60	58	46,40
Superior	22	40,00	33	60,00
Estado civil				
Soltero/a	37	52,90	33	47,10
Casado/a	107	53,50	93	46,50
Divorciado/a	24	68,60	11	31,40
Ocupación				
Trabaja	134	55,10	109	44,90
No trabaja	34	54,80	28	45,20

Respecto a los problemas, ambos sexos comparten la frecuencia de haber tenido algún problema por el consumo de alcohol, respecto a la edad las personas mayores de 60 años fueron quienes más tuvieron problemas (61,8%), de igual manera en el caso del nivel de instrucción primaria (63%) y los divorciados (68%), finalmente las personas que trabajan con 55%.

11. DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Camacho en Colombia, encontró que el género está asociado al consumo de alcohol ($p=0,001$), respecto a la frecuencia e intensidad de consumo, de igual manera en el estudio de Mantilla, Villamizar y Peltser, el género masculino ($p=0,000$); en cambio en el estudio en Coroico solo el nivel de instrucción ($p = 0,02$) con la categoría nivel de instrucción superior ($p = 0,009$) y la religión católica ($p = 0,002$), estuvieron asociados al consumo de alcohol .

La prevalencia de consumo de alcohol en la población encontrada fue de 57% (51,33 – 62,768) en el estudio de Felix-Aredondo fue del 36,1% (IC 95%: 34,4-37,9). La prevalencia total y de consumo de riesgo medio-alto fue del 63,2 y 15,2% en hombres y del 12,6 y 1,5% en mujeres, respectivamente. Mantilla, Villamizar y Peltser identificaron la prevalencia de consumo frecuente de alcohol 26%. En cambio en la población de estudio de Coroico el 28,5% fueron de varones y mujeres, en el estudio de Camacho reporta un comportamiento similar, con alta y media frecuencia de consumo. Un resultado totalmente distinto en el caso del estudio realizado por Castaño y Calderón donde el 60% de los consumidores fueron mujeres.

En el mismo estudio (Castaño y Calderón) se identificó que los solteros son los que más consumen con el 81,6%, situación contraria al resultado encontrado en Coroico siendo más frecuente la condición de estar casado (39%), con un trabajo estable (46%), con vivienda propia (33%) y aymara(51%).

En el estudio de Navia el consumo de alcohol tuvo una prevalencia de vida de 73.9%, 69% año y 45.6% mes. Zamora- Mendoza reporta que siete de cada diez consumen alcohol además que las mujeres consumen más alcohol. El CONALTID reporta que el número de personas que consumió alcohol una o más veces durante el último mes antes de la entrevista efectuada fue de 1.416.826 para el 2000, 1.390.172 para 2005 y 1.769.762 para el 2010

En el estudio de Felix-Aredondo edad media 51,2 años (DE 14,7), 46,5% hombres en el presente estudio 45% de hombres y el promedio de edad encontrado en la muestra fue de 43 años. En cambio en el estudio de Zamora-Mendoza la edad promedio de los participantes fue de 21.64 años (DE±3.21), predominó el sexo femenino (57.3%). Castaño y Calderón reportan que el grupo etareo que más consume alcohol fue de 18 a 25 años con el 75%.

Las agresiones físicas son igualmente más frecuentes entre los que presentan dependencia (21,7%), así como accidentes de tránsito (13,0%) y problemas con las autoridades (23,9%) según Castaño y Calderón, en Colombia; en cambio en Coroico refieren problemas familiares, vecinal y laboral seguidos de problemas de tránsito.

12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los resultados nos indican que las variables asociadas identificadas, es prevenible, pueden ser manejados por un equipo multidisciplinario por lo menos en etapas iniciales. Es importante recordar que producto del consumo de bebidas alcohólicas se manifiestan enfermedades en la población además de ser causa de muerte y esta se produce durante los años productivos de la persona, dejando a la familia sin una fuente de ingreso.

Por tanto es importante considerar:

- El costo de tratar las enfermedades causadas por el consumo de alcohol.
- La pérdida de días de trabajo debida a enfermedad, u otro evento por causa del consumo de alcohol y muerte prematura.
-

13. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Los directos interesados en los resultados alcanzados en la presente tesis son:

Red de Salud 8 del municipio de Coroico del departamento de La Paz; de forma secundaria los encargados de generar las políticas, es decir las autoridades sanitarias del SEDES y/o el Gobierno Autónomo Municipal de Coroico.

