

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
LA UNIVERSIDAD DEL ESTADO**

MAESTRÍA DE SEGURIDAD Y DEFENSA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN EL ECUADOR EN EL PERIODO 2012-2019**

Autor: Ps-CI. Marcos Antonio Ortiz R.

Director: Msc. César Amores

Quito, septiembre 2020

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
LA UNIVERSIDAD DEL ESTADO**

**Trabajo de titulación para obtener la Maestría de Investigación en Política Pública para la
Prevención Integral de Drogas de la escuela de Seguridad y Defensa**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN EL ECUADOR EN EL PERIODO 2012-2019**

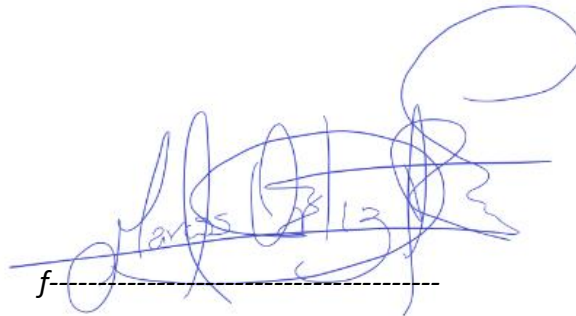
Autor: Ps-Cl. Marcos Antonio Ortiz R.

Director: Msc. César Amores

Quito, septiembre 2020

AUTORÍA

Yo, **MARCOS ANTONIO ORTIZ R**, máster, con CC **1722535950**, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación son de absoluta responsabilidad del autor del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos del IAEN correspondientes a los temas de honestidad académica.



CC. 172253595-0

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

“Yo Marcos Antonio Ortiz Ramos cedo al IAEN, los derechos de publicación de la presente obra por plazo máximo de cinco años, sin que deba haber un reconocimiento económico por este concepto. Declaro además que el texto del presente trabajo de titulación no podrá ser cedido a ninguna empresa editorial para su publicación u otros fines, sin contar previamente con la autorización escrita de la universidad”

Quito, septiembre 2020

f-----

MARCO ANTONIO ORTIZ R.

CC. 172253595-0

RESUMEN

El **objetivo** de la investigación es describir los factores de riesgo y los años de vida perdidos por el consumo de alcohol en el Ecuador entre 2012 y 2017, mediante un **fundamento teórico** pos-positivista que aborda la problemática de las drogas como un fenómeno psicosocial desde una perspectiva integral. La conclusión general mantiene que la edad promedio de consumo es de 38 años, las actividades más relacionadas con el consumo son agricultura, ganadería caza, silvicultura y pesca, las tres provincias con mayor consumo son Pichincha, Guayas y Manabí, la edad de mayor consumo está entre los 25 y 34 años, de escolaridad secundaria y autoidentificación étnica mestizo, entre el 2012 y el 2019 una persona perdió entre 22.18 y 23.81 años de vida por el consumo de alcohol. Los principales factores de riesgo atribuibles al consumo de alcohol son la influencia de amigos y familia, la falsa percepción de normalidad. El consumo de alcohol y otras drogas es un problema de salud pública que requiere la construcción de políticas de salud pública basadas en evidencia científica y no fragmentarias que respondan a un enfoque de derechos y de salud pública.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

PRIMARIA: POLÍTICA PÚBLICA PREVENCIÓN DE DROGAS

SECUNDARIA: ALCOHOL

DESCRIPTORES:

AÑOS DE VIDA PERDIDOS

DISCAPACIDAD

FAMILIA, AMIGOS

DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:

SIERRA, PICHINCHA, QUITO

SUMMARY OVERVIEW

The objective of the research is to describe the risk factors and the years of life lost due to alcohol consumption in Ecuador between 2012 and 2017, using a post-positivist theoretical foundation that addresses the drug problem as a psychosocial phenomenon from a comprehensive perspective. The general conclusion maintains that the average age of consumption is 38 years, the activities most related to consumption are agriculture, livestock, hunting, forestry and fishing, the three provinces with the highest consumption are Pichincha, Guayas and Manabí, the age of highest consumption is between 25 and 34 years old, of secondary schooling and ethnic mestizo self-identification, between 2012 and 2019 a person lost between 22.18 and 23.81 years of life due to alcohol consumption. The main risk factors attributable to alcohol consumption are the influence of friends and family, the false perception of normality. The consumption of alcohol and other drugs is a public health problem that requires the construction of public health policies based on scientific evidence and not fragmentary that respond to a rights and public health approach.

SUBJECT CATEGORIES

PRIMARY: DRUG PREVENTION PUBLIC POLICY

SECONDARY: ALCOHOL

DESCRIPTORS:

YEARS OF LIFE LOST

DISABILITY

FAMILY, FRIENDS

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA, PICHINCHA, QUITO

ÍNDICE DE CONTENIDO

AUTORÍA	i
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN.....	ii
RESUMEN	iii
SUMMARY OVERVIEW	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Introducción	1
1.2 El Problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.4 Justificación y Pertinencia	4
1.6 Marco Metodológico	6
1.6.1 Nivel de profundidad de la investigación	6
1.6.2 Diseño de la metodología.....	6
1.6.3 Población y muestra.....	7
1.6.4 Técnicas de recolección de datos.....	8

1.6.5	Procesamiento de datos.....	8
2.	ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	10
2.1	Contextualización del fenómeno del consumo de alcohol.....	10
2.1.1.	Análisis Nacional del fenómeno del consumo de alcohol	15
2.1.2	Análisis de la normativa legal del país para el Alcohol.....	16
2.1.3	Marco legal actual vinculado al fenómeno socioeconómico de las drogas.....	20
2.1.4	El fenómeno del consumo de alcohol desde la postura posmoderna	23
2.2.	Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol.....	27
i.	Factores individuales de riesgo.....	28
ii.	Factores sociales de riesgo.....	29
iii.	Factores ambientales de riesgo.....	31
2.2.	Factores protectores en el consumo de alcohol	33
2.3.	Carga de la enfermedad y años de vida ajustados a la discapacidad	33
2.3.1.	Carga económica de la enfermedad para el Ecuador	36
2.3.2.	Carga social de la enfermedad para el Ecuador.....	38
2.4.	Los años de vida perdidos por el consumo de alcohol.....	40
2.4.1.	Estimación de años de vida perdidos	46
3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48

3.1	Perfil demográfico de las personas que consumen alcohol	48
3.2	Años de vida que se pierden en Ecuador a causa del consumo de alcohol	56
3.2.1	Años de vida perdidos y factores demográficos	58
3.2.2	Cálculo de años de vida potencialmente perdidos	63
3.3	Una revisión cualitativa de los factores de riesgo asociados a la pérdida de años de vida ajustados a la discapacidad por el consumo de alcohol.....	70
3.3.1	Análisis de entrevistas.....	76
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
	Conclusiones	78
	Recomendaciones.....	79
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
	ANEXOS	91
	ENTREVISTAS.....	91
	SINTAXIS DE LOS CÁLCULOS REALIZADOS	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura. 1.	Evolución de Mortalidad entre 1990-2017.....	42
Figura. 2.	Consumo de alcohol, según provincia de residencia.....	52

Figura. 3.- Consumo de alcohol según sexo de la población	53
Figura. 4.- Porcentaje de consumo de alcohol según grupo de edad (número de individuos)	54
Figura. 5.- Porcentaje de consumo del alcohol, según la auto identificación de la población	55
Figura. 6.- Análisis del comportamiento individual entrevista 1 con relación al consumo de alcohol	72
Figura. 7.- Análisis del comportamiento individual entrevista 2 con relación al consumo de alcohol	73
Figura. 8.- Análisis del comportamiento individual entrevista 3 con relación al consumo de alcohol	74
Figura. 9.- Análisis del comportamiento individual entrevista 4 con relación al consumo de alcohol	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Clasificación de las intervenciones para limitar la disponibilidad del alcohol.....	18
Tabla 2.- Normativa nacional e internacional	20
Tabla 3. <i>Causas de muerte prematura 1997-2011- 2017</i>	40
Tabla 4.- 10 causas de defunciones en el ecuador en el 2012	42
Tabla 5.- 10 causas de defunciones en el ecuador en el 2013	43
Tabla 6. <i>10 principales causas de mortalidad masculina y femenina entre 2016 - 2017</i>	43

Tabla 7. <i>Edad promedio en la población que consume alcohol, a nivel nacional</i>	49
Tabla 8. <i>Edad promedio en la población que consume alcohol, según sexo de la persona</i>	49
Tabla 9. <i>Distribución de la población que consume alcohol por rama de actividad</i>	50
Tabla 10. <i>Consumo de alcohol, según provincia de residencia</i>	51
Tabla 11. <i>Porcentaje de consumo de alcohol según nivel de instrucción en la población</i>	54
Tabla 12. <i>Diagnósticos asociados el consumo de alcohol</i>	56
Tabla 13. <i>Causas de muerte asociadas al uso o consumo de alcohol</i>	57
Tabla 14. <i>Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y el sexo (factores demográficos)</i>	58
Tabla 15. <i>Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y etnia (factores demográficos)</i>	59
Tabla 16. <i>Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y la edad al fallecer (factores demográficos)</i>	60
Tabla 17. <i>Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y el estado civil (factores demográficos)</i>	61
Tabla 18. <i>Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y provincia de fallecimiento(factores demográficos)</i>	62
Tabla 19. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2012</i>	63
Tabla 20. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2013</i>	64
Tabla 21. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2014</i>	65
Tabla 22. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2015</i>	66

Tabla 23. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2016</i>	67
Tabla 24. <i>Años potenciales de vida perdidos- 2017</i>	67
Tabla 25.- Años potenciales de vida perdidos- 2018	68
Tabla 26.- Años potenciales de vida perdidos- 2019	69
Tabla 27.- Total de años de vida perdidos por el consumo problemático de alcohol.....	70

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

En la actualidad el análisis y conceptualización del fenómeno del consumo de alcohol y otras sustancias es el resultado del *realismo* como posicionamiento teórico a partir del cual se estructuran políticas orientadas históricamente al control de la oferta, la penalización y la interdicción, bajo la influencia política, social y cultural de potencias mundiales que justifican su proceder bajo la bandera de la seguridad nacional.

Este y otros contextos internacionales han permitido que las verdaderas consecuencias del consumo de alcohol sean invisibilizadas, por lo que es necesario conceptualizarlo como un fenómeno socioeconómico, que surja principalmente de un cambio de paradigma en el que se toma en cuenta el nivel de pérdidas humanas, económicas y sociales que recae sobre este. Para ello es importante cuantificar los años de vida que una persona pierde por el uso o consumo de alcohol y conocer el peso que tiene para el Estado y por consecuencia para la sociedad ecuatoriana en general.

Uno de los retos más importante para la academia, el Estado y la sociedad, es la formulación de políticas objetivas, confiables y comparables que respondan a enfoques de derechos y salud pública enmarcados en la evidencia científica, es por eso que en la presente investigación se contempla analizar retrospectivamente datos estadísticos desde el 2012 hasta el 2019, tomando en cuenta una retrospectiva mayor a 5 años permitiendo su valía como referencia bibliográfica, además se tomó en cuenta que los organismos de donde se obtuvo la información actualizan sus bases de datos con un año de retraso.

Por otro lado, el Ecuador no ha progresado en términos de políticas para el control de la demanda y la oferta, salvo por la reforma al Acuerdo Ministerial No. 4425, publicado en Registro Oficial

Suplemento 287 de 11 de Julio del 2014, el que se reguló la venta de bebidas alcohólicas de cualquier tipo en establecimientos registrados como turísticos, determinados en el artículo 5 de la Ley de Turismo, limitando su venta a los viernes y sábados hasta las 2am. Por esta razón el tiempo de la investigación se enfoca en medir las consecuencias sociales de su consumo a partir de los años de vida perdidos por el mismo.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objeto de estudio los factores de riesgo que inciden para el consumo de alcohol y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), identificando a su vez el costo económico y social que esto representa para el Estado. El interés radica en hacer el ejercicio teórico necesario para articular la realidad nacional hacia la formulación de políticas públicas que respondan a un contexto basado en evidencia nacional y no solo en el reflejo de la influencia política o económica de un determinado país.

El cuerpo teórico de la investigación se abordan temas como; las implicaciones a nivel nacional y regional, los factores de riesgo y los factores protectores, la carga económica y los años de vida que una persona pierde por el consumo de alcohol. La parte metodológica describe todas las acciones que se llevaron a cabo para la obtención de los resultados expuestos en este documento, que van desde la formulación de objetivos hasta las técnicas de levantamiento y procesamiento de datos. En la sección de resultados y discusión se da a conocer las características de la población que consume alcohol y los años de vida que se pierden con él. En las conclusiones y recomendaciones se identifican los factores de riesgo más sobresalientes para el inicio del consumo de alcohol y el grupo poblacional que más años de vida pierde.

1.2 El Problema

La pregunta central de investigación es: ¿Cuáles son los factores de riesgo y los años de vida que se pierden por el consumo de alcohol?

Preguntas Directrices

¿Cuál es el perfil socio demográfico de la población que muere debido al consumo de alcohol?

¿Cuál es el perfil socio demográfico de la población que pierde años de vida ajustados a la discapacidad por el consumo de alcohol?

¿Cuántos años de vida pierden las personas por discapacidad a causa del consumo de alcohol en el Ecuador entre el 2012 y 2019?

¿Qué grupo poblacional pierde más años de vida ajustados a la discapacidad por el consumo de alcohol?

1.3 Objetivos

General

Identificar los factores de riesgo y los años de vida perdidos por el consumo de alcohol en el Ecuador.

Específicos

- Caracterizar el perfil socio demográfico de la población que consume alcohol.
- Determinar los años potencialmente perdidos a causa del consumo de alcohol en el Ecuador entre el 2012 y el 2019.
- Conocer los factores de riesgo personales asociados a la pérdida de años de vida por el consumo de alcohol.

1.4 Justificación y Pertinencia

El estudio del consumo de drogas a nivel mundial ha pasado por varios ensayos que están contruidos a partir de los paradigmas de cada época. La lucha contra las drogas o más llamada la “guerra contra las drogas”, término acuñado por primera vez en los años 70 en Estados Unidos por el presidente Nixon, ha llevado a cuestionamientos fuertes acerca de la legalidad y la regulación de las sustancias sujetas a fiscalización; este debate ha construido espacios de discusión científica con la necesidad de mirar la problemática de las drogas desde una perspectiva más integral, ya que nos obliga a subjetivar el término “*sustancia*” y ver el consumo como un síntoma producido a partir de la suma de factores individuales, culturales y, por qué no, políticos.

Por este motivo la presente investigación se aborda desde una perspectiva pos-positivista, en la que se conjuga tanto lo cuantitativo como lo cualitativo de los datos recogidos en relación con el tema, es decir al análisis de la realidad a partir del propio contexto en el que se construye.

En tal sentido la problemática de las drogas como fenómeno psicosocial se aborda bajo el enfoque de autores como Tom Wainwright, Slavoj Zizeck, Michael Foucault, quienes asumen paradigmas sociales que subjetivizan el consumo de drogas desde una perspectiva integral, y a su vez se toma en cuenta las recientes investigaciones estadísticas que describen el comportamiento de los años de vida que un ser humano pierde por el consumo de drogas.

En el estudio sobre el consumo de alcohol del año 2015, la Organización Mundial de la Salud sostiene que a nivel regional el consumo de alcohol ha aumentado de 4.6% a 13.0% entre las mujeres y de 17.9% a 29.4% entre los hombres en los últimos años (OPS; OMS, 2015). En el 2012 el consumo de alcohol ocasionó una muerte cada 100 segundos en Latinoamérica y contribuyó a más de 300,000 defunciones en ese año; de ellas, más de 80,000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas neoplasias, infección por el VIH/sida y diversos trastornos mentales. El alcohol ha estado involucrado en más de 274 millones de años de vida sana perdidos (AVAD) en la Región de las Américas en 2012. Se estima que el 5.7% de los habitantes de la Región han señalado el padecimiento de algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol, aunque es probable que el número sea mayor.

Pese a este contexto, el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales no son prioridad para la academia y mucho menos para el Estado. Las pocas políticas públicas que se han generado tienen una postura de regularización enfadadas principalmente en las denominadas drogas duras descuidando las sustancias ya legalizadas. Esta investigación plantea identificar los factores de riesgo y los años de vida que una persona pierde por el consumo de alcohol, de tal manera que contribuya en la toma de decisiones para la priorización del gasto público en prevención del consumo o para el tratamiento de las patologías asociadas al consumo del alcohol.

El análisis que se propone dentro de este estudio tiene pertinencia en el campo de las ciencias sociales y ciencias políticas ya que, a pesar de los mecanismos de control implementados por el Estado, la incidencia del consumo de alcohol en la sociedad es significativa; y debido en gran medida a la incongruencia entre la formulación de políticas públicas y la evidencia científica relacionada y contextualizada al consumo de alcohol en el país.

El estudio se realiza en Ecuador y se pretende levantar un informe de la situación nacional sobre el consumo de alcohol y su incidencia sobre la salud, y contribuir a estudios epidemiológicos realizados por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, donde se ha caracterizado este fenómeno en los países de Latinoamérica es así como el aporte más significativo es la contextualización del fenómeno a nivel nacional.

Los últimos datos que se encuentran disponibles en el Ecuador son el Censo del 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC), el “III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria” realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en coordinación con la Secretaría Técnica de Drogas (SETED) hoy absorbida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) Este hecho proyecta la poca producción de material investigativo asociado a la formulación políticas públicas.

1.6 Marco Metodológico

1.6.1 Nivel de profundidad de la investigación

A partir del grado y la profundidad con la que se aborda el tema la investigación se define como una investigación no experimental de tipo exploratorio- descriptiva, ya que busca caracterizar de forma clara la variable factores de riesgo y los años de vida potencialmente perdidos por el consumo de alcohol para el Ecuador desde el 2012 hasta el 2017, así como también busca establecer la causalidad entre estas dos variables.

1.6.2 Diseño de la metodología

Partiendo de un enfoque social, la investigación facilita el uso de una metodología exploratoria, que tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables planteadas, en un contexto en particular (Velasquez-Araque, 2017), además permite el análisis estadístico del comportamiento de las variables (Lafuerte & Marín, 2008).

Su diseño descriptivo permite la observación y descripción de la población sujeta a investigación sin influir sobre ella, busca además determinar la causalidad de las patologías asociadas al consumo de alcohol y los años de vida potencialmente perdidos.

Es de tipo documental ya que recoge documentación indirecta de los años de vida potencialmente perdidos por el consumo de alcohol y los factores asociados desde el 2012 hasta el 2017. Datos que se encuentran en los repositorios nacionales como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud pública del Ecuador (MSP).

Por tanto, es necesaria la aplicación teórica de un enfoque que complemente lo cuantitativo con lo cualitativo (Hernández & Fernandez, 2003) para de esta manera poder responder a los objetivos de investigación planteados previamente, es decir permite la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística descriptiva para establecer el comportamiento de la población en relación con las variables planteadas.

1.6.3 Población y muestra

Para (Levin & Rubín, 1996), la población se define como el conjunto de elementos que se estudia, acerca de los cuales se intenta sacar conclusiones, (Cárdenas, 1974) añade que este conjunto comparte también las mismas características. Se entiende a la población como el conjunto total de elementos (sujeto, objeto, hechos, procesos, fenómenos), que tiene características comunes.

Bajo esta concepción la población de sujetos considerados dentro de la presente investigación son todos los casos de consumo de alcohol y en particular los que a causa de su uso han muerto, y clasificados de acuerdo, a variables demográficas básicas como sexo, edad, estado civil entre otras.

Por otro lado, para el estudio de los factores de riesgo asociados se entrevistó a 4 personas que refieren haber tenido algún roce o afectación significativa producida por el consumo de alcohol.

1.6.4 Técnicas de recolección de datos

Objetivo Específico 1

Caracterizar el perfil socio demográfico de la población que consume alcohol (cualitativo y cuantitativo) y el de las personas que pierde años de vida por el consumo de alcohol.

Método: Analítico, Sintético

Técnica: Fichaje bibliográfico, Revisión de fuentes secundarias

Instrumento: Encuesta ENSANUT 2012, La Encuesta sobre de uso y consumo de drogas aplicada a los estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, entre noviembre y diciembre del 2016 SETED

Objetivo Específico 2

Determinar los años potencialmente perdidos a causa del consumo de alcohol en el Ecuador entre el 2012 y el 2017.

Método: Inductivo, Deductivo, (Análisis de la teoría relacionada a los años de vida perdidos por discapacidad perdidos el alcohol).

Técnica: Análisis Exploratorio

Instrumento: Estadísticas de Resumen, centralización, dispersión, forma.

Objetivo Específico 3

Conocer los factores de riesgo asociados a la pérdida de años de vida por el consumo de alcohol.

Método: Analítico, Sintético

Técnica: Estudio de Caso, investigación cualitativa

Instrumento: Guía con preguntas predefinidas

1.6.5 Procesamiento de datos

El proceso de levantamiento de datos se inició en el mes de enero del 2019 coincidiendo con el fin de gestión anual de las instituciones, para tener datos completos del año 2017. Los informes y datos estadísticos fueron recolectados desde las páginas oficiales de las instituciones como el

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), y el Ministerio de Salud Pública. Una vez obtenidos los datos, la información fue depurada a fin de corregir errores de digitación, o inconsistencias en los datos. Las bases de datos obtenidas al final fueron procesadas por el programa SPSS.

Para la selección de los sujetos a participar en la entrevista se tomó en cuenta el grupo poblacional de mayor consumo de alcohol según las estadísticas nacionales (INEC), es decir a personas entre los 19 y los 24 años, mestizos y dedicadas labores agrícolas. Para determinar los factores de riesgo se usó un conteo de palabras para encontrar las coincidencias entre los discursos de cada participante.

2. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

2.1 Contextualización del fenómeno del consumo de alcohol

El alcohol es asociado principalmente al placer, la sociabilidad, su capacidad para cambiar el estado de ánimo y la distorsión de la percepción, factores que son suficientes para que fuera considerado como un producto divino por las primeras culturas, lo que explicaría el uso del vino en muchas ceremonias religiosas (Muñoz, 2010). En la actualidad, sin embargo, el uso excesivo de alcohol es considerado como la principal causa para la carga de la enfermedad a nivel Regional relacionado con la violencia, lesiones, suicidio, enfermedades crónicas y otros trastornos de salud mental (O.P.S., 2010).

El consumo de alcohol es un fenómeno que ha sido estudiado ampliamente por la academia y se coincide en que es un concepto que se construye multifactorialmente, a partir de representaciones sociales, sean normalizadas o no, que ponen en evidencia los modos de consumo, las prácticas individuales, el contexto socioeconómico, político, cultural e ideológico.

Dentro de este contexto es necesario abordar este concepto desde una premisa relacional en donde aparece el consumo no como algo independiente de las distintas formas de uso, que no siempre responden simplemente a paradigmas o estereotipos de la época, para Kornblit, Camarotti y Di Leo (2010) lo que problematiza el concepto de consumo no es el tipo de sustancia que se consume, sino la relación y los modos de vida que se inscriben a su alrededor.

Esta lógica permite visibilizar al alcohol como la sustancia de mayor protagonismo en relación con el consumo de otras drogas, presente desde la adolescencia temprana hasta la vida adulta. Sin embargo, bajo el marco normativo legal de la Constitución del Ecuador del 2008 se considera a la adolescencia como uno de los momentos de mayor vulnerabilidad dentro de los ciclos de vida de un individuo. Se han orientado varios estudios en los que de alguna manera se reflejan las pautas

de consumo en esta población, conceptualizándose como una conducta propia de la edad y vinculada al ejercicio relacional entre sus pares, que además adquiere significativa importancia dentro de la utilización del tiempo libre y las actividades de ocio y diversión (Pons & Berjano, 2017).

En Estados Unidos en 1830 el consumo de alcohol llegó a los 7.1 galones por persona (el más alto de la historia de EE. UU.) pasando del consumo familiar o social, al consumo individual y en grupo que caracterizaba a la clase obrera, donde el whisky y otras bebidas alcohólicas parecían tener cualidades nutritivas y protectoras que resultaban bien para las extenuantes jornadas laborales. Para 1880 EE. UU recibió cerca de 15 millones de emigrantes irlandeses y alemanes profesantes de la religión católica que culturalmente tenían aceptado el consumo excesivo de alcohol lo que provocó el incremento de la delincuencia y la violencia. En 1900 el consumo era de 2.6 galones por persona al año, y fue cuando se lo asoció a consecuencias como el malestar físico, económico, la inseguridad, la ineficacia en el trabajo y fuertes problemas de salud para bebedores y sus familias.

La industria cervecera tuvo el control de más del 70% de los bares en los Ángeles y Chicago, esto facilitó la asociación entre el consumo, los juegos de azar, la prostitución y cabarets, hecho que se fortaleció con el incumplimiento de reglamentos como el cierre de los bares los domingos y horarios extendidos de consumo. En esta época el significado del bar o “salón” como se los llamaba, era un sitio de reunión no solo social sino también política, donde los hombres participaban de reuniones, se discutía la política local, se leía el periódico y podían recibir el correo, convirtiéndose así, en el escenario perfecto para relacionarse y relajarse. Todos estos antecedentes condujeron a la intervención del Estado con la prohibición de la fabricación y tráfico de alcohol, para poder disminuir los problemas sociales y las consecuencias de su consumo.

En 1920 Estados Unidos formula la principal política para el control de la producción y venta del alcohol llamada Ley Volstead o Ley seca, la cual prohibía la fabricación, venta, importación y

exportación de bebidas alcohólicas con más de 0,5 grados, sin embargo la corrupción y la debilidad del Estado, extenuó su aplicación y favoreció aún más la corrupción, incrementándose así, el crimen y la violencia con la aparición de nuevas “mafias” de migrantes italianos, judíos e irlandeses que encontraron en el tráfico de alcohol una forma de negocio exitoso (Humbert, 1976). Como consecuencia hubo un incremento de la violencia dejando como saldo 1000 muertos en Nueva York y 800 en Chicago en un solo día. A esto se suma el hecho de que para obtener alcohol aparecieron fenómenos como la producción casera, la adulteración y el contrabando proveniente de Canadá, México y el Caribe. En 1926 hubo más de 50,000 muertes en todo Estados Unidos, a esto se suman los problemas de salud como el aumento de cegueras y parálisis a causa del alcohol (Bosch, 2010). En 1933 se firma el Acta Callen-Harrison y se deroga la Ley Volstead que buscaba terminar con las consecuencias asociadas a la venta ilegal del alcohol.

Actualmente a nivel mundial se construyen y formulan políticas locales que prohíben o limitan la venta y consumo de alcohol, con el objetivo de mitigar las consecuencias a nivel personal, social, cultural y económicas (Ochoa, 2015). En Estados Unidos por ejemplo, está prohibida la venta de alcohol a menores de 21 años mientras que en el Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal regula la venta de alcohol a personas menores de 18 años y la penaliza con la clausura del local y además con privación de libertad al vendedor, además existen leyes que penalizan a las personas que conduzcan en estado etílico y las contravenciones oscilan desde la multa de un salario básico, pérdidas de puntos en la licencia de conducir y la privación de la libertad.

Si ocupamos los conceptos de Mackinder y su teoría de conquista del mundo (Ratzel, 2005), el Ecuador territorialmente ocupa un papel poco representativo en relación a otros países de Latinoamérica (Costa, 1992), después de Colombia, siendo el principal productor de cocaína de la región y siendo Brasil el país con más representación política frente al consumo de alcohol y otras drogas.

En el contexto actual uno de los recursos más importantes para la geopolítica es la teoría de Sistema Mundo desarrollada por Wallestein (Moncayo, 2016), en la que aparecen conceptos protagonistas como: Global, Nacional y Regional. El objetivo principal es entender analíticamente el Sistema alrededor del cual la lógica del consumo de alcohol se sostiene a partir de las condiciones geopolíticas y económicas de la región, más allá de una mera observación social o individual del fenómeno.

En este sentido, el capitalismo ejerce una fuerte presión en los modelos de consumo y los modos de vida, lo que permite la unificación entre la macro y la microeconomía (Armas, 1992), así el mundo se convierte en un “*gran supermercado*” en el que un determinado territorio es el principal comerciante y abastecedor de una sustancia, mientras que por otro lado, se mercantiliza todo tipo de actividad. El fenómeno de las drogas rebasa fronteras de lo cultural y nacional como es el caso de, Ecuador y los pueblos indígenas de la región, y enfatiza o prioriza el tema de los recursos económicos y geográficos como en el ejercicio comercial entre continentes como Europa y países como Colombia por poner un ejemplo. Este escenario rompe los conceptos primarios de la geografía política y se estructuran dentro de una globalidad, planteada desde la “world economy” donde la economía y el poder que se genera alrededor de la producción, transporte y el consumo de sustancias es paralela a la economía formal, dando como resultado un fuerte impacto a nivel regional.

La economía global y la especificación regional, así como los conceptos de “expulsados o marginados” que refiere (Sassen, 2015) son el resultado más visible del fenómeno del consumo, este modelo se orienta hacia los puntos extremos de la pirámide social, construyendo un binomio entre la demanda y la oferta. Si bien, las drogas han sido parte de la historia del ser humano, cuando se apartan de cultos religiosos o procesos curativos se vuelven uno de los mercados más jugosos y productivos para la economía formal e informal.

Desde la declaración de “la guerra contra las drogas” en 1982 por el presidente de Estados Unidos, Ronald Reagan (Bagley, Bonilla, & A., 1991), se crearon programas con énfasis coercitivo que buscaban controlar la oferta y la demanda de las drogas, condujo además a la interdicción en países como Colombia y Panamá abanderados por el lema de la defensa nacional, sin embargo, estas políticas condujeron la especialización de los productores, mientras más rédito en el mercado, mayor serán los intentos de llegar a potenciales mercados como Estados Unidos y Europa.

Siete años más tarde, en el segundo periodo del presidente Reagan, llegando a concluirse en términos generales como “*nefasta*” esta guerra, se produjo un cambio de estrategia desde la oferta hacia la demanda, es decir, creer que la solución es controlar la oferta con políticas sancionadoras, resultó ineficiente y hasta discriminatorio, la alternativa es entonces, trabajar sobre la oferta ya que la realidad muestra que es el capital de los países consumidores lo que promueve este fenómeno. Para los gobiernos de Latinoamérica las principales consecuencias de este fenómeno fueron la corrupción, el deterioro sociopolítico y fenómenos relacionados a la violencia

En Estados Unidos se registra que solo entre el 10% y el 15% del total de las sustancias sujetas a fiscalización es decomisado, sin embargo, anualmente las ganancias del mercado son de aproximadamente 500 billones de dólares, de los cuales, el 60% está en ese país, por otro lado es también, uno de los principales mercados para su expendio, con alrededor de 50 millones de usuarios, se puede comprender entonces, que cuando hablamos de mercado ilegal aparentemente es más fácil actuar sobre los países productores que contra el comercio internacional y el lavado de activos.

Aunque los estudios geopolíticos que definen el papel del Ecuador y el mercado del alcohol y otras drogas son relativamente escasos, se tiene claro el hecho de que no es un país productor, pero si mantiene un papel secundario dentro del engranaje de la oferta, papel que resulta extraño, dadas las similitudes geográficas y culturales que comparte entre los países andinos como Perú o Bolivia. Para Bonilla (1991) la estructura económica, el sistema político electoral, los grupos de poder, los

actores sociales y la relación con el sistema internacional son condiciones que nutren el campo para el desarrollo de esta problemática dentro de un sistema de producción y comercialización facilitado por una mano de obra andina socialmente debilitada y un mercado aún más conflictivo.

2.1.1. Análisis Nacional del fenómeno del consumo de alcohol

En el país no ha existido una cultura académica que promueva el desarrollo de estudios estadísticos relacionados al consumo de alcohol y mucho menos de otras sustancias, sin embargo, en este punto se dan a conocer los estudios nacionales más importantes realizados en su totalidad por instituciones del Estado.

En la Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de entre 12 y 17 años realizada en el 2012 por la Secretaría Técnica de Drogas del Ecuador la prevalencia anual de consumo de alcohol en adolescentes menores de 13 años es del 2.7%, en adolescentes de 14 y 15 años es del 6.4% y en adolescentes entre 16 a 17 años es del 9.4%. En el Cuarto Estudio Nacional en Hogares realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2014, se refiere que los adultos entre los 18 y 65 años tienen una prevalencia de consumo de alcohol del 31.3% anual (CONSEP, 2014).

En el 2014, según el informe de la Organización Mundial de la Salud el Ecuador pasó de encontrarse en segundo lugar en consumo de alcohol en América Latina, al noveno, con un consumo de 7.2 litros per cápita por año (OPS, 2014). En el 2010 el (INEC) refiere que más de 912,000 ecuatorianos consumen alcohol, de estos el 89.7% es de hombres y el 10.3%, de mujeres, el 2.5% son jóvenes de entre los 12 y 18 años.

En Ecuador según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (MSP-INEC, 2012), el consumo de alcohol es más frecuente en la población de entre los 20 y 59 años. Se estima que alrededor del 41.3% de las personas encuestadas consumen alcohol, el 25.2% es prevalente en el grupo de edad de entre los 10 y 19 años. En el consumo mensual por género se denotan diferencias

significativas cuando se relaciona con los grupos de edad: dentro del grupo etario entre 20 y 59 años, los hombres tienen una prevalencia de 56.5% y las mujeres de 25.4% en el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol dentro de la distribución geográfica es homogéneo en el territorio nacional, Las provincias que presentan mayor prevalencia del consumo de alcohol mensual entre los 10 y 19 años de edad es Pastaza (37.5%), Pichincha (33.6%) y Azuay (33%), sin embargo, en las provincias de Zamora Chinchipe (45.8%), Manabí (44.9%) y Santo Domingo (44%) la prevalencia de consumo de alcohol cambia de grupo de edad y se concentra en la población entre 20 y 59 años de edad.

La Encuesta sobre el uso y consumo de drogas aplicada a los estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, entre noviembre y diciembre del 2016, da a conocer que la edad promedio de inicio del consumo de alcohol se encuentra comprendida entre 14 y 15 años (Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas , 2016).

El costo social y económico que generó el consumo de alcohol y otras drogas en el año 2015 es de 214 millones de dólares, lo que representó el 0.22% del PIB, de hecho, los estudios de mortalidad por uso y consumo de drogas en el mismo año presentan indicadores de fallecimientos relacionados al consumo de drogas de alrededor de 8,693 personas, lo que representa el 13.42% a escala nacional de fallecimientos.

2.1.2 Análisis de la normativa legal del país para el Alcohol.

La gestión de políticas públicas permite plantear soluciones a problemas específicos en la sociedad, de una u otra manera las políticas públicas son juicios de valor que permite a los tomadores de decisiones velar por el bienestar de una población. Las políticas proyectan objetivos, estrategias, normas o reglas de convivencia que afectan directa o indirectamente en todos los ámbitos del ser humanos, desde el nivel individual hasta el social, ya que prohíben o regulan las

conductas que pueden resultar peligrosas para el bien común y por otro lado estimulan aquellas que guarden relación con la salud, los derechos y el bienestar integral de toda la sociedad.

Por tanto, las políticas que tienen que ver con el consumo de alcohol deben estar orientadas a mejorar los indicadores de salud y bienestar social, y además deben tomar en cuenta determinantes como: el patrón de consumo, sus efectos, la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud, promover la prevención, así como proponer modelos de intervención adecuados, que lleguen a beneficiar a la mayoría de la población.

La Organización Mundial de la Salud dentro de la carta de Ottawa expedida en 1986 recomienda cinco elementos como línea base para la construcción de políticas públicas vinculadas al consumo del alcohol:

Política pública sana. - que debe enfocarse en el reconocimiento de las consecuencias y las responsabilidades del consumo.

Ambientes favorables. – es necesario tomar en cuenta determinantes de la salud como el ocio, el cambio en los estilos de vida, la monotonía, el trabajo virtual, para generar condiciones de vida más seguras, estimulantes juntamente con el medio ambiente y el respeto del espacio público.

Acciones comunitarias. - promover la coparticipación comunitaria que permita el desarrollo de alternativas y propuestas de trabajo, a través de la capacitación el financiamiento y el acceso a la información.

Aptitudes personales. – orientar todas las actividades hacia el desarrollo de aptitudes y destrezas personales tanto en la población que posea mayor vulnerabilidad como en aquella en las que haya mayor porcentaje de consumo, para que ejerza total control sobre su bienestar integral.

Servicios sanitarios. – tomando en cuenta los modelos de atención vigentes en el país los sistemas sanitarios deben orientarse a la prevención y promoción de la salud tomando en cuenta los nexos comunitarios y las realidades territoriales, así como también la presencia de personal sanitario capacitado.

En el 2009 la O.M.S. y bajo la premisa de que toda política pública debe estar orientada en la prevención y reducción del consumo de alcohol recomienda 10 estrategias que los gobiernos deberían utilizar para reducir el uso y consumo de alcohol.

1. Liderazgo, concienciación y compromiso.
2. Respuesta de los servicios de salud.
3. Acción comunitaria.
4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
5. Disponibilidad de alcohol.
6. Marketing de las bebidas alcohólicas.
7. Políticas de precios.
8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo del alcohol y la intoxicación etílica.
9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.
10. Seguimiento y vigilancia.

Para el 2018 la Organización Panamericana de la Salud y la O.M.S. en su documento de evaluación y calificación de las Políticas en material de Alcohol recomienda algunas de estrategias que pueden ser aplicadas en el contexto ecuatoriano.

Tabla 1.- Clasificación de las intervenciones para limitar la disponibilidad del alcohol

Estrategia o intervención	Eficacia	Aval empírico	Puesta a prueba	Observaciones
----------------------------------	-----------------	----------------------	------------------------	----------------------

**en
distintos
países**

Prohibir la venta	+++	+++	++	Reduce sustancialmente el consumo y los efectos perjudiciales, pero comporta los efectos colaterales relacionados con el mercado negro, que resulta muy caro suprimir. Es ineficaz sin una lucha activa contra la delincuencia.
Prohibir el consumo en lugares públicos	?	+	+	Afecta a los consumidores jóvenes y en situación de alto riesgo o marginalidad; puede desplazar los efectos perjudiciales sin reducirlos necesariamente
Imponer por ley una edad mínima para la compra	+++	+++	++	Es eficaz para reducir la mortalidad por accidentes de tránsito y otros efectos perjudiciales con una mínima observancia de la norma, pero la observancia estricta aumenta sustancialmente la eficacia y el costo.
Racionamiento	++	++	++	Los efectos son más importantes en los grandes bebedores.
Imponer el monopolio estatal de las ventas al por menor	++	+++	++	Es una medida eficaz para limitar el consumo de alcohol y los efectos perjudiciales. Los objetivos de salud y orden públicos de los monopolios estatales aumentan los efectos beneficiosos.
Restringir el horario y los días de venta	++	++	+++	Es eficaz si los cambios en los horarios reducen significativamente la disponibilidad o donde los problemas como la violencia nocturna guardan una relación específica con los horarios de venta.
Restringir la densidad de puntos de venta	++	+++	++	Se ha demostrado que reduce tanto el consumo como los problemas. Los cambios en la cantidad de puntos de venta afectan más a la disponibilidad en áreas donde ya era escasa, pero la concentración de puntos de venta en distritos de entretenimiento puede provocar problemas de desorden público y violencia.
Variar la disponibilidad según la	++	++	++	Se ha probado sobre todo con las cervezas de distinta graduación y ampliando la disponibilidad del vino.

graduación de la bebida

Autor: Bador et al, 2010

Fuente: Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, 2015

El grado en que la evidencia se aplica igualmente bien a diferentes países, grupos culturales y clases sociales. Las calificaciones fueron a partir de la siguiente escala: 0= las evidencias indican poca eficacia; += las evidencias demuestran eficacia limitada; ++= evidencia de eficacia moderada; +++= evidencia de alto grado de eficacia; = no se han realizado estudios o hay evidencias insuficientes sobre las que se puede basar un juicio.

Esta tabla permite conocer las buenas prácticas en temas de políticas públicas alrededor de la prevención y la reducción del consumo de alcohol, además de estas recomendaciones no podemos olvidar lineamientos enmarcados en la misma planificación que incluyen metas, indicadores, la planificación institucional, los tiempos y el presupuesto todo esto en espacios temporales de corto, mediano y largo plazo.

2.1.3 Marco legal actual vinculado al fenómeno socioeconómico de las drogas.

El instrumento vigente a nivel nacional vinculado al fenómeno socioeconómico de las drogas es el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021 elaborado por la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (SETED), este recoge la base legal que sostiene constitucionalmente el accionar de toda política pública en el Ecuador, la cual se expone a continuación.

Tabla 2.- Normativa nacional e internacional

Norma nacional o internacional	Contenido de la disposición
Constitución de la República del Ecuador 2008	<p>Art. 364. Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.</p> <p>Art. 46.5. El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.</p>

Convención Americana Sobre Derechos Humanos	<p>Artículo 17. Protección a la Familia: 1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.</p> <p>Artículo 19. Derechos del Niño: Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. Artículo 32. Correlación entre Deberes y Derechos: 1. Toda persona tiene deberes para con la familia, la comunidad y la humanidad. 2. Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común, en una sociedad democrática.</p>
Declaración Universal Sobre Derechos Humanos	<p>Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.</p> <p>Artículo 7. Todos los individuos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.</p> <p>Artículo 25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.</p> <p>Artículo 26.2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.</p>

Autor: Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas

Fuente: Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 20127-2021

A este marco legal se añade leyes específicas como el **Artículo 6. 10** de la Ley Orgánica de Salud que adjudica la responsabilidad al Ministerio de Salud Pública de:

“(...) emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud (...)”

Por otro lado, la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización en el artículo 3 dispone:

“(…) Declárense de interés nacional las políticas públicas que se dicten para enfrentar el fenómeno socio económico de las drogas, así como los planes, programas, proyectos y actividades que adopten o ejecuten los organismos competentes, precautelando los derechos humanos y las libertades fundamentales, mediante la participación social y la responsabilidad pública y privada, en procura del desarrollo humano, dentro del marco del buen vivir o Sumak Kawsay. Dichas políticas se basarán de manera prioritaria en evidencia científica que permita la toma de decisiones y la atención a grupos de atención prioritaria (…)”.