Asimismo, los resultados son de interés para el Ministerio de Salud con el programa ENT para que pueda formular las políticas de prevención y promoción, hacer hincapié en los factores de riesgo.

Al personal técnico operativo de la Red en sus distintos niveles de atención, debido a que el presente estudio se constituye en la primera investigación de consumo de alcohol y su relación con las características sociodemográficas en la localidad de Coroico del Departamento de La Paz.

14. CONCLUSIONES

Se pudo determinar que el nivel de instrucción con la categoría superior y profesar la religión católica están asociados al consumo de alcohol, siendo que más de la mitad de la muestra en estudio consume alcohol.

Del total de la población estudiada que consumía alcohol varones y mujeres consumen en igual proporción, siendo más frecuente la condición de estar

casado, contar con un trabajo estable, vivienda propia y la autoidentificación étnica de ser aymara.

Del total de la muestra las mujeres tuvieron mayor participación, el grupo de edad más frecuente fue de 31 a 60 años, la condición de casados, tener un nivel de instrucción primaria y secundaria fueron los más frecuentes, 9 de cada 10 se autoidentificaron como aymaras y la mayoría profesa la religión católica.

Más de la mitad de la población consume alcohol siendo la prevalencia consumo de alcohol de 57%.

La población refiere que consume bebidas alcohólicas cada 2 meses o más, casi el 80% de la población refiere NO haber tenido problemas por este hábito, siendo los más frecuentes problemas familiares, laborales, vecinal, de tránsito y finalmente legales.

Casi la totalidad de las personas que refirieron consumo de bebidas alcohólicas no recibe ningún tratamiento para controlar este hábito, el tratamiento de elección más frecuente es la medicina tradicional.

El promedio de consumo de vasos de bebidas alcohólicas por día fue de 11. El sexo masculino tiene el hábito de consumo de alcohol más frecuente, el grupo de edad que consume más fue de 31 a 60 años, en relación al nivel de instrucción los que declararon un nivel superior consumen con mayor frecuencia, siendo el consumo casi similar entre los casados y solteros. 6 de cada 10 personas que trabajan consumen alcohol.

El sexo masculino consume más veces al mes de igual manera en la semana. Respecto a la edad el consumo por mes fue más frecuente en el grupo de 31 a 60 años, en cambio en el consumo por semana el grupo mayor de 60 fue el más predominante. En relación al nivel de instrucción los que declararon un nivel de instrucción superior consumían más veces por mes. Las personas casadas tuvieron la frecuencia más alta en el consumo por mes, las personas

con trabajo consumen mas por mes y semana Ninguno de los encuestados declaró consumir alcohol todos los dias.

Ambos sexos refieren haber tenido algun problema por el consumo de alcohol, respecto a la edad las personas mayores de 60 años fueron quienes mas tuvieron problemas, de igual manera en el caso del nivel de instrucción primaria, los divorciados y las personas que trabajan.

15. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda:

Desarrollar acciones preventivas y de promocion de la salud en el nivel secundario de la educacion formal, tendientes a disminuir el consumo de alcohol.

Establecer trabajos y practicas de indole educativo y comunicacional con temas que orienten habitos saludables de convivencia, frente al consumo de bebidas alcoholicas tendientes a evitar problemas en la familia y el entorno social.

Desarrollar estrategias destinadas a disminuir el consumo de alcohol en poblacion en el ambito religioso de carácter reflexivo y saludable.

Orientar a quienes tengan problemas con el consumo de alcohol, acudan ante personas o instancias que los puedan ayudar para un adecuado tratamiento.

Establecer estrategias y acciones orientadas a disminuir el consumo de alcohol en personas con actividad laboral.