En este sentido estos cuerpos legales resaltan la función del Estado y la importancia de orientar las políticas a la prevención, poniendo especial atención a los grupos prioritarios como niñas, niños y adolescentes, a esto se puede añadir la Ley Orgánica de Educación Intercultural, que asume entre otras cosas el acceso a la educación pero también la prevención de enfermedades y el uso y consumo de estupefacientes, psicotrópicos, bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para la salud y desarrollo.

Así mismo el **Artículo 86** de la Ley Orgánica de Educación Superior establece que los DECES de cada institución deberán implementar programas y proyectos de información y prevención integral del uso y consumo de drogas, bebidas alcohólicas, tabacos y derivados del tabaco y coordinar el tratamiento y rehabilitación de las adicciones juntamente con el Ministerio de Salud Pública.

Por otro lado, la entidad encargada del control de la oferta es el Ministerio de Gobierno que a través de la Policía Nacional ejerce los procesos procesales y penales de los delitos que estén relacionados a la producción o el tráfico ilícito de las sustancias estupefacientes.

Una de las últimas medidas relacionadas estrechamente con el Alcohol es el **acuerdo 4522** del Ministerio de Salud Pública de 2013 en el que se regula y controla el etiquetado de alimentos para garantizar el acceso de las personas a la información oportuna y precisa y no engaños del contenido

de los alimentos para que el consumidor pueda tomar una correcta decisión al momento de adquirirlo, en este sentido el contenido alcohólico debe declararse en % dentro de las etiquetas y debe aparecer el siguiente texto:

“Advertencia. El consumo excesivo de alcohol limita su capacidad de conducir y operar maquinarias, puede causar daños en su salud y perjudica a su familia”, “Venta prohibida a menores de 18 años. Ministerio de Salud Pública del Ecuador””.

En el 2016 la Servicio Nacional de Aduana del Ecuador (SENAE) estableció lineamientos para el etiquetado fiscal de licores como el whisky, ron, tequila y vodka por parte de los importadores y distribuidores establecidos dentro de la Regulación de etiquetas fiscales y control de importación de licores, esta accionar con el objetivo de prevenir el contrabando del alcohol al país.

A partir de estas consideraciones se puede notar algunos avances en el tema de la prevención y control del alcohol, sin embargo, las recomendaciones son varias y el país aún debe desarrollar políticas públicas que mejoren el desempeño del Estado y precautelen el bien común. Según Jorge Paladines experto investigador de drogas en su programa de Podcast en el que analizó la Ley de prevención de consumo y microtráfico de drogas refiere que a nivel de Latinoamérica el promedio de Leyes destinadas a regular el consumo de drogas es de 30, mientras que el Ecuador no supera ni las 10.

Esto es un reflejo de las debilidades en las que se debe trabajar para mejorar el ecosistema relacionado al uso, consumo y expendio de drogas y específicamente del alcohol.

2.1.4 El fenómeno del consumo de alcohol desde la postura posmoderna

(Zizek, 2003) explora las fantasías ideológicas de completitud y exclusión que se elaboran dentro de la sociedad desde donde el sujeto humano está escindido por un profundo antagonismo que determina la realidad social y a través del cual actúa la ideología (Vargas, 2009). Es decir, el ser

humano pasa por un proceso en el que la ideología no es necesariamente el resultado objetivo de la realidad, sin embargo esta realidad “alterada” es la que sostiene nuestra relación con el entorno social desde un punto simbólico, en esto el autor sostiene que la naturaleza de la sociedad es crear objetos simbólicos en los que se pueda depositar todos nuestros temores, por ejemplo, el fascismo, el racismo, el emigrante o el alcohol, se produce entonces, el ejercicio de concentrar todos los problemas sociales en la figura del consumo.

Este “intruso externo” tiene como principal objetivo invisibilizar las luchas de clase, de ahí que se asocia muy fácilmente el consumo problemático a las clases sociales menos privilegiadas, razón por la que no se logra percibir como un problema social que produce implicaciones en todos los niveles socioeconómicos. Desde esta perspectiva, el consumo de alcohol lejos de estar separado de la realidad se convierte en la creación sintomática de la misma cultura, donde la percepción del consumo de alcohol es el blanco perfecto en el que se deposita todo aquello que es negativo, construyendo un “enemigo” social en el que se descargan nuestras frustraciones y deseos primitivos colectivos.

(Suzunaga, 2007), en sus apuntes sobre la toxicomanía describe una relación estrecha entre el síntoma del sujeto y el síntoma social. Es en este momento en que se conceptualizan el capitalismo y la globalización como sustantivos articulados a la clínica (el síntoma como reflejo objetivo de un malestar), por tanto, el síntoma del sujeto debe ser leído con el síntoma social, siendo el cinismo como consecuencia, según menciona el autor.

Sea cual sea el término que se utilice, cinismo o evasión, no le quita el hecho de que cada vez es más extendido en la sociedad. A esto se suman síntomas que construyen relatos que proyectan la actualidad contemporánea (accidentes, violencia, abusos, vulneración de derechos, entre otros). A lo que desde el punto de vista Baconiano es un goce que no pasa por el “Otro”, sino que se sublima hacia el objeto poseedor de placer.

Esta relación capitalista de intercambio influye significativamente en el reordenamiento social donde el mercado y el deseo de acumulación del individuo, destruyen las construcciones colectivas más importantes del ser humano como la amistad, fraternidad, familia e incluso el mismo Estado, alcanzando directamente los subsistemas de salud, educación y trabajo. Como consecuencia se subjetivizó políticamente al consumo de alcohol para conceptualizarlo como un enemigo público, en una suerte de un “mal necesario”.

De este modo el consumo se convierte en la manifestación de un pensamiento colectivo de una nueva construcción social similar al capitalismo que se sostiene con la satisfacción sin límite de la pulsión, lo que altera además las formas de interacciones sociales y prioriza el goce individual. Quizá la particularidad con la sustancia es el alejamiento de este goce fálico común socialmente aceptado, en el que aparece el plus del goce o “goce perverso”, donde la pulsión se orienta hacia el objeto creando la ilusión de un goce individual, que no se limita a las normas sociales, es decir el goce no se regula con la ley del Padre (o Estado).

La estética del consumo entonces es el resultado de la interacción de las realidades individuales que construyen la realidad social con respecto a la sustancia, ciclo que parece ser el único resultado lógico de la modernidad. El consumidor ya no solo es la respuesta social, sino la híper-adaptación de la normalidad, donde el discurso de la legalización encuentra su justificación aparente.

Un argumento desestabilizador es que se debe marcar las diferencias de consumo; quienes lo hacen esporádica o socialmente ajustado y en quienes el consumo es una necesidad, entonces la evasión es la construcción de una propia realidad alejada de toda forma social esperada o aceptada, aunque no necesariamente nos lleve a pensar en seres alejados del orden. Como un intento de huir de lo que se debe ser, en contra del mandato impuesto del debería vivir; éxito y dinero como afanes de la modernidad serían algunos síntomas del gran síndrome del “ser” idealizado culturalmente.

Para Lévinas (2012) el “Otro” es el modo natural y racional de trascender al “Yo individual” y la única instancia para la realización humana. Así, la preferencia por el Otro puede sentar las bases de un mundo mejor. Si bien no pretende ser una postura de verdad, pero si ser una alternativa distante a las ciencias que considera la evasión/consumo como alternativa única de la interacción del hombre con la sociedad capitalista y apunta entonces a la responsabilidad ética hacia el Otro, volviendo la obediencia hacia la ley del Padre y el control moderado de las pulsiones.

Desde esta perspectiva el Otro como un abstracto, debería ser entendido como otro social que no es un enemigo que limita la obtención de “éxito o placer” es en cambio un hermano. Por tanto, los “otros desajustados” (dependientes de sustancias) son leídos como portadores de afecciones físicas, psíquicas y espirituales que son dejados por el sistema económico, político, cultural, social, religioso.

El autor aclara esta idea con la obra de Cervantes, “Don Quijote de la Mancha”:

“... Yo sé y tengo para mí que voy encantado, y esto me basta para la seguridad de mi conciencia, que la formaría muy grande si yo pensase que no estaba encantado y me dejase estar en esta jaula perezoso y cobarde, defraudando el socorro que podría dar a muchos menesterosos y necesitados que deben tener a la hora presente precisa y extrema necesidad de mi ayuda y protección”.

Don Quijote nos enseña a ver, sentir y vivir fuera de la influencia del capitalismo, y a emprender un camino de locura (que para el autor en realidad es cordura) para encontrarse con el Otro y apartarse de todas las ideologías de la racionalidad (y el discurso simplista de la regulación, en términos del consumo de alcohol) que aíslan las realidades humanas y sus dificultades más apremiantes.

Para (Lévinas, 2012), la lucha constante entre la lucidez y la realidad común que presenta el capitalismo es una responsabilidad ética, mientras que la locura es en sí aceptar como verdad

indiscutible la evasión como único fin de la estética actual y se plantea el hecho de que la satisfacción de las necesidades no elimina ni reduce la subjetividad que busca más allá de lo material, es decir, que está en contra de todo discurso que reduce al sujeto por la materia o sustancia.

Se podría decir, que el pensamiento de Lévinas está en contra del culto del goce y la libertad como “fundamento infundado” de concebir la subjetividad a partir de la arbitrariedad como absoluto de su realidad, donde la libertad no puede admitir otra libertad, es decir la búsqueda individual de un goce perverso. Esta forma de pensar construyó la noción de libertad/acumulación como promesa explícita de él Mismo/ él Individual, y por otro lado permite la elaboración de pensamientos irracionales o justificaciones del exterminio de toda alteridad, manteniendo el estatus quo de una sociedad consumista.

Por tanto, sólo la relación cara a cara entre el Yo y el Otro es donde comienza la verdadera libertad como sujeto, alejándose de las formas de arbitrariedad e injusticia y pensamientos anclados. Para Lacan esto se sostiene en un inicio como, la construcción de imaginarios y significantes que definen el comportamiento de acuerdo con la estética actual sobre el consumo de alcohol y otras drogas. Es entonces que estos mismos mecanismos que construyen una realidad pueden reconstruir nuevos imaginarios, con nuevos discursos e interacciones subjetivas alejadas del individualismo y cercanas al Otro como hermano o compañero de vida.

2.2. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol

Los factores de riesgo son definidos como la vulnerabilidad que incrementa la propensión del consumo de alcohol en volumen y patrones de consumo, así también como las lesiones causadas; entre ellos está la edad, el sexo, los roles de género, factores familiares y la situación socioeconómica, nivel de desarrollo, cultura, normas, el contexto del consumo, la producción, distribución y la regulación (OMS, 2015), por tanto desde una posición determinista se entiende

que si se conocen los factores que incrementa el riesgo, es posible disminuir o prevenir el consumo de alcohol.

(Cabrera, Molina, Gonzales, Hernández, & otros, 2013) por su parte entiende el consumo de alcohol como un fenómeno multifactorial, donde los factores de riesgo se diferencian en factores individuales, sociales y ambientales, esto permite un abanico diferente de vulnerabilidades en cada persona para la instalación del consumo por lo que no es posible determinar una causalidad directa.

A continuación, se clasifican los factores de riesgo en individuales, sociales y ambientales y se conceptualiza cada uno de ellos:

i. Factores individuales de riesgo

Los factores individuales que intervienen para el consumo de alcohol corresponden a tres orígenes: genético, biológico y psicológico.

Factores de origen genético

El componente genético explica aproximadamente el 50% de la tendencia al alcoholismo. Los genes que se asocian a la vulnerabilidad de este fenómeno al tener un perfil genético y/o patrones de expresión génica particulares, donde intervienen los (SNPs) que son variaciones en la secuencia de ADN que afecta a una sola base de genes, los cuales codifican a las enzimas que metabolizan el etanol y la conversión a acetaldehído. Las investigaciones indican que la adicción es el resultado de neuro-adaptaciones del sistema nervioso central, lo que conlleva a una modificación de la fisiología natural del sistema nervioso a una fisiología adaptada a la sustancia (Rey-Buitrago, 2015).

Factores de origen biológico

La edad de inicio es el principal factor de riesgo a nivel biológico para el consumo de alcohol, debido a la inmadurez biológica, se provocarán neuro-adaptaciones más severas para con la

sustancia, por esa razón, a menor edad de inicio mayor probabilidad de presentar problemas asociados al consumo (Cabrera, Molina, Gonzales, Hernández, & otros, 2013).

Factores de origen psicológico

Este apartado incluye rasgos de personalidad como la baja tolerancia a la frustración, inseguridad, tendencia a la impulsividad y agresividad. El aspecto psicológico denota la presencia de problemas emocionales, los cuales pueden tanto impulsar al inicio o al mantenimiento del consumo (Lerma, y otros, 2015). Además de factores como: baja autoestima que, según Betty Neuman citada en (Salinas, Padilla, Ruiz, & Vera, 2014), se considera como un factor estresor intrapersonal que conduce a un estado de inestabilidad; por otro lado también, los altos niveles de angustia y ansiedad, entendiendo a la ansiedad como una respuesta frente a una situación de amenaza o peligro ya sea físico o psíquico, tomando acciones para anular o contrarrestar el peligro; Y altos niveles de depresión debido a que los trastornos afectivos se asocian fuertemente a los problemas relacionados con el alcohol (Ramírez, Marínez, & Asúnsolo, 2011). El mecanismo para librar las consecuencias reales de estos fenómenos es el consumo de alcohol.

Además, es pertinente tomar en cuenta al escaso control de impulsos, que puede ser tanto la causa como la consecuencia de un consumo de alcohol, desencadenando la impulsividad y hostilidad, llevando de la mano a la baja capacidad de resolución de conflictos y escasa inteligencia emocional. Otro de los factores intervinientes es la resistencia a la autoridad que se desarrolla principalmente en la adolescencia, como resultado de la dualidad entre el comportamiento de sus padres y sus exigencias, provocando una fuerte resistencia hacia la educación y el ejemplo que reciben de los adultos y así, fundamentan su comportamiento en contraposición a lo que sus educadores indican (Pérez, y otros, 2010).

ii. Factores sociales de riesgo

En el ámbito familiar, se observa que el primer contacto con el alcohol ocurre principalmente en el hogar por medio del consumo recreativo y social de los padres y familiares. En este sentido, los

padres y educadores emiten mensajes contradictorios, por un lado, ignoran el problema en su propio consumo, pero con la rotunda prohibición de consumo por parte de los hijos (Pérez, y otros, 2010). Consta como un factor de riesgo los antecedentes de consumo en la familia, debido a que el entorno consumidor adyacente al individuo sigue siendo uno de los factores explicativos más fuertes en relación con el consumo de alcohol (Obradors-Riala, Ariza, & Muntaner, 2013).

Dentro de la familia juega también un papel importante los débiles límites y patrones permisivos de conducta, que por lo general se evidencian en familias disfuncionales, donde el modelo biparental que tiene un peso sobre “lo tradicional”, ya no tiene sentido de autoridad y debido a que el individuo no cumple los estándares de “normalidad”, se siente más estigmatizado (Obradors-Riala, Ariza, & Muntaner, 2013). Además de la violencia intrafamiliar y el distanciamiento afectivo entre los miembros de la familia, donde rara vez comparten tiempo y actividades juntos.

Con respecto a la socialización, el deseo de aceptación social y/o la baja resistencia a la presión grupal, comprenden un riesgo debido a que la compañía más frecuente para el consumo de alcohol son los amigos, seguido de los familiares y por último la pareja o cónyuge (Cabrera, Molina, Gonzales, Hernández, & otros, 2013).

La sociedad como modelo y moderador para una convivencia armónica ha caído en el error de ser permisiva frente al consumo de alcohol, poniendo en debate el fácil acceso a la sustancia y sobre todo la falta de políticas y regulaciones con respecto a este fenómeno, ya que el consumo y la publicidad es un engranaje importante dentro de la economía, provocando en las personas una actitud consumista y hedonista, donde el principal objetivo es la satisfacción de los placeres (Obradors-Riala, Ariza, & Muntaner, 2013). A esto, se suma la ausencia de programas de salud con respecto a la prevención del consumo de alcohol.

Por otro lado, el alto índice de desempleo y el descontento profesional se puede definir como un predictor social de consumo problemático de alcohol, según (Ramírez, Marínez, & Asúnsolo,

2011) las ocupaciones en trabajos penosos o poco reconocidos socialmente tienen mayor riesgo de iniciar y/o mantener el consumo de alcohol.

iii. Factores ambientales de riesgo

Los ambientes hostiles de riesgo comprenden las zonas de producción y venta de alcohol, donde existan lugares y personas que expenden y consumen alcohol. El riesgo incrementa exponencialmente si la vivienda del individuo se encuentra en zonas de turismo, dado que la disponibilidad de sustancias psicoactivas legales e ilegales es mayor (Díaz & Amaya, 2012).

Osorio, Ortega y Pílon (2004) citados en (Ortega, Arteaga, & Medina, 2008) realizan una investigación sobre factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes, en la cual identifican siete categorías dentro de las cuales se hallan los factores de riesgo: la conducta, salud mental, habilidades sociales, familia, escuela, pares y la recreación.

Dentro de la categoría de la conducta, se encuentra la expresión de rabia, aislamiento social, autocontrol. Dentro de salud mental se encuentran síntomas depresivos, psicóticos, de ansiedad, aislamiento y rebeldía. En las habilidades sociales actúan la asertividad, seguridad y confianza. Con respecto a la familia se toman en cuenta los antecedentes de consumo en la familia, violencia o negligencia intrafamiliar, disfuncionalidad, sobreprotección parenteral. En el entorno escolar se valora la actitud, satisfacción y rendimiento académico, inasistencias, abandono de estudios. Con los compañeros y pares se comprende la presión grupal, uso y venta de drogas. Y por último interviene la recreación y el uso de tiempo libre, el uso recreativo de drogas (Ortega, Arteaga, & Medina, 2008).

En otro orden de cosas, Ortega (2004) evidencia ocho categorías de creencias sobre las que las personas conceptualizan el consumo de alcohol y otras drogas:

1. Creencias sobre la vulnerabilidad: El consumo se encuentra en todos los estratos sociales, residiendo sobre los jóvenes la mayor susceptibilidad al consumo.
2. Creencias sobre factores de riesgo: únicamente los jóvenes se encuentran en riesgo por la curiosidad, la baja autoestima, la desintegración familiar y la presión de grupo.
3. Creencias sobre las consecuencias sobre la salud: El consumo provoca alteraciones en el sistema nervioso, respiratorio, digestivo, alteraciones mentales y conductuales que pueden causar la muerte.
4. Creencias sobre estereotipos: el consumo crea estereotipos en cuanto a las personas que consumen, como por ejemplo que los consumidores son personas enfermas, débiles, violentas y delictivas.
5. Creencias sobre factores protectores: como factor protector principalmente se encuentra el apoyo familiar, buenas relaciones entre familiares, una adecuada utilización del tiempo libre, el reforzamiento de valores morales y sobre todo en cuanto a la sociedad, crear campañas informativas y preventivas.
6. Creencias sobre los condicionantes protectores: La participación de los jóvenes en actividades deportivas, recreativas, religiosas les ayudaría mantener una vida sana lejos de las drogas. Los valores inculcados en el hogar, la formulación de proyectos de vida, una alta autoestima y rodearse de personas productivas previene el consumo de drogas en los jóvenes.
7. Creencias sobre acciones saludables: la organización del tiempo para actividades de interés busca ayudar para el mejoramiento del rendimiento académico y la creación de hábitos saludables con respecto a la alimentación y al ejercicio.
8. Creencias sobre comportamientos no saludables: las acciones no saludables comprenden la realización de dietas estrictas, administración de sustancias específicas para mantener el peso deseado, la automedicación de fármacos con la finalidad de mejorar la memoria, la ansiedad o el sueño (Ortega, Arteaga, & Medina, 2008).

2.2. Factores protectores en el consumo de alcohol

Los factores psicológicos pueden ser de riesgo así como de protección y es en este apartado donde se toma en consideración a la inteligencia emocional y al manejo adecuado de las emociones y de la comunicación, ya que en estudios recientes se evidencia significativa relación entre la inteligencia emocional como un factor de protección ante conductas de consumo de alcohol y otras drogas (García del Castillo - López, García del Castillo, & Marzo, 2012). La necesidad de tener una identidad y un proyecto de vida comprometen el sentimiento de ser aceptado e integrado en un grupo sin la necesidad de sentirse presionado a ser y hacer cosas con las que no se encuentra cómodo. Tener autodisciplina, habilidad en resolución de conflictos y alta y efectiva capacidad para tomar decisiones (Perez, 2012)

La ausencia de políticas y programas en el país basados en evidencia científica que tomen en cuenta los costos y la eficacia de las estrategias de prevención y el enfoque de reducción de riesgos y daños referentes al consumo de alcohol son en gran magnitud, un factor de riesgo a nivel macro. Para ello es necesario aplicar políticas no fragmentarias enfocadas en dar respuesta a la verdadera magnitud del impacto en la salud y en el desarrollo social del país. Si la toma de conciencia con respecto al fenómeno es mayor, será también más significativa la respuesta a nivel nacional, regional y podría llegar a ser mundial. (OMS, 2010)

2.3. Carga de la enfermedad y años de vida ajustados a la discapacidad

El estudio de la carga de la enfermedad tiene sus inicios desde el siglo XVII cuando una de las preocupaciones en el campo de la salud era la descripción de indicadores y el estado de salud que permitieran orientar la priorización de recursos. Fue en 1993 que el Banco Mundial presenta los primeros estudios de años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) de Ghana, esta investigación permitió evaluar la carga de la enfermedad en otras partes del mundo. Dentro del cual miden cuatro aspectos:

- Todo efecto que representa una pérdida de bienestar debería ser incluido en el indicador.
- Las características individuales que se consideran para calcular el indicador se reducen a la edad y el sexo.
- Los eventos de salud son tratados como iguales, independientemente del entorno.
- La unidad de medida es el tiempo (Londoño, 1996).