Orientar procesos educativos de carácter cultural que tiendan a disminuir el consumo de alcohol en poblacion en general, sea cual fuere su autoidentificacion cultural y/o actividad que realice.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz FG, Muela MG, Ortiz PG. Bebidas. Estados Unidos: Editorial; Paraninfo, 2003. 85 p.
2. Moyer VA. Riesgos del consumo de alcohol para la salud. [Online]. [cited 2016 Febrero 10]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000494.htm>.
3. Ahumada Cortez J.G, Gámez Medina M. E, Valdez Montero. El Consumo de Alcohol como problema de Salud Pública. Ra Ximhai. (Mexico) 2017 julio-diciembre; 13(2): 13-24.
4. Santo Domingo J, No te rindas ante el alcohol. Madrid: Rialp; 1990. 120 p.
5. CONALTID. III estudio epidemiológico andino sobre drogas en la población Universitaria de Bolivia. 2016. Primera edición; junio 2017. 122 p.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el alcoholismo en el mundo. Ginebra; 2014
7. Organización Panamericana de la Salud . Organización mundial de la salud. Situación sobre el alcohol y la Salud en las Américas; Barcelona: 2007.
8. Fletcher R.H. Epidemiología clínica. Ediciones consulta; 1989. 138 p.
9. Organización Mundial de la Salud . Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners. Ginebra; 2007.
10. Organización Mundial de La salud. Informe plan regional de acción para promover medidas similares en toda América. Washington. 2013.

11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación Mundial de ENT. Vigilancia de factores de Riesgo. Ediciones: OMS. Ginebra Suiza; 2011. Reporte N° WHO/NMH/CHP/11.1
12. CONALTID. II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la ciudad de El Alto; 2014. 131 p.
13. Organización Mundial de la Salud . Informe: Estrategia Mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Ginebra; 2000. 53ª asamblea mundial de la salud: A53/14.
14. Mendoza M. Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en la Argentina: Banco Interamericano de Desarrollo; 2011. 80 p.
15. Tomas F, Babor J. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Organización Mundial de La salud; 2001. 40 p.
16. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Ginebra. 2011. 60 p.
17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Alcohol y Salud en las Americas. Washington; 2015. 141 p.
18. Room R. El Alcohol y los países en desarrollo. Mexico. Fondo de Cultura Economica; 2013. 57p.
19. Instituto Nacional sobre el abuso del Alcohol y el alcoholismo Transformación de Descubrimientos en Salud. Publicación del NIH No. 15-7974-S. 2015.
20. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes técnicos: La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. "Salud para Todos en el Año 2000". Ginebra; 1986.

21. Regidor E, Rodriguez C, Gutierrez-Fisac JL. Indicadores de Salud.Tercera evaluación en España del programa regional europeo salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995. p. 88-92
22. Guardia S. Josep, Jiménez-Arriero MA, Paco P, Flórez G. Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica Socidrogalcohol. Marzo 2007. Pag.60-61 y 80-90
23. Camacho Acero I. Consumo de Alcohol en Universitarios: Relación Funcional con los Factores Sociodemográficos, las Expectativas y la Ansiedad Social. Acta Colombiana de Psicología. 2005;8:91-120.
24. Castaño-Perez Guillermo Alonso, Calderon-Vallejo Gustavo Adolfo. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 Nov 07] ; 22(5):739-746. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692014000500739&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/01041169.3579.2475>.
25. Mantilla-Tolosa SC, Villamizar CE, Peltzer K. Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. Rev Univ. salud. 2016;18(1):7-15.
26. Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Palomo Cobos L, Buitrago Ramírez F, Pérez Castán JF, Lozano Mera L. Prevalencia de consumo de alcohol y factores de riesgo cardiovascular en un área sanitaria de Extremadura. Estudio Hermex. España. Atención Primaria. 2012; 44 (4):2018.
27. Del Pilar Navia Bueno María, Arce Vargas Magne Christiam, Philco Lima Patricia, Farah Bravo Jaqueline, Yaksic Feraude Nina, Mollinedo Rocha Eliana. Impacto social y su relacion con prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios de las ciudades de La Paz y El Alto. 2009. Cuad. - Hosp. Clín. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 07] ; 55(1): 36-42.

Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100005&lng=es.

28. Zamora-Mendoza A, Hernández-Castañón Ma.A, Álvarez-Aguirre A, Garza-González B, Gallegos-Torres RM, Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Enfermería. Prevalencia de consumo de sustancias adictivas y estilos de vida en estudiantes universitarios. México. CIENCIA UAQ.2013; 6(2):1-10 artículos

29. Morales I Gladys, del Valle R Carlos, Belmar M Carlos, Orellana Z Yasna, Soto V Alvaro, Ivanovic M Daniza. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Nov 07] ; 139(12): 1573-1580. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001200006>.

30. Plan de Desarrollo Municipal de Coroico. (2010). In Plan de Desarrollo Municipal de Coroico. La Paz- Boliva. Argos; 2006-2010. p. 15-31.

17. ANEXOS