Para Lozada y Aguinaga (2003) el estudio de los AVAD está en función de:

- Incorporar en definición de prioridades y asignación de recursos, el uso de indicadores compuestos que incluyan la medición de resultados no mortales.
- Sensibilizar y hacer más equitativa la asignación de recursos.
- Permitir que la definición de prioridades y la asignación de los recursos se realicen con objetivos.
- Favorecer el uso de los (AVAD) como indicador que permita evaluar tanto las necesidades de salud como la efectividad de las intervenciones.

Por un lado, la pérdida de vida por muerte prematura resulta de la diferencia entre la edad promedio de muerte y la esperanza de vida a esa edad y por otro la pérdida de vida saludable resultante de la discapacidad. El uso de los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) incorpora el concepto de discapacidad lo que permite estimar los valores de pérdida futuros dada una condición específica, esto permite cuantificar los años de vida que se pierden por el consumo de alcohol que es una conducta culturalmente normalizada pero que tiene una alta prevalencia.

La descripción de este valor permite a los tomadores de decisiones priorizar los sistemas de referencia, atención y vigilancia prevalentes sobre el consumo de alcohol. Si bien permite priorizar las medidas a tomar, con relación a las vulnerabilidades asociadas o de acuerdo con grupos poblacionales de mayor riesgo, también, se visibiliza la efectividad de las intervenciones y así identificar aquellas que resulten con mayor costo-efectividad. Según el estudio de carga mundial de enfermedad del año 2010, los tres factores de riesgo que aportan para la mayor parte de la carga

de enfermedad en Ecuador son el uso de alcohol, los riesgos relacionados a la dieta no saludable y la presión arterial alta (Montoya, 2014).

En el informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas de 2012, el alcohol es responsable de 274,000.000 de años de vida sana perdidos (AVAD), es responsable además de la principal causa de mortalidad y discapacidad en personas entre los 15 y 49 años estimándose pérdidas salariales de miles de millones de dólares. La vulnerabilidad más importante es la etnia donde la población indígena, aunque no se reflejan datos concretos asegura que la dificultad en el acceso a la salud de esta población provoca daños sustanciales por el consumo de alcohol, en cuanto al sexo, la mujer en América Latina tiene la prevalencia más alta del mundo de patologías relacionadas al consumo de alcohol. En la población joven la frecuencia del consumo es menor, pero se aumenta la cantidad ingerida en cada ocasión, la edad promedio de inicio del consumo para la región es de 14 años.

En cuanto a las consecuencias del consumo se valoran tres aspectos: la lesión, la inducción a comportamientos peligrosos y el favorecimiento en el desarrollo de otros trastornos, estas consecuencias pueden ser agudas o crónicas según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), en el cual constan más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por la ingesta de alcohol y más de 200 enfermedades en las que el alcohol pudiera tener alguna repercusión negativa.

El cálculo para conocer la cantidad de alcohol consumido se lo obtiene dividiendo la cantidad de alcohol vendido por el número de personas mayores de 15 años. En el Ecuador se registró un Consumo per cápita anual de 11.1 litros en hombres y 3.4 litros en mujeres. El informe toma en cuenta además el consumo de alcohol “no registrado” que para la región es del 14% considerándose el alcohol artesanal, alcohol de sustitución y las compras transfronterizas. Según los resultados expuestos, en países como Guatemala, Ecuador y Bolivia no existen datos del

consumo no registrado, pero partiendo de estimaciones, en el Ecuador se consume 3.0 litros de alcohol no registrado per cápita, siendo la cerveza el tipo de alcohol más consumido en la región.

Las consecuencias más relevantes sobre el consumo de alcohol son las relacionadas con los accidentes de tránsito, sin embargo, el índice de mortalidad es del 4.7% del total en América Latina en el año 2010. En el Ecuador según la Agencia Nacional de Tránsito anualmente existen cerca de 2000 fallecimientos a causas asociadas al consumo de alcohol, los choques, atropellamientos y estrellamientos representan el 75% (INEC, 2013). En cuanto los índices de discapacidad, el alcohol es el responsable del 6.7% de los años de vida perdidos por muerte prematura y de los años vividos con discapacidad. En 2012 los trastornos por el consumo de alcohol, la cirrosis hepática y la violencia interpersonal son las tres primeras causas de mortalidad y discapacidad en la región, el 35% de las defunciones y los AVAD son causados por traumatismos.

2.3.1. Carga económica de la enfermedad para el Ecuador

La carga económica que genera una enfermedad es el resultado de la suma de los costos monetarios que el gobierno estatal, los sistemas de salud y las personas deben asumir para prevenirla y tratarla. En éstos se incluyen los costos de tratamientos, los costos de cuidados para quienes padecen la enfermedad, los costos de muerte prematura y la discapacidad que genera la enfermedad en las personas.

Los motivos para que la carga económica de una enfermedad sea tan pesada son debido a que existen un gran número de personas afectadas, la ausencia de la adecuada prevención y sobre todo la no detección temprana. Para reducir los costos de las enfermedades se deben proponer estrategias encaminadas a priorizar intervenciones de prevención y detección temprana que incluyan enfoques de género, interculturales y comunitarios (OPS, 2011).

Para calcular la carga económica que genera determinada enfermedad, según la encuesta del Centro Estudios de Desarrollo Económico (CEDE) del año 2014, se realiza una suma de los valores

específicos que se generan en cada nivel de intervención, es decir, al gobierno local le corresponden los costos de prevención y promoción y los costos de control y vigilancia. A los sistemas de Salud le corresponden costos por morbilidad y costos de tratamiento. Para el paciente le representan los costos de gastos de bolsillo, es decir, de hospitalización y de consulta externa que tienen, esto reflejan los costos directos médicos que es soportada por los hogares y no por el sistema de salud, además los costos por muerte prematura, valores por pérdida de productividad o discapacidad y por pérdida de bienestar. Y por último en el entorno familiar actúan los costos correspondientes al valor de pérdida de productividad y de bienestar del cuidador Castro (2014).

Con respecto al gasto que genera al país el consumo de alcohol, (Dávila, 2013) menciona que el presupuesto destinado al programa de Salud Mental para la prevención del consumo de alcohol a nivel nacional es alrededor de \$122,500 dólares que a su parecer son repartido injustamente en todas las provincias, Pichincha tiene un presupuesto anual de 14,370 dólares para programas de salud mental, Pero que, al momento de verificar dicha información, el encargado del área de promoción de salud de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha y el encargado de la SETED señalaron que no cuentan con presupuestos específicos destinados a la prevención del consumo de alcohol.

En el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas (2011) se estipulan presupuestos aproximados para cada programa según el nivel de prevención con respecto al consumo de alcohol y otras drogas. Y se detalla de la siguiente manera: para el Programa Nacional de Prevención integral del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas existe un presupuesto de \$1,927.067 y el Programa Nacional de Desarrollo Alternativo Preventivo de los grupos en situación de riesgo frente al fenómeno de las drogas con \$396,899, actuando estos en la prevención primaria; para el Programa Nacional de Atención, Tratamiento y Recuperación de personas con adicción al consumo de alcohol y otras drogas, \$1,396.652, actuando sobre la prevención secundaria y finalmente a nivel de la prevención terciaria se encuentra el Programa Nacional de Reintegración social para los sujetos en recuperación con un presupuesto de \$325,203.

El presupuesto a nivel país destinado al área de salud en el año 2011, fue de 1,776 millones dólares, de los cuales \$774,431.22 fueron destinados exclusivamente a gastos en la atención de casos vinculados al consumo de alcohol (Dávila, 2013).

Durante el año 2012 en Ecuador el 27,8% de los gastos presupuestados por el Gobierno fueron destinados al sector social, de ello el 24.5% para salud es decir US \$221 millones de dólares, sin embargo, el análisis es limitado ya que una cosa es hablar del gasto planificado y otra cosa es hablar del gasto ejecutado (Mancilla, 2012).

El presupuesto destinado para el sector social a finales del ejercicio fiscal 2013 ascendió a USD 10.176,81 millones, que equivale al 28.14% del presupuesto total codificado, de los cuales se devengaron USD 8.959,08 millones registrando un nivel de ejecución de 88.03%, De este en salud se ocupó 2,146.41 millones de dólares. El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2014 fue de 2 162 millones de dólares, de los cuales se asignaron 31'486.498,516 dólares para las distintas acciones en salud mental y prevención de drogas, lo cual corresponde al 1,46% del presupuesto total. En el 2015 el presupuesto para salud es de 2.874 millones aproximadamente, para el 2016 el presupuesto para salud fue de 2.427 millones correspondiente al 7.59% del PIB, para el 2017 en cambio el presupuesto es de 2.3 millones de dólares (Ministerio de Finanzas, 2018).

El presupuesto destinado para salud ha ido variando en el transcurso de los años, de la misma manera no se tiene claro cuanto del presupuesto asignado se destina a la prevención del consumo de drogas y mucho más difícil conocer el presupuesto exclusivo para el tratamiento del consumo de alcohol.

2.3.2. Carga social de la enfermedad para el Ecuador

En el Ecuador a pesar de contar con un marco regulatorio del consumo de tabaco y alcohol, la tasa de mortalidad atribuida al consumo de alcohol en mujeres es de 13.2 por cada 100,000 habitantes, mientras que para los hombres es de 39.6 por cada 100,000 habitantes. Los AVAD atribuibles al

alcohol es del 6.6 por cada 100.000 en el Ecuador y 15.9 por cada 100.000 habitantes en la región (OMS, 2015). Los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte del cual, el 50% de estas muertes, estuvieron relacionados con el consumo de alcohol (OMS, Estrategia de Cooperación, Ecuador, 2018).

En el Ecuador el análisis del consumo de alcohol se encuentra dentro de las Enfermedades No Transmisibles, además del consumo de tabaco, inactividad física, dietas malsanas, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia, todas estas enfermedades repercuten significativamente en los procesos de salud y enfermedad encontrándose siempre en el perfil epidemiológico del país y son causa importante de enfermedad, muerte y discapacidad de la población ecuatoriana (Lozada, Aguinaga, Paez, Olmedo, & Pozo, 1999). En este grupo de enfermedades se evidencia la mayor pérdida de vida saludable, con 904,335 años de vida saludable perdidos, lo que representó el 42.2 por ciento del total nacional.

En el II estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria el Ecuador en el 2012 el 70.4% de los estudiantes consumen alcohol de manera recurrente, con diferencias significativas entre hombres y mujeres, 77,8% y 64% respectivamente, es decir, 14 puntos porcentuales más entre los hombres (CICAD/OEA, 2012). En el 2013 el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo INEC, revela que 912.576 personas consumen alcohol, el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres, el 2.5% corresponde a grupos de edad entre los 12 y 18 años (Ponce, 2018).

Según la O.P.S., el Ecuador en el 2014 ocupó el noveno puesto en consumo de alcohol, es decir, una persona bebe 7.2 litros per cápita por año, aunque las cifras con alentadoras el país aún se mantiene dentro de los 10 primeros países más consumidores de este producto. (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Para el 2015 el Ecuador, registra un el 71% de consumo de alcohol en su población principalmente entre 19 y 24 años con el 12% entro los 25 a 44 años con 11,5%, las de 45 a 61 años con un porcentaje de 7,4%, los mayores de 65 años con 2,8% y la

población menor de 18 años con un 2,5%. Por otro lado, la bebida más consumida es la cerveza con el 56% del consumo (Rivera & Valarezo, 2015). En el Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito realizado por la Unidad de Análisis e Investigación de Salud de la Secretaría de Salud del Municipio de Quito, el consumo de alcohol tiene una prevalencia del 40.9% en el 2017. El proyecto de “Salud al Paso” de la misma dependencia registra que el 15% de sus usuarios (n=234.043) refieren haber consumido alcohol en el último mes.

2.4. Los años de vida perdidos por el consumo de alcohol

La cirrosis y otras enfermedades del hígado son enfermedades que tienen una etiología debido al consumo excesivo de alcohol, y se encuentra que en el año 1990 ha provocado 1,385 muertes a comparación al año 2011 que provocó 1997 muertes. En otro análisis realizado por la misma institución, se obtiene que a partir del 2003 hasta el 2013, se producen un promedio de 604 muertes anuales, dando como resultado 6,042 muertes en 10 años.

El alcohol a nivel de América Latina en el 2005 causó aproximadamente el 10% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) en comparación a la cifra global de 4.4%. En una comparación realizada por el INEC en el periodo de 1990 a 2010 se evidencia un incremento en AVAD, el incremento fue superior al 50% para la enfermedad isquémica del corazón, diabetes, desórdenes relacionados con ansiedad, enfermedad renal crónica, desórdenes asociados al uso de alcohol y cirrosis hepática (Montoya, 2014).

En el Ecuador, según el INEC las principales causas de mortalidad por muertes prematuras entre 1997, 2011 y 2017 son:

Tabla 3. *Causas de muerte prematura 1997-2011- 2017*

No.	Principales causas de muerte	1997	2011	2017
1	Diabetes Mellitus	1,896	4,455	4,895

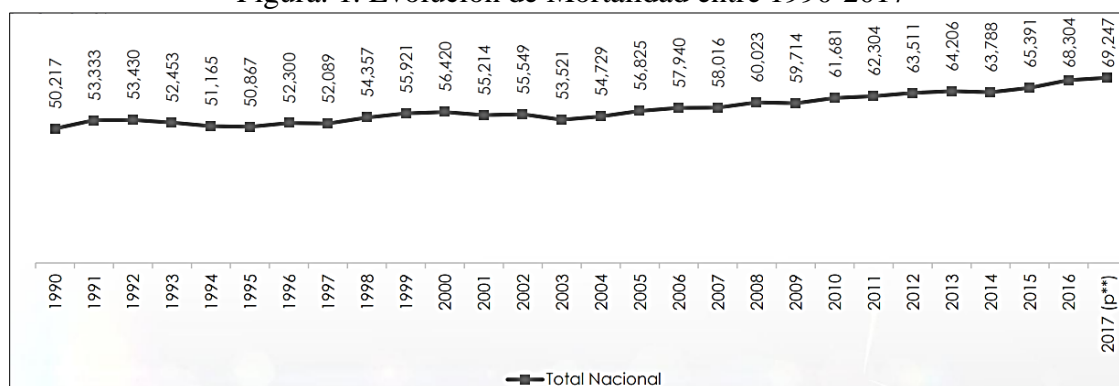
2	Enfermedades hipertensivas	2,184	4,381	3,409
3	Enfermedades cerebrovasculares	2,280	3,930	4,300
4	Accidentes de transporte terrestre	2,007	3,351	3,017
5	Influenza y neumonía	2,590	3,086	3,800
6	Agresiones homicidios	1,476	2,106	
7	Enfermedades isquémicas del corazón	1,944	2,014	7,404
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,385	1,997	2,342
9	Enfermedades del sistema urinario	1,533	1,756	1,854
10	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	2,259	1,697	
11	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores			1,824
12	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal			1,629

Fuente: Bases de datos INEC 1997-2011-2017

Elaborado por: el autor

En el año 2017 hubo 69,247 defunciones generales teniendo un crecimiento del 1.4% con respecto al año 2016, lo cual representa un crecimiento del 1.4%. Lo que concierne a la tasa de mortalidad femenina disminuye de 4.4 a 3.7 muertes por cada 1,000 habitantes y la masculina disminuye 4.9 a 4.1 muertes en el mismo período. Además, se puede notar un incremento significativo en las patologías como la Cirrosis y otras enfermedades del hígado que están directamente relacionadas al consumo de alcohol pasando de 1,385 casos en 1997 a 1,997 casos en el 2011 hasta llegar a 2,342 casos en el 2017.

Figura. 1. Evolución de Mortalidad entre 1990-2017



Fuente: INEC 1990-2017

Elaborado por: el autor

Tabla 4.- 10 causas de defunciones en el Ecuador en el 2012

Población Estimada 2012		15.520.973		
Total, de Defunciones		63.511		
Tasa de Mortalidad General (x 100.000 hab.)		409,19		
N°	Causas de Muerte	Número	%	Tasa
1	Enfermedades hipertensivas	5.365	8,45%	34,57
2	Diabetes Mellitus	4.630	7,29%	29,83
3	Influenza y neumonía	3.607	5,68%	23,24
4	Enfermedades cerebrovasculares	3.290	5,18%	21,20
5	Accidentes de transporte terrestre	3.176	5,00%	20,46
6	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.161	3,40%	13,92
7	Enfermedades isquémicas del corazón	2.068	3,26%	13,32
8	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.826	2,88%	11,76
9	Enfermedades del sistema urinario	1.742	2,74%	11,22
10	Neoplasia maligna del estómago	1.719	2,71%	11,08

Fuente: INEC 2012

Elaborado por: el autor

Para el 2012 la Cirrosis y otras enfermedades del hígado consta en el 6to puesto de las principales causas de defunciones en el Ecuador. Con un total de 2,162 casos, es decir el 3.40%.

Tabla 5.- 10 causas de defunciones en el Ecuador en el 2013

Población Estimada 2013		15.774.749		
Total, de Defunciones		9 63.104		
Tasa de Mortalidad General (x 100.000 hab.)		400,03		
N°	Causas de Muerte	Número	%	Tasa
1	Diabetes Mellitus	4.695	7,44%	29,76
2	Enfermedades hipertensivas	4. 189	6,64%	26,56
3	Influenza y neumonía	3.749	5,94%	23,77
4	Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5,65%	22,61
5	Accidentes de transporte terrestre	3.072	4,87%	19,47
6	Enfermedades isquémicas del corazón	2.942	4,66%	18,65
7	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.005	3,18%	12,71
8	Enfermedades del sistema urinario	1.874	2,97%	11,88
9	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.716	2,72%	10,88
10	Neoplasia maligna del estómago	1.570	2,49%	9,95

Fuente: INEC 2013

Elaborado por: el autor

Para el año 2013 la Cirrosis y otras enfermedades del hígado como causa de muerte asociada al consumo de alcohol se coloca en el 7mo puesto entre las 10 primaras causas de defunciones en el país con un promedio de 2.005 casos equivalente al 3.18%.

En los años posteriores la dinámica de las causales de muerte asociadas al consumo de alcohol identificadas en (cirrosis y otras enfermedades del hígado) será la misma, por lo que se verán los dos primeros años de estudio y los dos últimos años, diferenciándose en los últimos años causas de muerte para la población femenina y masculina respectivamente.

Tabla 6. 10 principales causas de mortalidad masculina y femenina entre 2016 - 2017

Sexo	Principales causas de muerte	2016	2017
Hombres	Enfermedades isquémicas del corazón	3,747	4,230
	Accidentes de transporte terrestre	2,332	2,419
	Diabetes Mellitus	2,278	2,289
	Enfermedades cerebrovasculares	2,144	2,151

	Influenza y neumonía	1,808	1,963
	Enfermedades hipertensivas	1,605	1,642
	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,397	1,427
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,020	1,027
	Neoplasia maligna del estómago	984	998
	Enfermedades del sistema urinario	974	957
	<hr/>		
	Enfermedades isquémicas del corazón	2,766	3,174
	Diabetes Mellitus	2,628	2,606
	Enfermedades cerebrovasculares	2,146	2,149
	Enfermedades hipertensivas	1,882	1,767
Mujeres	Influenza y neumonía	1,627	1,837
	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	926	915
	Enfermedades del sistema urinario	867	856
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	795	797
	Neoplasia maligna del útero	747	755
	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	657	690

Fuente: INEC 1990-2017

Elaborado por: el autor

Para el 2016 la cirrosis y enfermedades del hígado que se relacionan con el consumo excesivo de alcohol están dentro de las 10 primeras causas de mortalidad. De las 37,995 defunciones registradas de hombres en este año el 3.8% está relacionado a estas causas, si mismo de 31,250 defunciones en mujeres el 2.9% son provocados por la misma causa.

Con relación a los años de vida perdidos son causados por enfermedades no transmisibles su prevalencia es del 48%, en 1997 los diagnósticos asociados al consumo de alcohol como la cirrosis alcanzó una tasa de defunciones de 12.4/100,000 habitantes, así mismo los accidentes de tránsito

alcanzó una tasa de 22.5. Sin embargo, en el 2016 la tasa de accidentes de tránsito fue de 12.7 y la cirrosis al igual que otras enfermedades no transmisibles alcanzó una tasa de 27.2 según la (Unidad de Análisis de la Investigación en Salud de la Secretaría de Salud, 2017).

En el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) del 2013 sobre el problema de consumo de alcohol y otras drogas en las Américas dentro de la Carga Global de enfermedad refieren que el consumo de alcohol ocupa el 35° lugar de una lista de 88 condiciones. El alcohol constituye el 0.7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad. América Latina supera la media de esta condición en comparación con el resto del mundo.

En cuanto a la mortalidad y datos obtenidos en “te Global Burden of Disease Study” (2010) el abuso de alcohol fue responsable de 1,111.000 de muertes a nivel mundial equivalente al 0.21% del total de muertes. En América del sur ocupa el 29° lugar de un total de 106 causas de muerte (Moore, 2009). El informe refleja además que el 37% de los sujetos con problemas de consumo de alcohol experimentan otras enfermedades psiquiátricas.

Por otro lado, el 50% de agresores que han cometido algún homicidio se encontraban bajo el efecto de alcohol o drogas ilícitas ya que la probabilidad de cometer un acto violento incrementa con el consumo de alcohol, metanfetaminas, cocaína y benzodiazepinas. El 50% de las mujeres que han reportado violencia física o sexual identificaron a sus parejas bajo los efectos del alcohol, los menores que viven con padres o tutores que abusan de la sustancia son más vulnerables al maltrato infantil (CICAD, 2013).

El consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas neoplasias, infección por el VIH/sida y diversos trastornos mentales. El alcohol ha estado involucrado en más de 274 millones de años de vida sana perdidos (AVAD) en la Región de las Américas en 2012. Se estima que el 5.7% de los habitantes de la Región han señalado el padecimiento de algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol, aunque es probable que

el número sea mayor (OMS, 2015). El consumo de alcohol refuerza el entorno de riesgo y expone a la población a la aparición de edades más tempranas de inicio de consumo, enfermedades crónicas, muertes prematuras y de pérdida de años productivos y saludables (Freire, 2014).

2.4.1. Estimación de años de vida perdidos

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) se manifiesta en base a la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia del fallecimiento prematuro de personas. La premisa sugiere que, cuando más prematura es la muerte, mayor es la cantidad de años perdidos, por tanto, se convierte en un indicador sintético de la salud. Este estimador lo que hace es tomar los datos del número de muertes ocurridas por una determinada causa y la distribución de los años de las personas de una misma edad. Una de las características más destacadas de este indicador es que les otorga un mayor peso a las muertes de las personas jóvenes en comparación a las personas adultas bajo el hecho de que las primeras perderían más años de vida (Araya & Gómez, 2017).

Por otro lado, lo que permite este indicador es conocer el impacto de la causa de muerte sobre los distintos grupos de personas y de forma particular en los grupos prioritarios tomando en cuenta también indicadores como sexo y el grupo de edad, el resultado de estos cálculos tiene como objetivo poder tomar decisiones en cuanto a las políticas de Estado ya que se puede enfatizar las acciones y los recursos en los grupos que presenten más años de vida perdidos.

A continuación, se presenta su fórmula de cálculo:

$$AVPP = \sum_{i=1}^L [(L - i) * d_i]$$

En donde:

AVP= Años de vida perdidos.

I= edad límite inferior establecida

L= edad límite superior establecida

i= edad de muerte

d_i = el número de defunciones de la edad i

El resultado obtenido de este cálculo está en función de los años de vida que las personas perdieron, por lo que para su cálculo es necesario tener la base de datos de las defunciones asociadas a una causa específica que en el caso de esta investigación son aquellas que estén asociadas al consumo de alcohol además es importante tener la edad simple de la persona al morir. Los (AVPP) restan la edad de vida esperada para la población con la edad en la que murió para poder identificar cuantos años de vida perdió por una determinada causa, el número que se obtiene es multiplicado por el número de personas que fallecen de la misma edad inferior, el procedimiento final es sumar todos los años perdidos de los sujetos para tener un promedio anual de los años que se pierden.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Perfil demográfico de las personas que consumen alcohol

La fuente utilizada para la construcción del perfil sociodemográfico de la población que consume alcohol es la Encuesta de Condiciones de Vida (INEC, 2014). Los datos que se levantan en la misma fueron obtenidos por medio de un diseño muestral probabilístico, por otra parte, en esta investigación la población o universo de estudio las conforman todas las viviendas que se encuentran en la zona o áreas urbanas y rurales del Ecuador.

La Encuesta de Condiciones de Vida tiene una cobertura geográfica a nivel nacional, regional, provincial y cuatro ciudades auto representadas. El marco muestral utilizado lo conforman el listado completo de viviendas ocupadas y población del territorio nacional, urbano y rural.

El diseño muestral de la ECV es probabilístico, en consecuencia, los resultados obtenidos de la encuesta pueden generalizarse a toda la población, adicional es estratificado y proporcional al tamaño de la población, bietápico, en este sentido la unidad última de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar.

Al ser un muestreo bietápico las unidades primarias de muestreo (UPM) se determinaron por medio de la agrupación de sectores censales, las unidades de segunda etapa son las viviendas. La encuesta de condiciones de vida presenta un coeficiente de confianza del 95%, y el error relativo que no supera el 10%, El tamaño de muestra y el dominio de estimación tienen el siguiente desglose: Nacional, provincial y cuatro ciudades principales (Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala).

Por otra parte, la encuesta aplica un factor de expansión que funciona como ponderadores de la información de las variables recogidas, para reproducir los valores poblacionales. De la misma

forma en su diseño incluye la medición del bienestar y calidad de vida de la población ecuatoriana, entre los componentes que contiene son:

- Vivienda y hogar
- Salud
- Hábitos, prácticas y uso del tiempo
- Fecundidad
- Percepción del nivel de vida
- Pobreza

En estos antecedentes se exponen las variables que permiten elaborar el perfil demográfico de las personas que consumo alcohol en el Ecuador:

Tabla 7. Edad promedio en la población que consume alcohol, a nivel nacional

Edad	Media	Mediana	Std, Desviación	Mínimo	Máximo
	38.0	36.0	14.3	12	91

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

La edad promedio de las personas que consumen alcohol a nivel nacional es de 38 años

Tabla 8. Edad promedio en la población que consume alcohol, según sexo de la persona

Sexo	Media	Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Hombre	38.74	37.0	14.6	14	91
Mujer	34.93	33.0	12.6	12	88

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

La edad promedio de los hombres que consumen alcohol a nivel nacional es significativamente mayor a la edad promedio de las mujeres, es decir, que se tiene una diferencia de alrededor de 4 años al comparar la población masculina y femenina.

Tabla 9. *Distribución de la población que consume alcohol por rama de actividad*

No,	Rama de Actividad	Sexo				Total	
		Hombres		Mujeres		Casos	%
		Casos	%	Casos	%		
1	Agricultura, ganadería caza y silvicultura y pesca	111,592	17.8%	11,918	1.9%	123,510	19.7%
2	Explotación de minas y canteras	3,224	.5%	237	.0%	3,461	.6%
3	Industrias manufactureras	73,936	11.8%	10,588	1.7%	84,524	13.5%
4	Construcción	64,129	10.2%	307	.0%	64,436	10.3%
5	Comercio, reparación vehículos	89,073	14.2%	18,764	3.0%	107,837	17.2%
6	Transporte y almacenamiento	47,361	7.6%	6,515	1.0%	53,876	8.6%
7	Enseñanza, actividades profesionales, científicas y técnicas	31,810	5.1%	10,399	1.7%	42,209	6.7%
8	Administración pública, defensa, seguridad social y salud	32,586	5.2%	17,853	2.8%	50,439	8.0%
9	Otras actividades de servicios	69,722	11.1%	26,955	4.3%	96,677	15.4%
	Total	523,433	83.5%	103,536	16.5%	626,969	100.0%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

La rama de actividad que concentra el mayor porcentaje de población que consume alcohol es de sexo masculino, corresponde a personas que se desempeñan en la Agricultura, caza silvicultura y pesca.

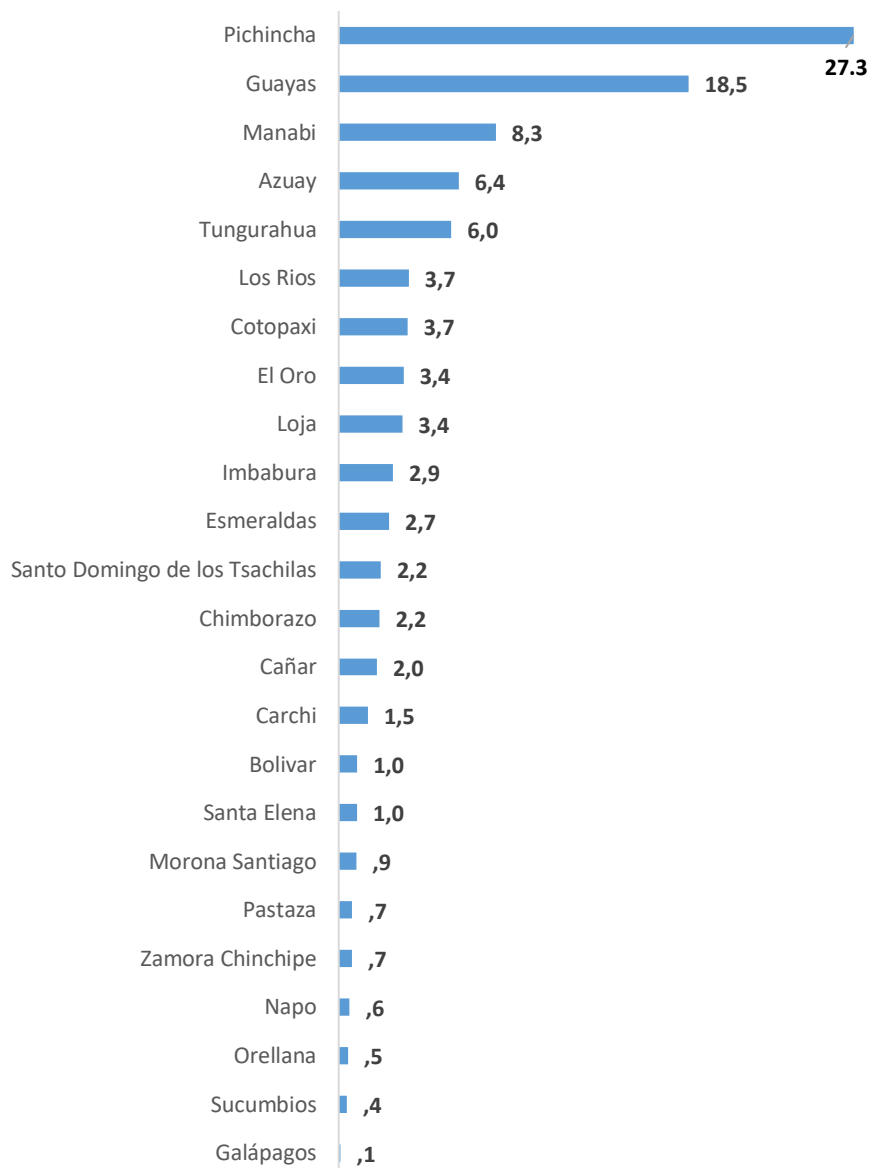
Tabla 10. *Consumo de alcohol, según provincia de residencia*

No,	Provincia	Casos	%
1	Galápagos	725	0.1
2	Sucumbíos	3,063	0.4
3	Orellana	3,514	0.5
4	Napo	4,103	0.6
5	Zamora Chinchipe	4,945	0.7
6	Pastaza	5,110	0.7
7	Morona Santiago	6,685	0.9
8	Santa Elena	7,046	1.0
9	Bolívar	7,116	1.0
10	Carchi	11,195	1.5
11	Cañar	14,654	2.0
12	Chimborazo	15,661	2.2
13	Santo Domingo de los Tsáchilas	16,168	2.2
14	Esmeraldas	19,318	2.7
10	Imbabura	20,835	2.9
15	Loja	24,388	3.4
16	El Oro	24,876	3.4
17	Cotopaxi	26,423	3.7
19	Los Ríos	26,817	3.7
20	Tungurahua	43,122	6.0
21	Azuay	45,892	6.4
22	Manabí	60,127	8.3
23	Guayas	13,3788	18.5
24	Pichincha	19,7022	27.3
Total		72,2594	100.0

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

Figura. 2. Consumo de alcohol, según provincia de residencia



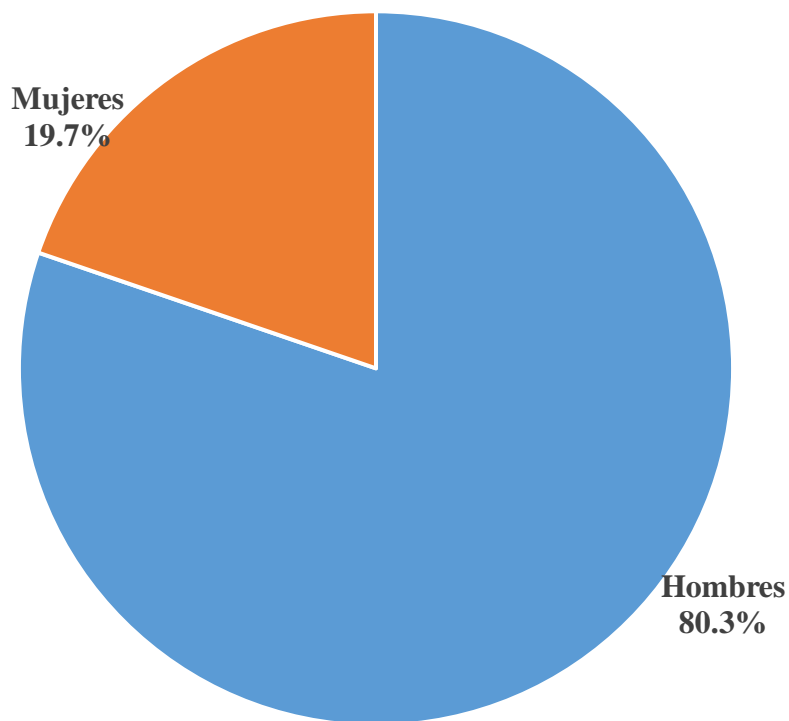
Elaborado por: Autor

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

La provincia que presenta el porcentaje más alto de consumo de alcohol es Pichincha, alrededor del 27.3% de la población ha declarado haber consumido alcohol en el último mes, seguido de

Guayas con el 18,5%, Manabí con el 8.3%, Azuay con el 6.4% y Tungurahua con el 6.0%. Estas 5 provincias ocupan los primeros puestos en el consumo de alcohol, las demás tienen un porcentaje de consumo por debajo del 3.7% siendo Galápagos la provincia que registra el menor consumo con un 0.1% en el país.

Figura. 3.- Consumo de alcohol según sexo de la población

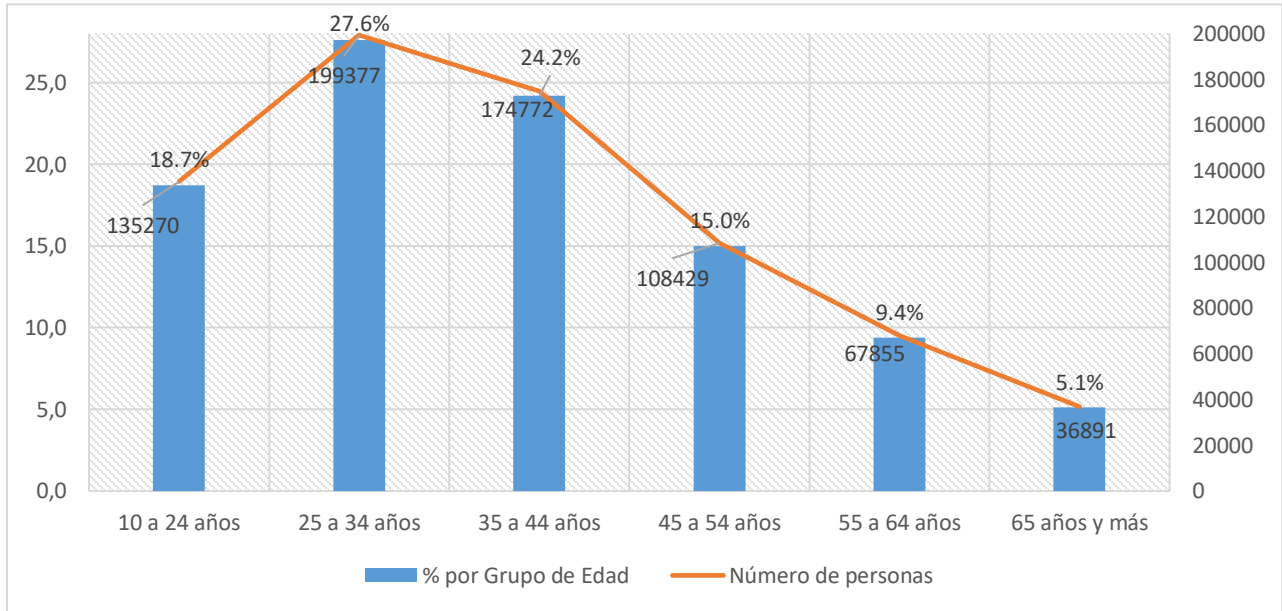


Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

Más del 50% de la población que consume alcohol es hombre, de hecho, el 80.3% de la población masculina consume alcohol, sin restar importancia al 19.7% que pertenece al género femenino.

Figura. 4.- Porcentaje de consumo de alcohol según grupo de edad (número de individuos)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014

Elaboración: Autor

El grupo de edad con mayor prevalencia de consumo con un 27.6% está entre los 25 y 34 años, le sigue el grupo entre los 35 y 44 años con un 24.2%, a partir de este punto el porcentaje disminuye al 18.7% hacia el grupo de edad ente los 10 y los 24 años población que, por sus características biológicas, sociales presenta mayor vulnerabilidad. Entre los 45 y 54 años porcentaje es del 15% observándose un descenso progresivo a partir de esta edad entre los 55 y los 64 años representan el 9.4% mientras que las personas mayores a los 65 años alcanzan el 5.1%. Obsérvese que la línea de consumo si bien llega a su tope más alto entre los 25 y 34 años esta no desaparece, si bien decrece, pero no desaparece.

Tabla 11. Porcentaje de consumo de alcohol según nivel de instrucción en la población

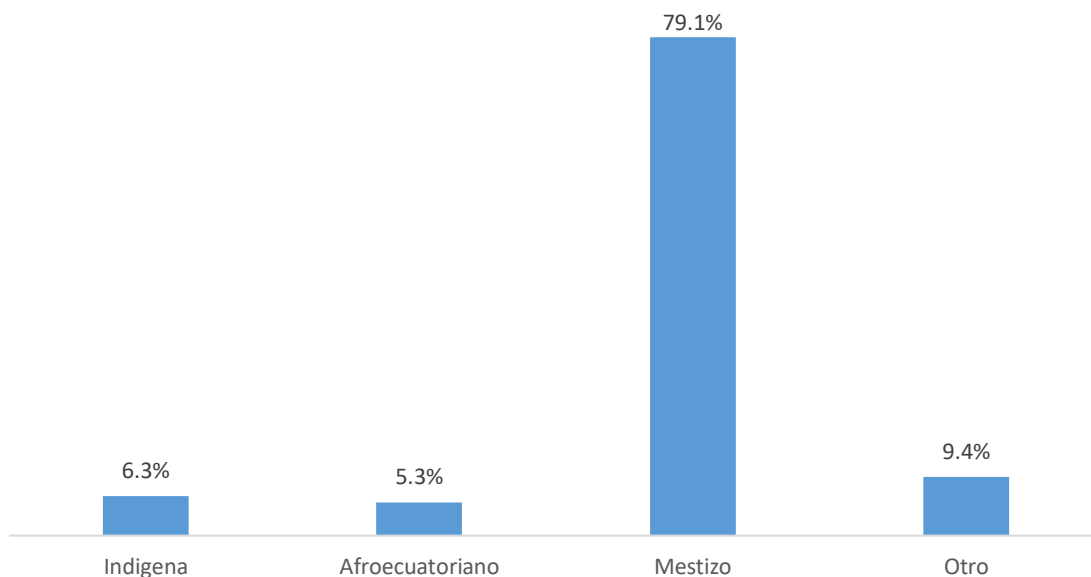
Nivel de Instrucción	Casos	%
Ninguno	22,139	3.1

Primaria	205,045	28.4
Secundaria	282,375	39.1
Superior	21,035	29.5
Total	722,594	100.0

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Autor

En lo que corresponde al nivel de instrucción de las personas que han declarado consumir alcohol, la secundaria representa el mayor porcentaje de consumo con el 39.1%, seguidos por el nivel superior con el 29.5%, el nivel de primaria con el 28.4%. el menor porcentaje de consumo se encuentra en personas que no refiere ningún nivel educativo con el 3.1%.

Figura. 5.- Porcentaje de consumo del alcohol, según la auto identificación de la población



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Autor

Con relación a la auto identificación étnica el 79.1% de la población es mestiza siendo el mayor porcentaje de consumo, seguidos el 6.3% indígena, el 5.3% negro y con un 9.4% corresponde a otras étnicas que por motivos de tabulación fueron agrupadas.

3.2 Años de vida que se pierden en Ecuador a causa del consumo de alcohol

Los (AVPP) a causa del consumo de alcohol, relaciona el número de personas cuyo motivo de fallecimiento dentro del certificado de defunción registra una causa de muerte asociada al consumo de alcohol según el código de diagnóstico CIE- 10 en comparación al total de la población del mismo grupo de edad. Las causas de muerte utilizadas dentro de la investigación se tomaron de referencia del estudio *Research methods on alcohol-related harm in the population* (Iciar Indave, 2019) y de la Base de Datos de Defunciones generales del Ecuador elaborada por el INEC.

Tabla 12. *Diagnósticos asociados el consumo de alcohol*

Código CIE-10	DIAGNÓSTICO
F10-F109	Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol
G32.2, G62.1, G72.1	Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada,
X450, X452, X454, X455, X457, X458, X65, Y150, Y154, Y159	Trastornos neurológicos por alcohol
I42.6	Miocardiopatía alcohólica
K29.2	Gastritis alcohólica
K70-K709	Enfermedad alcohólica del hígado
K86.0	Pancreatitis crónica inducida por alcohol
E24.4, R78.0	Otros trastornos con mención explícita de alcohol

Fuente: (Iciar Indave, 2019).

Elaboración: Autor

Una vez que se identificaron todas las patologías que tuvieron relación con el uso o consumo de alcohol dentro de la “BASE DE DEFUNCIONES GENERALES” del INEC en el año 2018, se realizaron el análisis estadístico y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 13. *Causas de muerte asociadas al uso o consumo de alcohol*

Causas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Trastornos Mentales Y Conductuales Debidos Al Uso De Alcohol	38	0.1	8.2	8.2
Intoxicaciones Por Alcohol No Intencionadas, Y De Intención No Determinada	2	0.0	0.4	8.6
Trastornos Neurológicos Por Alcohol	103	0.1	22.2	30.9
Gastritis Alcohólica	2	0.0	0.4	31.3
Enfermedad Alcohólica Del Hígado	313	0.4	67.6	98.9
Pancreatitis Crónica Inducida Por Alcohol	3	0.0	0.6	99.6
Síndrome Fetal Debido Al Alcohol	2	0.0	0.4	100.0
Total, Causas	463	0.6	100.0	
Causas Descartadas	72326	99.4		
Total, Defunciones	72789	100.0		

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

El total de las defunciones registradas es de 72,789 personas, de éstas 463 están directamente asociadas al uso o consumo de alcohol, lo que equivale al 0.63% de defunciones. De las causas directamente relacionadas al consumo de alcohol el 67.6% corresponde a *enfermedades del hígado*, el 22.2% corresponde a *trastornos Neurológicos por consumo de alcohol*, los *trastornos Mentales y Conductas debido al uso de Alcohol* es el 8.2% y con menos del 1% se encuentran causas como *pancreatitis crónica inducida por alcohol, intoxicaciones y síndromes fetales asociadas al consumo de alcohol*.

Al identificar el porcentaje de defunciones asociadas al consumo de alcohol surgió la necesidad de identificar los factores demográficos presentes en esta población.

3.2.1 Años de vida perdidos y factores demográficos

Tabla 14. Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y el sexo (factores demográficos)

Sexo		Hombr	Mujer	Total
Alcohol	Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol	38	0	38
	Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada	2	0	2
	Trastornos neurológicos por alcohol	99	4	103
	Gastritis alcohólica	2	0	2
	Enfermedad alcohólica del hígado	284	29	313
	Pancreatitis crónica inducida por alcohol	3	0	3
	Síndrome fetal debido al alcohol	1	1	2
Total		429	34	463

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

El total de personas fallecidas a causa del consumo de alcohol es de 463 personas, de estos 429 son hombres y 34 mujeres. En la población masculina sus principales causas de muerte son la enfermedad alcohólica *del hígado* con 284 casos, los *Trastornos neurológicos por alcohol* con 99 casos registrados y los *Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol* con 38 casos.

Entre las principales causas de muerte en las mujeres están las *enfermedades del hígado* con 29 casos, los *trastornos neurológicos* con 4 casos y los *síndromes fetales* con 1 caso. En comparación al género masculino las mujeres presentan menos causas de muerte asociadas a *trastornos mentales y conductuales debido al uso o consumo del alcohol*.

Tabla 15. *Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y etnia (factores demográficos)*

Etnia recodificada		Indígenas	Afroecuatorianos	Mestizos	Otros	Total
Alcohol	Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol	2	0	30	6	38
	Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada	0	0	1	1	2
	Trastornos neurológicos por alcohol	15	2	85	1	103
	Gastritis alcohólica	0	0	2	0	2
	Enfermedad alcohólica del hígado	17	3	276	17	313
	Pancreatitis crónica inducida por alcohol	0	0	3	0	3
	Síndrome fetal debido al alcohol	0	0	2	0	2
	Total	34	5	399	25	463

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

Con relación a la variable *Etnia*, inicialmente se obtuvieron datos muy dispersos y con poca carga estadística por lo que para facilitar su interpretación y aumentar el peso de la variable se agruparon los datos en tres categorías, según los casos encontrados y las características poblacionales similares: *Indígenas*, *Afroamericanos*, *mestizos* y *otros*.

Como resultado se obtuvo que la etnia con más asociación a muertes por el uso o consumo de alcohol es la *mestiza* con 399 casos, los *indígenas* con 34 casos y la categoría *otros* (que contempla las etnias: blancos, montubios, mulatos) con 25 casos registrados, la etnia *afroamericanos* registra 5 casos asociados.

En todos los casos las principales causas de defunción fueron las *enfermedades del hígado*, en segundo lugar, *trastornos neurológicos asociados*, en tercer lugar, se encuentran los *trastornos mentales y conductuales debido al uso de consumo de alcohol*.

Tabla 16. Diagnósticos *asociados al consumo de alcohol y la edad al fallecer (factores demográficos)*

Edad al fallecer (Agrupada)	Niñez	Adolescencia	Adulto Joven	Adulto	Adulto Mayor	Total
Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol	0	0	2	22	14	38
Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada	0	0	0	0	2	2
Trastornos neurológicos por alcohol	0	3	31	59	10	103
Gastritis alcohólica	0	0	0	1	1	2
Enfermedad alcohólica del hígado	0	0	31	163	119	313
Pancreatitis crónica inducida por alcohol	0	0	0	2	1	3
Síndrome fetal debido al alcohol	2	0	0	0	0	2
Total	2	3	64	247	147	463

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

Para el análisis de esta variable se usa el mismo criterio anterior, a diferencia que para su agrupación se utiliza como fuente de los “*estadios de vida*” que maneja el Ministerio de Salud Pública en su Modelo de Atención Integral y de Salud (MAIS).

Por lo tanto, la dimensión *Niñez* abarcan las edades de entre 0 años y 9 años, la dimensión *Adolescencia* abarca las edades entre los 10 años hasta los 19 años, la dimensión *Adulto Joven* abarca las edades entre los 20 y los 39 años, la dimensión *Adulto* abarca las edades comprendidas entre los 40 y los 64 años, la dimensión de *Adulto Mayor* abarcan edades a partir de los 65 años.

Así, los datos muestran que la edad con mayor asociación de muertes vinculadas al consumo de alcohol está entre la población *Adulta* con 247 casos, seguidos por el *Adulto Mayor* donde se encontraron 147 casos, en tercer lugar, podemos encontrar al *Adulto Joven* con 64 casos, y por último con 2 y 3 casos registrados se encuentran los *niños y adolescentes* respectivamente.

Tabla 17. *Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y el estado civil (factores demográficos)*

	Est_civil_agrupada	Soltero (a)	Casado (a)	Divorciado (a)	Viudo (a)	Total
alcohol	Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol	16	16	4	2	38
	Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada	0	1	0	1	2
	Trastornos neurológicos por alcohol	42	43	11	7	103
	Gastritis alcohólica	1	1	0	0	2
	Enfermedad alcohólica del hígado	126	126	29	32	313
	Pancreatitis crónica inducida por alcohol	0	1	1	1	3
	Total		185	188	45	43

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

Para el procesamiento de esta variable se agrupa los datos en tres categorías, dentro de la dimensión *soltero* están las personas solteras y separadas, con el criterio de estar o no en una relación formal, dentro de la dimensión *casado* se agrupa a las personas que están casadas, en unión libre y unión

de hecho, las dimensiones *divorciado* y *viudo* se las conserva por tener un peso de datos significativos.

En los resultados de las variables estado civil y las causas de defunciones asociadas al consumo de alcohol, la mayor prevalencia está en los *casados* con 188 casos, los *solteros* con 185 casos y los *Divorciados* y *viudos* con 45 y 43 casos respectivamente.

Los datos obtenidos no permiten establecer alguna diferencia significativa entre los solteros y casados debido a que el número de casos es similar.

Tabla 18. *Diagnósticos asociados al consumo de alcohol y provincia de fallecimiento (factores demográficos)*

	Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alcohol	Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, y de intención no determinada	Trastornos neurológicos por alcohol	Gastritis alcohólica	Enfermedad alcohólica del hígado	Pancreatitis crónica inducida por alcohol	Síndrome fetal debido al alcohol	Total
Azuay	7	0	21	1	82	1	0	112
Bolívar	1	0	6	0	1	0	0	8
Cañar	3	0	12	1	12	0	0	28
Carchi	0	0	2	0	2	0	0	4
Cotopaxi	2	0	1	0	10	0	0	13
Chimborazo	7	0	5	0	2	0	0	14
El Oro	0	0	3	0	20	0	0	23
Esmeraldas	2	0	0	0	5	0	0	7
Guayas	1	0	6	0	33	0	2	42
Imbabura	0	0	7	0	13	0	0	20
Loja	0	1	8	0	15	0	0	24
Los Ríos	2	0	3	0	11	0	0	16
Manabí	5	0	2	0	17	0	0	24
Morona Santiago	0	0	1	0	4	0	0	5
Napo	0	0	3	0	3	0	0	6
Pastaza	0	0	0	0	3	0	0	3
Pichincha	1	1	14	0	50	2	0	68
Tungurahua	5	0	6	0	17	0	0	28

Zamora Chinchipe	1	0	2	0	1	0	0	4
Santo Domingo de los Tsáchilas	1	0	0	0	11	0	0	12
Santa Elena	0	0	1	0	1	0	0	2
Total	38	2	103	2	313	3	2	463

Fuente: Defunciones 2018 INEC

Elaboración: Autor

Con relación a la provincia de fallecimiento, *Azuay* presenta 112 casos, *Pichincha* 68 casos, *Guayas* 42 casos, el resto de las provincias registran menos de 30 casos, sin embargo, las provincias con menor número de casos registrados son: *Carchi*, *Morona Santiago*, *Zamora Chinchipe* y *Santa Elena* todas ellas con menos de 5 casos registrados.

3.2.2 Cálculo de años de vida potencialmente perdidos

A continuación de expresa en cálculo realizado de los AVP desde del 2012 hasta el 2017.

Tabla 19. *Años potenciales de vida perdidos- 2012*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	1	2,5	75,5	73	73,00
Entre 20 y 24 años	6	22,5	75,5	53	318,00
Entre 25 y 29 años	11	27,5	75,5	48	528,00
Entre 30 y 34 años	12	32,5	75,5	43	516,00
Entre 35 y 39 años	27	37,5	75,5	38	1026,00
Entre 40 y 44 años	35	42,5	75,5	33	1155,00
Entre 45 y 49 años	38	47,5	75,5	28	1064,00
Entre 50 y 54 años	60	52,5	75,5	23	1380,00
Entre 55 y 59 años	38	57,5	75,5	18	684,00
Entre 60 y 64 años	43	62,5	75,5	13	559,00
Entre 65 y 69 años	40	67,5	75,5	8	320,00
Entre 70 y 74 años	28	72,5	75,5	3	84,00
Entre 75 y 79 años	20	77,5	75,5	-2	-40,00

Entre 80 y 84 años	10	82,5	75,5	-7	-70,00
85 y más años	6	90	75,5	-14,5	-87,00
Total	338				7634,00
			Promedio		22.59

Fuente: INEC-EDG-2012

Elaboración: Autor

En el año 2012 la población ecuatoriana perdió un promedio de 22.59 años de vida por el consumo de alcohol, el grupo poblacional más afectado esta entre los 50 y 54 años con 60 casos registrados, resultando un total de 1380 años. A nivel global se observa que el comportamiento de los datos tiende a agruparse con mayor promedio de años perdidos a partir de los 35 años y toma su punto más alto a los 54 años.

Tabla 20. *Años potenciales de vida perdidos- 2013*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	1	2.5	75.71	73.21	73.21
Entre 10 y 14 años	1	12.5	75.71	63.21	63.21
Entre 15 y 19 años	1	17.5	75.71	58.21	58.21
Entre 20 y 24 años	5	22.5	75.71	53.21	266.05
Entre 25 y 29 años	11	27.5	75.71	48.21	530.31
Entre 30 y 34 años	19	32.5	75.71	43.21	820.99
Entre 35 y 39 años	23	37.5	75.71	38.21	878.83
Entre 40 y 44 años	21	42.5	75.71	33.21	697.41
Entre 45 y 49 años	45	47.5	75.71	28.21	1269.45
Entre 50 y 54 años	40	52.5	75.71	23.21	928.40
Entre 55 y 59 años	40	57.5	75.71	18.21	728.40
Entre 60 y 64 años	50	62.5	75.71	13.21	660.50
Entre 65 y 69 años	44	67.5	75.71	8.21	361.24
Entre 70 y 74 años	30	72.5	75.71	3.21	96.30
Entre 75 y 79 años	25	77.5	75.71	-1.79	-44.75
Entre 80 y 84 años	9	82.5	75.71	-6.79	-61.11
85 y más años	7	90	75.71	-14.29	-100.03
Total	329				7296.09

Promedio 22.18

Fuente: INEC-EDG-2013

Elaboración: Autor

Para el año 2013 se perdió un promedio de 22.18 años de vida, el grupo más afectado son las edades entre los 45 y 49 años con 45 casos registrados, es decir, un total de 1269,45 años perdidos. En comparación al año anterior el promedio bajo 0.41 puntos, así también, el grupo poblacional con mayor número de años perdidos cambió.

Tabla 21. *Años potenciales de vida perdidos- 2014*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	1	2.5	75.92	73.42	73.42
Entre 15 y 19 años	3	17.5	75.92	58.42	175.26
Entre 20 y 24 años	7	22.5	75.92	53.42	373.94
Entre 25 y 29 años	19	27.5	75.92	48.42	919.98
Entre 30 y 34 años	18	32.5	75.92	43.42	781.56
Entre 35 y 39 años	35	37.5	75.92	38.42	1344.70
Entre 40 y 44 años	33	42.5	75.92	33.42	1102.86
Entre 45 y 49 años	49	47.5	75.92	28.42	1392.58
Entre 50 y 54 años	53	52.5	75.92	23.42	1241.26
Entre 55 y 59 años	58	57.5	75.92	18.42	1068.36
Entre 60 y 64 años	47	62.5	75.92	13.42	630.74
Entre 65 y 69 años	33	67.5	75.92	8.42	277.86
Entre 70 y 74 años	42	72.5	75.92	3.42	143.64
Entre 75 y 79 años	28	77.5	75.92	-1.58	-44.24
Entre 80 y 84 años	22	82.5	75.92	-6.58	-144.76
85 y más años	8	90	75.92	-14.08	-112.64
Total	397				9452.74
				Promedio	23.81

Fuente: INEC-EDG-2014

Elaboración: Autor

En el 2014 con el cambio de la esperanza de vida de 75.71 a 75.92 años, el promedio de años potencialmente perdidos es de 23.81 años, además los datos acumulados muestran que existe

mayor pérdida de años entre los 45 y 49 años con 49 casos registrados, es decir, un total de 1,392.54 años, aunque el número de años perdidos se incrementa significativamente a partir de los 35 años.

En comparación al año anterior el promedio subió 1,63 puntos.

Tabla 22. *Años potenciales de vida perdidos- 2015*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Entre 15 y 19 años	2	17.5	76.14	58.64	117.28
Entre 20 y 24 años	9	22.5	76.14	53.64	482.76
Entre 25 y 29 años	10	27.5	76.14	48.64	486.4
Entre 30 y 34 años	16	32.5	76.14	43.64	698.24
Entre 35 y 39 años	14	37.5	76.14	38.64	540.96
Entre 40 y 44 años	34	42.5	76.14	33.64	1143.76
Entre 45 y 49 años	42	47.5	76.14	28.64	1202.88
Entre 50 y 54 años	62	52.5	76.14	23.64	1465.68
Entre 55 y 59 años	66	57.5	76.14	18.64	1230.24
Entre 60 y 64 años	56	62.5	76.14	13.64	763.84
Entre 65 y 69 años	48	67.5	76.14	8.64	414.72
Entre 70 y 74 años	25	72.5	76.14	3.64	91
Entre 75 y 79 años	31	77.5	76.14	-1.36	-42.16
Entre 80 y 84 años	23	82.5	76.14	-6.36	-146.28
85 y más años	8	90	76.14	-13.86	-110.88
Total	384				8637.76
				Promedio	22.49

Fuente: INEC-EDG-2015
Elaboración: Autor

En el año 2015 la esperanza de vida subió de 75.92 años a 76.14 años, con esto, el promedio de años potencialmente perdidos es de 22.49 años, que al compararlo con el año anterior descendió 1.32 puntos. Los datos tienden a acumularse a partir de los 40 años, sin embargo, el grupo que más años de vida perdió está entre los 50 y los 54 años con 62 casos registrados, es decir, un total de 1,465.68 años.

Tabla 23. *Años potenciales de vida perdidos- 2016*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Entre 15 y 19 años	2	17.5	76.37	58.87	117.74
Entre 20 y 24 años	10	22.5	76.37	53.87	538.7
Entre 25 y 29 años	9	27.5	76.37	48.87	439.83
Entre 30 y 34 años	19	32.5	76.37	43.87	833.53
Entre 35 y 39 años	29	37.5	76.37	38.87	1127.23
Entre 40 y 44 años	42	42.5	76.37	33.87	1422.54
Entre 45 y 49 años	39	47.5	76.37	28.87	1125.93
Entre 50 y 54 años	70	52.5	76.37	23.87	1670.9
Entre 55 y 59 años	64	57.5	76.37	18.87	1207.68
Entre 60 y 64 años	57	62.5	76.37	13.87	790.59
Entre 65 y 69 años	36	67.5	76.37	8.87	319.32
Entre 70 y 74 años	43	72.5	76.37	3.87	166.41
Entre 75 y 79 años	30	77.5	76.37	-1.13	-33.9
Entre 80 y 84 años	19	82.5	76.37	-6.13	-116.47
85 y más años	19	90	76.37	-13.63	-258.97
Total	420				9760.40
				Promedio	23.24

Fuente: INEC-EDG-2016

Elaboración: Autor

Para el 2016 el promedio de años potencialmente perdidos es de 23.24 años, sin embargo, con relación al año anterior el promedio aumentó 0.75 puntos, con una esperanza de vida de 76.37 años que es 0.23 puntos más alta que la del año anterior. El incremento en los años de vida perdidos empieza a los 35 años con su cúspide más alta a los 59 años, de estos, el grupo de entre los 50 y los 54 años con 70 casos registrados es el que pierde más años de vida con 1,670.9 años de vida perdidos anualmente.

Tabla 24. *Años potenciales de vida perdidos- 2017*

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	1	2.5	76.58	74.08	74.08

Entre 10 y 14 años	1	12.5	76.58	64.08	64.08
Entre 15 y 19 años	2	17.5	76.58	59.08	118.16
Entre 20 y 24 años	7	22.5	76.58	54.08	378.56
Entre 25 y 29 años	7	27.5	76.58	49.08	343.56
Entre 30 y 34 años	10	32.5	76.58	44.08	440.8
Entre 35 y 39 años	29	37.5	76.58	39.08	1133.32
Entre 40 y 44 años	41	42.5	76.58	34.08	1397.28
Entre 45 y 49 años	40	47.5	76.58	29.08	1163.2
Entre 50 y 54 años	62	52.5	76.58	24.08	1492.96
Entre 55 y 59 años	61	57.5	76.58	19.08	1163.88
Entre 60 y 64 años	47	62.5	76.58	14.08	661.76
Entre 65 y 69 años	54	67.5	76.58	9.08	490.32
Entre 70 y 74 años	41	72.5	76.58	4.08	167.28
Entre 75 y 79 años	25	77.5	76.58	-0.92	-23
Entre 80 y 84 años	18	82.5	76.58	-5.92	-106.56
85 y más años	10	90	76.58	-13.42	-134.2
Total	401				8951.08
				Promedio	22.32

Fuente: INEC-EDG-2017

Elaboración: Autor

Para el año 2017 la esperanza de vida es de 0.21 puntos más alta en comparación al año 2016 el promedio total de los años perdidos a causa del uso o consumo de alcohol es de 22.32 años 0.92 años menos que el año anterior, en grupo de edades que más pierde años de vida está entre los 50 y 54 años con un total de 1,492.96 años con 62 casos registrados.

Tabla 25.- Años potenciales de vida perdidos- 2018

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	2	2,5	76,82	74,32	148,64
Entre 15 y 19 años	3	17,5	76,82	59,32	177,96
Entre 20 y 24 años	5	22,5	76,82	54,32	271,6
Entre 25 y 29 años	9	27,5	76,82	49,32	443,88
Entre 30 y 34 años	15	32,5	76,82	44,32	664,8
Entre 35 y 39 años	35	37,5	76,82	39,32	1376,2

Entre 40 y 44 años	39	42,5	76,82	34,32	1338,48
Entre 45 y 49 años	50	47,5	76,82	29,32	1466
Entre 50 y 54 años	50	52,5	76,82	24,32	1216
Entre 55 y 59 años	55	57,5	76,82	19,32	1062,6
Entre 60 y 64 años	53	62,5	76,82	14,32	758,96
Entre 65 y 69 años	49	67,5	76,82	9,32	456,68
Entre 70 y 74 años	39	72,5	76,82	4,32	168,48
Entre 75 y 79 años	26	77,5	76,82	-0,68	-17,68
Entre 80 y 84 años	17	82,5	76,82	-5,68	-96,56
85 y más años	16	90	76,82	-13,18	-210,88
Total	402				9401,64
				Promedio	23,39

Fuente: INEC-EDG-2018

Elaboración: Autor

Para el año 2018 la esperanza de vida es de 76.82 años 0,24 más que el año 2017 el promedio total de los años perdidos a causa del uso o consumo de alcohol es de 23.39 años 1.07 años más que el año anterior, en grupo de edades que más pierde años de vida está entre los 45 y 49 años con un total de 1466 años con 50 casos registrados.

Tabla 26.- Años potenciales de vida perdidos- 2019

Grupo de Edad	No.	Punto medio	Esperanza de vida	E-xi	APVP
Menores de 4 años	1	2,5	77,1	74,6	74,6
Entre 15 y 19 años	4	17,5	77,1	59,6	238,4
Entre 20 y 24 años	1	22,5	77,1	54,6	54,6
Entre 25 y 29 años	8	27,5	77,1	49,6	396,8
Entre 30 y 34 años	16	32,5	77,1	44,6	713,6
Entre 35 y 39 años	25	37,5	77,1	39,6	990
Entre 40 y 44 años	45	42,5	77,1	34,6	1557
Entre 45 y 49 años	58	47,5	77,1	29,6	1716,8
Entre 50 y 54 años	60	52,5	77,1	24,6	1476
Entre 55 y 59 años	57	57,5	77,1	19,6	1117,2
Entre 60 y 64 años	61	62,5	77,1	14,6	890,6
Entre 65 y 69 años	62	67,5	77,1	9,6	595,2
Entre 70 y 74 años	38	72,5	77,1	4,6	174,8
Entre 75 y 79 años	30	77,5	77,1	-0,4	-12
Entre 80 y 84 años	15	82,5	77,1	-5,4	-81

85 y más años	19	90	77,1	-12,9	-245,1
Total	435				9921,00
				Promedio	22,81

Fuente: INEC-EDG-2018

Elaboración: Autor

Para el año 2019 la esperanza de vida es de 77.1 años 0,28 más que el año 2018 el promedio total de los años perdidos a causa del consumo problemático de alcohol es de 22.81 años 0.58 años menos que el año anterior, en grupo de edades que más pierde años de vida está entre los 45 y 49 años con un total de 1716,8 años con 58 casos registrados.

Tabla 27.- Total de años de vida perdidos por el consumo problemático de alcohol

Periodo	AVPP
2012	7634,00
2013	7296,09
2014	9452,74
2015	8637,76
2016	9760,40
2017	8951,08
2018	9401,64
2019	9921,00
Total	71054,71
Promedio	8881,8

Fuente: INEC-EDG-2018

Elaboración: Autor

Entre el 2012 y el 2019 en el Ecuador se perdió 71054.71 años de vida a causa del consumo problemático de bebidas alcohólica, anualmente en promedio se pierden 8881.8 años de vida.

3.3 Una revisión cualitativa de los factores de riesgo asociados a la pérdida de años de vida ajustados a la discapacidad por el consumo de alcohol.

Dentro de la investigación se planteó como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la pérdida de años de vida ajustados a la discapacidad por el consumo de alcohol de forma

cualitativa, la técnica utilizada es la entrevista semi estructurada, la misma que fue aplicada a 4 personas en edad comprendida de 24-35 años, de sexo masculino, sin estado civil definido.

Se omite los datos de identificación, apegados a la ley de confidencialidad, artículo 7, el mismo que especifica lo siguiente; En la difusión, - “Deberán tomarse todos los resguardos necesarios para que los datos, metadatos y microdatos que se suministren a los usuarios de la información sean difundidos de modo que no permitan la identificación ni el perjuicio de las unidades u objetos de análisis”.

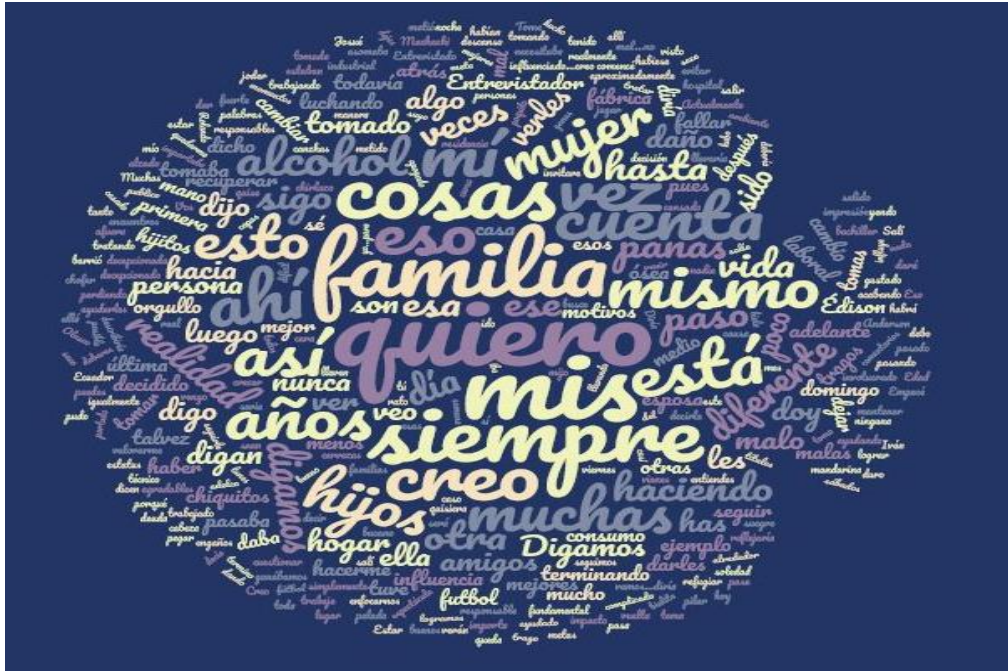
La guía de preguntas utilizadas se muestra a continuación:

- ¿A qué edad empezó a consumir alcohol?
- ¿Cómo describiría usted la relación que tuvo con el alcohol?
- ¿Describa alguna situación de mayor impacto que haya experimentados bajo los efectos del alcohol?
- ¿Influyó el ambiente social o sus amigos para el inicio de consumo de alcohol y sobre todo después de todas las consecuencias en su vida influyó su medio ambiente?
- ¿A qué factor psicológico atribuye el consumo de alcohol, cuál sería?
- ¿En qué momento sintió realmente que el consumo de alcoholera un problema para su vida, para su familia?
- ¿Recuerda haber recibido alguna queja por algún familiar cercano relacionado con su consumo de alcohol?

Para el análisis inicial de las entrevistas se utiliza la metodología de nubes de palabras (Wordclouds), que permite graficar la densidad de las palabras más utilizadas dentro de la entrevista, este ejercicio permite establecer la percepción sobre el consumo de alcohol que tiene los individuos sujetos de investigación. La información procesada fue recogida por medio de una entrevista estructurada por medio de 7 preguntas acerca del consumo de alcohol.

Nube de Palabras- Entrevista 1

Figura. 6.- Análisis del comportamiento individual entrevista 1 con relación al consumo de alcohol



Fuente: Entrevista Directa
Elaboración: Autor

En el caso del primer entrevistado, estado civil casado, corresponde al grupo de edad considerado adulto joven (20-39) perteneciente a la fuerza laboral. Por una parte, el individuo reconoce que ha tenido muchos problemas desde que decidió consumir alcohol, está consciente de ello, sin embargo, se puede observar que de la misma forma tiene un deseo enorme de salir de él, motivado principalmente por el valor que tienen sus hijos y su esposa para él, no quiere perderse más momentos con sus hijos y sobre todo perder a su esposa. Reconoce que consume alcohol para superar sus problemas o en su defecto para ser aceptado socialmente por su grupo de amigos que, si lo hacen, igual forma siente remordimiento al tener amigos que no beben alcohol y pueden compartir con su familia, lo que a su vez le hace recapacitar para dejarlo.

En el caso del segundo entrevistado, estado civil soltero, corresponde al grupo de edad considerado adulto joven (20-39). Por lo que respecta al análisis de su entrevista la palabra más predominante es “gusto”, el individuo normaliza el consumo de alcohol, de la misma forma reconoce que desde que lo consume se han presentado un sin número de problemas, de hecho, afirma que hacerlo es una forma de distracción, es decir, lo compara con un hobby y manifiesta que la desmedida en su consumo es lo que puede atraer los problemas y su familia lo acepta como acciones de su edad.

Nube de Palabras- Entrevista 3

Figura. 8.- Análisis del comportamiento individual entrevista 3 con relación al consumo de alcohol



Fuente: Entrevista Directa
Elaboración: Autor

En el caso del tercer entrevistado, estado civil soltero, el mismo corresponde al grupo de edad considerado adulto joven (20-39).

Por lo que respecta al análisis de su entrevista la palabra más predominante es “mis”, el individuo normaliza el consumo de alcohol y considera que su hacerlo le permite desinhibirse y dejar de ser tímido, sin embargo, manifiesta que aun cuando sus padres se han separado él es una persona madura que toma sus propias decisiones y consumir alcohol es parte de sus decisiones, Reconoce abiertamente que es alcohólico y no lo asocia con un problema y no declara intenciones de dejarlo.

Nube de Palabras- Entrevista 4

Figura. 9.- Análisis del comportamiento individual entrevista 4 con relación al consumo de alcohol



Fuente: Entrevista Directa

Elaboración: Autor

En el caso del cuarto entrevistado, su estado civil soltero, la edad declarada corresponde al grupo considerado adulto joven (20-39), Por una parte, la palabra más predominante es “tomo”, el individuo normaliza el consumo de alcohol y considera que tiene el control de lo que hace, reconoce que, si es un problema ya que no le ha dejado liberarse de deudas, sin embargo, tampoco se ha planteado dejar de consumirlo, No reconoce tener un problema de consumo de alcohol y lo direcciona a un consumo ocasional por presión social ya que lo hace cuando los amigos lo invitan.

3.3.1 Análisis de entrevistas

A continuación, se realiza un consolidado de las entrevistas para obtener un análisis global de las percepciones de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol.

Figura 1. Análisis del creencias generales con relación al uso y consumo de alcohol



Fuente: Entrevista Directa
Elaboración: Autor

Los resultados más significativos que se pueden mencionar son los siguientes:

- El consumo de alcohol se presenta en el grupo de edad de poblaciones consideradas adulto joven en su totalidad, es decir de las 4 personas entrevistadas todas consumen o consumían alcohol.
- Los entrevistados declaran en su mayoría querer dejarlo o disminuir la frecuencia de su consumo, sin embargo, atribuyen al medio en el que desarrollan la incapacidad de poder hacerlo.
- Están conscientes o en su defecto atribuyen (creo) que su hábito de consumo de alcohol se debe al medio en el que se desarrollan los amigos, la familia.

- Han normalizado el consumo de alcohol, de cierta manera lo ven como un método de escape para afrontar problemas o como un mecanismo para desinhibirse o simplemente pasajeros de la edad o un gusto que se dan.
- En su mayoría mencionan que la familia está presente y es la que los motiva a dejar el consumo de alcohol.
- Los entrevistados saben que por el consumo suceden cosas “malas” como ellos lo mencionan, sin embargo, en su gran mayoría no consideran que es un problema,
- Solamente un entrevistado expreso su temor a perder su familia.
- Mencionan que aun cuando los deseos sean fuertes de dejar el consumo de alcohol “siempre “, habrá personas que nuevamente los hagan caer en lo mismo y que los juzguen.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- El consumo de alcohol en Ecuador se evidencia en poblaciones menores de los 18 años, es decir que a temprana edad la población experimenta el consumo de bebidas alcohólicas, (18.7%),
- En Ecuador la población más predominante que consumen alcohol es la masculina (80.3%).
- Dentro del nivel de instrucción, (el 29.5%) de aquellas personas que tienen secundaria consumen alcohol con respecto al total de la población.
- Alrededor del 79.1% de la población que consume alcohol se auto identifica como mestiza,
- El 0.63% de defunciones a nivel nación es a causa del consumo de alcohol de las causas directamente relacionadas al consumo de alcohol el 67.6% corresponde a *enfermedades del hígado*, el 22.2% corresponde a *trastornos Neurológicos por consumo de alcohol*, los *trastornos Mentales y Conductas debido al uso de Alcohol* es el 8.2% y con menos del 1%

se encuentran causas como *pancreatitis crónica inducida por alcohol, intoxicaciones y síndromes fetales asociadas al consumo de alcohol*

- El promedio de años de vida potencialmente perdidos por el consumo de alcohol entre el 2012 y el 2019 se ubica entre los 22.18 años y los 23.82 años, de estos el 2014 es el año con el promedio de alto de años perdidos.
- El promedio de años de vida perdidos a causa del consumo de alcohol más significativa se presenta en los grupos de edad desde los 45 y 54 años.
- El consumo de alcohol se presenta en el grupo de edad de poblaciones consideradas adulto joven en su totalidad.
- Los entrevistados declaran en su mayoría querer dejarlo o disminuir la frecuencia de su consumo, sin embargo, atribuyen al medio en el que desarrollan la incapacidad de poder hacerlo.
- Están conscientes o en su defecto atribuyen(creo) que su hábito de consumo de alcohol se debe al medio en el que se desarrollan los amigos, la familia.
- Han normalizado del consumo de alcohol, de cierta manera lo ven como un método de escape para afrontar problemas o mecanismo para desinhibirse o simplemente pasajeros de la edad o un gusto que se dan.
- En su mayoría mencionan que la familia está presente y es la que los motiva a dejar el consumo de alcohol.
- Los entrevistados saben que por el consumo suceden cosas “malas” como ellos lo mencionan, sin embargo, en su gran mayoría no consideran que es un problema.
- Solamente un entrevistado expreso su temor a perder su familia.
- Mencionan que aun cuando los deseos sean fuertes de dejar el consumo de alcohol “siempre “, habrá personas que nuevamente los hagan caer en el mismo y que los juzguen.

Recomendaciones

- El consumo de alcohol es un fenómeno socioeconómico multicausal por lo tanto se requiere construir políticas de salud pública que estudien al individuo desde su entorno y no desde

la forma individual, y sobre todo asumir las corresponsabilidades entre el individuo afectado y personal de salud, con el objetivo de lograr que su tratamiento sea eficiente al momento de ingresar al mismo.

- Es importante desarrollar programas de educación y salud que se interrelacionen y sobre todo que se enmarquen en la promoción y prevención de enfermedades.
- Los programas de prevención y reducción del consumo del alcohol requieren de la participación de todos los sectores que son parte de los determinantes sociales, salud, educación, bienestar, e instituciones y/o empresas para que sea exitoso.
- Es necesario, vincular y sobre todo fortalecer la atención primaria de Salud.
- Consumir alcohol no solo es nocivo para la salud, de hecho, destruye el entorno familiar, social y laboral del individuo, al desarrollarse como una conducta o un mecanismo de escape la persona es más vulnerable a sufrir algún tipo de inequidad y justicia social.
- Al ser una enfermedad generada por presión social, es necesario promover estilos de vida saludables en la población.
- Fortalecer las políticas de importaciones en relación con los productos que se consumen como licores y cigarrillos.
- Orientar los programas de prevención no solo en la población adolescente sino también los grupos poblaciones con el más alto promedio de años de potencialmente perdido por el consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya, R., & Gómez, A. (2017). *Estimación de años potencialmente perdidos por accidentes de tránsito*. México: Observatorio del desarrollo .
- Armas, P. (1992). *Geopolítica y Narcotráfico en la América Andina*. Madrid: Universidad Complutense.
- Ávila-Fuenmayor, F. (2006). *El concepto de poder de Michael Foucault*. Venezuela : Universidad Privada Dr. Rafael Bellosó.
- Bagley, B., Bonilla, A., & A., P. (1991). *La Economía Política Del Narco Tráfico: El caso Ecuatoriano*. Ecuador: Flacso.
- Bonilla, A. (1991). *Ecuador: Actor Internacional en la guerra contra las drogas*. Ecuador: Flacso.
- Bosch, A. (2010). *Los violentos años veinte: gánsters ,prohibición y cambios socio-políticos en el primer tercio del siglo XX en Estados Unidos*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3891674.pdf>
- Brzezinski, Z. (2005). *El gran tablero de Ajedrez. El mundo visto desde la prisma geopolítica norteamericana*. Buenos Aires: Paidós.
- Burroughs, W. (1998). *El Yanqui*. Barcelona-España: Editorial Burgueza S.A.
- Cabrera, M., Molina, J., Gonzales, J., Hernández, H., & otros. (2013). Consumo de alcohol y factores de riesgo coadyuvantes en los habitantes de una colonia de Iztapalapa.

- VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 16(2), 83-89. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2013/vre132f.pdf>
- Castañeda, I., Pría, M., Bayarre, H., Astraín, M., & Herrera, L. (2001). *Indicadores más utilizados para el estudio de la mortalidad*. La Habana- Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/indica~1.pdf>
- Castro, R. (2014). *Impacto en salud pública- Costos del dengue en Colombia 2010- 2012*. Bogotá- Colombia: Universidad de los Andes. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/02-2014-cha-costos-dengue-colombia-2010-2012-Impacto.pdf>
- CICAD. (2013). *El problema de las drogas en las americas: estudios*. Argentina : Organizacion de los Estados Americanos .
- CICAD/OEA. (2012). *Estudio Epidemiologico Andino sobre consumo de drogas en la poblacion universitaria. Infome Ecuador 2012*. Quito: Proyecto PRADICAN.
- CONSEP. (2014). Obtenido de <http://amchamgye.org.ec/agye/wp-content/uploads/Consumo-de-alcohol-Ecuador.pdf>
- Costa, W. (1992). *Geografía Política y geopolítica*. São Paulo: Edusp.
- Dávila, A. C. (2013). *El alcohol: Un problema de salud pública* . Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6271/T-PUCE-6452.pdf?sequence=1>

- Díaz, K., & Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Revista Avances en Enfermería*, 30(3), 37-59. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/268811073_Factores_familiares_individuales_y_ambientales_en_el_consumo_y_no_consumo_de_drogas_en_adolescentes
- Farhat, Y., Martins, J., & Swanso, D. (2014). *Methods of Demographic Analysis*. New York London: Springer.
- Freire, W. (2014). La nueva situación epidemiológica de Ecuador. *Revista Informativa OPS/OMS representación Ecuador*(32), 7-13. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599
- García del Castillo - López, A., García del Castillo, J., & Marzo, J. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*(104), 100-111. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/234128735_La_relevancia_de_la_inteligencia_emocional_en_la_prevencion_del_consumo_de_alcohol
- Graham, H. (2014). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Malvan Q*, 24-101.
- Hernández, A., & Fernandez, B. (2003). *Técnicas de Investigación*. Mexico: Moderna.
- Hobbes, T. (1651). *Leviatán*. Inglaterra: Andrew Crooke.

- Humbert, S. (1976). *The Business of Crime. Italians and Syndicate Crime in the United States*. Chicago: Universidad de Chicago.
- Iciar Indave, B. (04 de 08 de 2019). Research methods on alcohol-related harm in the population. *Rev. Esp. Salud Publica*, 88(4). Recuperado el 20 de 01 de 2019, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?sc>
- INEC. (2013). *Anuarios de Accidentes de transito y sus causas* . Quito: Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador .
- INEC. (2014). *Encuesta de Condiciones de Vida*. Quito-Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INEC. (2017). Reporte de pobreza y desigualdad . *Folleto digital INEC*, 50-62.
- INEC. (2018). *Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
- Kornblit, A., Camarotti, A., & Di Leo, P. (2010). *La construcción social de la problemática de las drogas*. Buenos Aires: UNICEF.
- Lafuente, L., & Marín, A. (2008). *Metodología de la Investigación de las ciencias sociales* . Bogotá - Colombia : Universidad EAN.
- Lerma, J., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid-Parra, C., & Langer, A. (2015). Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: El rol preventivo

- de mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 7(1), 57-69. Obtenido de <http://midap.org/wp-content/uploads/2015/04/Factores-de-riesgo-asociados-al-consumo-problem%C3%A1tico-de-alcohol-en-la-adolescencia.pdf>
- Lévinas, E. (2012). Totalidad e Infinito. En D. Romero, *Una mirada a "totalida e infinito" de Emmaniel Lévinas* (págs. 58-60). Madrid : Universidad Don Bosco .
- Londoño, J. (1996). *La Carga de la Enfermedad: Un nuevo indicador en el campo de la salud pública*. Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia .
- Lozada, Aguinaga, L., Paez, R., Olmedo, C., & Pozo, A. (1999). Obtenido de <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A57.PDF>
- Lozada, P., & Aguinaga, L. (2003). *El peso de la enfermedad en el ecuador* . Quito-Ecuador : CEPAR.
- Mallearel, J. (2012). *La Medicina: Historia, saber y poder. El higienismo como dispositivo de Defensa Social*. Uruguay: Prensa Medica Latinoamericana.
- Mancilla, J. (2012). *Gasto Público en Salud en el Ecuador* . Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil .
- Ministerio de Finanzas. (2018). *Boletín de ejecución presupuestaria*. Quito: Ministerios de Finanzas.
- Moncayo, P. (2016). *Geopolítica Crítica o¿Crítica a la Geopolítica?.*, Sangolquí: ESPE.

- Montoya, R. (2014). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador. *Revista Informativa OPS/OMS representación Ecuador*(32), 14- 23. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599
- Moore, J. (2009). *“Interpersonal violence and illicit drugs”* (Liverpool, Reino Unido: Centre for Public Health, . EE.UU: University WHO Collaborating Centre for Violence Prevention.
- MSP-INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Muñoz, J. (2010). *Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad* . México: Medigrafic.org.
- O.P.S. (2010). *El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la salud.
- Obradors-Riala, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2013). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años ~ de la Cataluña~ Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Elsevier España, S.L.U*, 28(5), 381–385. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv28n5/original_breve1.pdf
- Ochoa, D. (Mayo de 2015). *gk.city*. Obtenido de <https://gk.city/2015/05/25/la-legalizacion-del-consumo-ecuador/>

- OMS. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf
- OMS. (2015). *Informe de la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (Mayo de 2018). *Estrategia de Cooperación, Ecuador*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137163/ccsbrief_ecu_en.pdf;jsessionid=EEB6D1093337179645FB55514EDA5527?sequence=1
- OPS. (2010). *El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la salud.
- OPS. (2011). *Informe temático sobre enfermedades no transmisibles*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-sp1.pdf>
- OPS. (2014). Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=972
- OPS; OMS. (2015). *Informe de la Situación regional sobre Alcohol y la Salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud .
- Organización mundial de la salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10 ed., Vol. 2). (O. p. salud, Trad.) Washington-EUA. Obtenido de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Siete organos se afectan con frecuencia por el consumo de alcohol*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, N., Arteaga, Y., & Medina, E. (2008). *alcoholinformate.org.mx*. Obtenido de <http://www.alcoholinformate.org.mx/Consumo%20de%20alcohol%20factores%20de%20riesgo.pdf>
- Perez, A. (2012). De la investigación a la acción (y viceversa) en el tratamiento de consumidores de sustancias psicoactivas. *Revista de la asociación Proyecto Hombre*, 11-17. Obtenido de https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/06/REVISTA_PH_78_BAJA.pdf
- Pérez, A., Redondo, M., Mesa, I., Jiménez, I., Martínez, M., & Pérez, R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *El Sevier*, 42(12), 604-611. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.12.009>
- Ponce, C. (2018). *Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo*. Chimborazo: Universidad Andina Simón Bolívar .
- Pons, J., & Berjano, E. (2017). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Valencia-España : Universidad de Valencia .
- Ramírez, D., Marínez, K., & Asúnsolo, Á. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (224), 190-209. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original1.pdf>
- Ratzel, F. (2005). *Ubicación y espacio*. São Paulo: Edusp/Hucitec.

- Reino, G. (2013). *Recorridos por una estética de la evasión* . Medellín : Universida Nacional de Colombia.
- Rey-Buitrago, M. (2015). Genética molecular del alcoholismo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 483-494. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.49352>
- Rivera, L., & Valarezo, C. (2015). *Produccion y comercializacion de licor de cacao y café*. Quito: Escuela Superior Politécnica del Litoral .
- Salinas, C., Padilla, N., Ruiz, M. L., & Vera, A. (2014). La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. *Enfermería Global, revista electrónica de Enfermería*(33), 157- 165. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/docencia2.pdf>
- Sassen, S. (2015). *Expulsiones. Brutalidad y complejidad de la economia global* . Buenos Aires : Katz Editores.
- Secretaria Tecnica de PrevenciónIntegral de Drogas . (2016). *Encuesta Nacional de uso Consumode Drogas 2016*. Quito-Ecuador: SETED.
- Suzunaga, J. (2007). *Apuntes sobre la toxicomanía generalizada*. Bogotá- Colombia: Universidad Dsitrital Francisco José de Caldas.
- Unidad de Análisis de la Investigación en Salud de la Secretaría de Salud. (2017). *Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Salud Sur* . Quito-Ecuador : Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

UNODC. (2018). *Informe Mundial de Drogas 2018*. EE-UU: Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el delito .

Vargas, R. A. (2009). *El pensamiento de Slavoj Zizek*. Argentina : Revista de Filosofía y Teoría Política.

Velasquez-Araque, L. (2017). *Metodología de la Investigación*. Guayaquil: Uiversidad de Guayaquil .

Zizek, S. (2003). *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Editoriales Argentina.

ANEXOS

ENTREVISTAS

A continuación de transcribe de forma textual las entrevistas realizadas:

Entrevista 1

Edad: 29 años

Lugar de residencia: Machachi barrio "El Por Venir"

¿Cuántos hijos tienes?

Tengo 2 hijitos Anderson Olazco y el otro Iván Josué y mis dos hijitos, son buenos no tengo que darles tanto de mí y quiero que sean mejores que mí.

¿Cuánto tiempo lleva casado?

Yo soy casado aproximadamente 12 años en esos años eh trabajado eh salido adelante y quiero un poquito más mantener a mi hogar y mi familia si es posible toda la vida.

¿Acabo la escuela, colegio?

Si soy bachiller técnico industrial, trabajé en "ADELCA" en serie Ecuador por motivos que la fábrica fue terminando su curso pues me Salí, y ahora estoy trabajando como chofer y para que

sigo luchando allí y es bastante diferente el cambio, pero más es por motivos que la fábrica se fue terminando me salí.

Entrevistador: bueno vamos a enfocarnos con el tema del consumo de alcohol

¿A qué edad empezó el consumo de alcohol?

Empecé entre los 27 y 28 años y de ahí comencé como un poco que la vida era diferente a veces no me importaba como decía tomaba un trago y al otro día ya se me pasa y sigo y nunca me di cuenta de que esto hacía muchas cosas malas en mí y luego ya tomaba y luego de una semana otra vez porque se me asomaba panas o amigos y toma y no me daba cuenta y hasta ahora... más por mi familia

Entrevistador: en realidad su decisión está tomada por influencia de su familia

Entrevistado: bastante porque no me doy cuenta yo sin hogar, sin mis hijos, sin mi mujer como dicen a veces tu mujer está en todo te está ayudando te está dando una mano y yo sé que para ella también es difícil más que todo por lo que paso y lo que está pasando es duro en realidad ahora sin trabajo no haces nada y más que todo yo en mi trabajo siempre tuve un estatus laboral que estaba yendo ahí de lunes a viernes a veces hasta sábados y ahora es diferente de domingo a domingo descanso y estoy desde las 7 y termino a las 11 de la noche y la deuda que se nos metió es un poco complicada entonces yo creo que con el alcohol no llevaría bien

¿Cómo describiría usted la relación que tuvo con el alcohol?

Yo la describiría como que me saca un poco de o me saca, pero solo me ha hecho cosas malas solo veo que estoy en alcohol que me voy un día a tomar unos tragos y al otro día ya paso algo y

digamos por ahí comentarios que mi suegro me ha visto o que he estado con mis panas o estoy por allá tomando y entonces son cosas que hacen mal...no las veo bien.

¿Describa alguna situación de mayor impacto que haya experimentados bajo los efectos del alcohol?

El de más impacto fue cuando le quise pegar a mi mujer ahí fue cuando me dijo Rolando tú no eres así nunca has sido así ni cuando has tomado te has portado de esa manera y siempre vienes a la casa y después al otro día me dijo que yo no soy ese no soy el... y entonces es algo que en todos los 12 o 13 años que estado con mi mujer nunca le he alzado la mano y fue esa la primera vez eso ya fue hace unos 2 o 3 años otras

¿Influyo el ambiente social o sus amigos para el inicio de consumo de alcohol y sobre todo después de todas las consecuencias en su vida influencio su medio ambiente?

Yo creo que influenciado...creo que si porqué siempre va a haber una persona ahí alrededor suyo que va a estar vamos a joder, dar una vuelta, o al futbol y después una bielita otra biela y si uno se queda es para hacerme un daño yo mismo al quedarme. Entonces yo creo que si influencia el medio ambiente de nosotros.

¿Qué diría o usted le podría poner una cualidad o algún factor psicológico de su personalidad que haya sido el responsable del consumo de alcohol, cuál sería?

Creo que el responsable de esto hubiese sido tal vez mi familia, tal vez en esos momentos que más los necesitaba y no habían.... Digamos la soledad influye bastante, me refugiar en el alcohol más que en mis amigos entonces creo que eso también fue otra causa más que pudo haber pasado.

¿En qué momento sintió realmente que el consumo de alcohol era un problema para su vida, para su familia?

Eso lo vengo llevando más o menos desde un mes y medio atrás ósea desde la última vez que eh tomado. Tomé y desde ahí más o menos me di cuenta de que ya no quiero hacer daño a nadie, a ninguna persona ni a mí mismo... quiero ser el mismo de antes que siempre salía con ellos que iba a las canchas a jugar fútbol ayudarles en sus deberes muchas cosas que yo mismo he ido perdiendo y estoy tratando de recuperar que todavía estoy a tiempo y bastante.

¿Recuerda haber recibido alguna queja por algún familiar cercano relacionado con su consumo de alcohol?

Digamos que si ya mi familia era como que “te digo una vez, te digo otra vez y no entiendes” siempre soy así , siempre fue así esto me fue haciendo las ganas como digamos queEstar con mis panas salir un rato con ellos pero no me daba cuenta que yo estaba haciendo un mal entonces sí Digamos como que mi familia estaba atrás de mí en esto entonces yo...para que he decidido mejor ser como era antes pasaba con mis hijos pasaba con mi mujer hacia muchas cosas agradables y ahora todavía estoy a mucho a tiempo para conseguir y recuperar todo.

¿Cuántas veces intento dejar ya el consumo?

Esta realmente va a ser la primera vez y será la última vez porque estoy mal así no les doy y les veo a mis chiquitos crecer digamos el uno va por los 12 años y sigo metido en esto creo que no, el luego me va a cuestionar y no voy a tener palabras para decirle a mi hijo “sabes que si tu tomas...” el mismo me dará un chirrido en la cara... entonces eh decidido que esto debo dejar por mis hijos quiero darles un ejemplo y como le dije cuando estaban chiquitos yo era el ejemplo de la casa y porque ahora se me va a ir acabando eso.. Por unos tragos no me voy a dejar.

Entonces creo que mis hijos son los responsables de este cambio que quiero hacer real - ¿y su esposa? Mi esposa hasta ahora es orgullo mío de tener, siempre me ha apoyado y eh estado con ella, hasta ahora mismo seguimos luchando en todo ella es un pilar fundamental en mi familia. - ¿pero no se ha cansado o se ha decepcionado?

No me ha dicho que está decepcionada me ha dicho que puedo y que antes era diferente y que ahora no sé qué paso... y eso digo desde ahora quiero ser la persona que era antes la que era orgullo de mí y porque no ahora, tuve muchas cosas en la vida ... mi trabajo laboral era uno de los mejores y ahora en el que estoy también lo sigo siendo ...pero con las copas en la cabeza a veces uno no puede ser así ... pues se puede fallar y para no fallar mejor evitar eso y seguirle como fui antes. - ¿hubo engaños hacia su mujer en el consumo?

En ese caso casi no he tenido encuentros con otras mujeres porque... ósea yo era más bien digamos involucrado en el alcohol que como con esa pelada me voy a tomar o le invitare unas cervezas igualmente no me ha gustado ser así.

¿Cómo describiría su vida y la relación con el alcohol actualmente?

Actualmente a mi vida la reflejaría como que me está haciendo daño por ahí... me verán mis panas yo tomado y verlos con sus familias con sus hijos y yo afuera haciendo un espectáculo malo no quiero esa impresión que se lleven. - ¿habrá amigos que le digan mandarina o porque ya no tomas?

Yo creo que siempre va a ver esas personas siempre van a ver y digan lo que me digan más esta mi hogar, mi familia

¿El NN del pasado que diría?

Diría en realidad vamos...diría no importa que pase vamos. Pero el Édison de hoy que quiero cambiar ese ahora se da cuenta de muchas cosas simplemente diría que no me doy cuenta de que debería valorarme hacerme ver cómo era antes y no como si eh sido malo o que era malo o el de antes que paso que ganábamos títulos en el futbol y muchas cosas que en realidad me hacen fuerte

¿Qué le diría el NN del presente al del futuro?

Muchas cosas le quisieran decir a el quien sabe lo más bacano lo logramos y seguir adelante verlos a mis hijos con sus metas y yo verlos que les he ayudado mucho creo que eso le diría a ese Édison.

¿Y NN del futuro que le dijera al del presente?

Vos puedes no te dejes...

Entrevista 2

Edad: 24 años

Estado civil: soltero

Con quien vives actualmente: con mi mama y mi papa, Instrucción: tercer nivel (carrera, talento humano), Lugar de residencia: la Roldós

¿A qué edad y como empezó tu relación con el consumo de alcohol? A los 14 años en una fiesta de 15 años de una amiga ahí.

¿Cómo describirías tú, la relación con el alcohol? Es una forma lúdica, cuando no tengo nada que hacer o para distraerme es para entretenerme, es un ocio eso.

¿Describe una situación de mayor impacto que has sufrido a causa del alcohol? Chuta full cosas, es como que cuando tu estas muy mal te desmides de lo que haces entonces no eres tú, entonces no te das cuenta de lo que podrías hacer entonces si el alcohol influye bastante full problemas ¿la más grave? Tuve un problema con una prima, es que le hice el amor sin querer ella también hicimos el amor sin querer.

¿Tú crees que tu ambiente social influyó para que accedas al consumo de alcohol y vayas desarrollando? Si bastante el ambiente social en el que estaba sí me llevaba con chicos mayores y también como jugaba futbol íbamos con los mayores y te dabas cuenta de que siempre alguien sacaba una cerveza o sacaban trago y a veces nos llevaban a fiestas de 15 años ahí fue cuando tuve contacto las primeras veces con el alcohol.

¿A qué factor emocional tú le puedes atribuir tu consumo de alcohol? Por la euforia es lo que pasa te desmides ósea a veces cuando te pasas está mal pero cuando lo llevas de una forma controlada no está mal puede ser un gusto también. Es un gusto me gusta tomar.

¿En qué momento te diste cuenta de que el alcohol se ha convertido en un problema? Cuando ya comencé a perder algunas personas amigos, ósea todo mi grupo social era muy bebedor entonces comenzó a haber problemas entre nosotros mismos, con las chicas o con alguien o hacían una fiesta se cogían algo y quizás no fue ninguno y nosotros éramos los que nos veíamos todos los días entonces comenzaron a haber problemas así cosas pequeñas que quizás hablando se podían solucionar y no se hablaban y entonces se comenzaron a destruir todos contra todos.

¿Recuerdas haber recibido alguna queja de parte de algún familiar por tu consumo? Sí, pero en buena onda no me han dicho como que te vamos a internar si no en toda buena onda, no lo ven tan

mal igual lo justifican con la edad, es un gusto que a veces me cansa y luego solo me quedo tranquilo y busco otras cosas en las cuales desahogarme, pero es un gusto el alcohol óseo cuando me da ganas tomo.

¿Alguna vez lo has intentado dejar? No. No lo veo como algo malo... Es malo en exceso

¿Cómo describirías tu relación con el alcohol? Mi relación es los fines de semana viernes, sábado, domingo en laguna fiesta o cuando salgo con los amigos tengo contacto y tomo... no mucho depende si tengo cosas que hacer.

Entrevista 3

Edad: 23 años, Estado civil: soltero, Con quien vives actualmente: con mi papa mi madrastra y mi hermanastro Instrucción: tercer nivel, Lugar de residencia: Sangolquí

¿A qué edad comenzó tu relación con el consumo de alcohol y cómo empezó? A los 15 o 16 años con un hermano.

¿Cómo describirías tú, la relación con el alcohol? Es muy seguida la verdad, si yo te digo que consumo alcohol cada semana digo que si soy alcohólico la verdad porque es cierto si consumo bastante, pero lo hago por diversión y por euforia me pone en un estado de adrenalina no soy tímido y tomo decisiones más rápido y si me gusta

¿Describe alguna situación de mayor impacto problemático para ti bajo el efecto del alcohol? No creo que tenga una experiencia mala de la que me arrepienta, tal vez tratarle mal a una persona, hacerle el diferente pero no algo grave la verdad.

¿Influyo tu ambiente social para el inicio y desarrollo del consumo de alcohol? Claro depende de con quien crezcas o con quien estés el que anda con lobos aullar aprende entonces si es que andas con personas que no te llevan a un buen camino pues de ley te vas a perder. La carne es débil.

¿Algún factor emocional al que le puedas atribuir el consumo de alcohol? No, mis padres se separaron, pero no yo creo que soy una persona madura y se mis decisiones y sé que nunca me afecto.

¿Ha llegado un momento en el que has sabido que el alcohol es ya un problema? No creo, no

¿Recuerdas haber recibido una queja por parte de un familiar por el consumo? Si, mis hermanos y mi papa que se molestan mucho a veces cuando llego muy ebrio y me desaparezco 3 días sin avisar nada y se molestan y se reúnen y me hablan que, porque tomo bastante, pero eso es normal de una familia y no es un problema para mí, pero si para mi familia porque son cristianos y eso les molesta

¿Alguna vez te has propuesto dejar el alcohol? Claro si me he propuesto tratar de dejar tal vez no quiero tomar en 2 meses, pero se presentan situaciones sociales o con los amigos o afuera del instituto.

¿Actualmente cómo vas con tu relación con el consumo? Creo que siempre ha sido algo ni va subiendo ni va bajando neutral a veces se presentan situaciones para beber y a veces solo quieres estar en casa o hacer otra actividad.

Entrevista 4

Edad: 19 años; Estado civil: soltero; Con quien vives actualmente: con mi padre: Instrucción: bachillerato; Lugar de residencia: el consejo

¿A qué edad empezó tu consumo de alcohol? Entre los 15 y 16 años

¿Cómo describirías tu relación con el alcohol? Frecuente, hay ocasiones en que no siempre estarás bien o estarás mal hay ocasiones entonces se podría decir que es un vaivén

¿Describe alguna situación de mayor impacto problemático para ti bajo el efecto del alcohol? Algunos, tuve algunas riñas.

¿Influyo tu ambiente social para el inicio y desarrollo del consumo de alcohol? Si crecí con gente mayor y empecé a tomar con mi primo mayor por 9 años siempre le vi como un ejemplo

¿Algún factor emocional al que le puedas atribuir el consumo de alcohol? No creo

¿Ha llegado un momento en el que has sabido que el alcohol es ya un problema? Para ser sincero es un problema que solo gasto dinero por alcohol y gaste mucho dinero y no he pagado cosas de la casa por el vicio

¿Ha llegado un momento en el que has sabido que el alcohol es ya un problema? Recientemente ya es como que quiero dejarlo un poco y en el trabajo quiero centrarme más y ganarme un centavo más que tomar, creo que es un poco cierto que el alcohol cura las heridas. Creo que me hace olvidar.

¿Recuerdas haber recibido una queja por parte de un familiar por el consumo? Si algunas por anécdotas pasadas.

¿Alguna vez te has propuesto dejar el alcohol? No me he planteado como una meta, pero cuando se da la situación con amigos o alguna ocasión si tomo.

¿Actualmente cómo vas con tu relación con el consumo? Tranquila, a pesar de que tomo bastante creo que estoy bien, voy a salir del país y es como que me da nostalgia y tomo.

SINTAXIS DE LOS CÁLCULOS REALIZADOS

* Encoding: UTF-8.

```
*****  
* 2012***.  
*****.
```

GET

```
FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2012\EDG_2012.sav'.  
ALTER TYPE ALL(A=AMIN).
```

****SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL***.**

```
IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.  
IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.  
IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |  
causa4 ="X458" | causa4 ="X459" | causa4 ="X65" | causa4 ="Y150" |  
causa4 ="Y154" | causa4 ="Y159") alcohol=3.  
IF (causa4="I426") alcohol=4.  
IF (causa4="K292") alcohol=5.  
IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.  
IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.  
IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.  
IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.  
EXECUTE.
```

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

```
IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2012=1.  
VARIABLE LABELS alcohol2012 "Muerte por alcohol_2012".  
EXECUTE.
```

VALUE LABELS alcohol

- 1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"
- 2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"
- 3 "Trastornos neurológicos por alcohol"
- 4 "Miocardiopatía alcohólica"

- 5 "Gastritis alcohólica"
- 6 "Enfermedad alcohólica del hígado"
- 7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"
- 8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"
- 9 "Síndrome fetal debido al alcohol".

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

```

IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.
IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.
IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.
IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.
IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.
IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.
IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.
IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.
EXECUTE.

```

VALUE LABELS gredad

- 1 "Menores de 4 años"
- 2 "Entre 5 y 9 años"
- 3 "Entre 10 y 14 años"
- 4 "Entre 15 y 19 años"
- 5 "Entre 20 y 24 años"
- 6 "Entre 25 y 29 años"
- 7 "Entre 30 y 34 años"
- 8 "Entre 35 y 39 años"
- 9 "Entre 40 y 44 años"
- 10 "Entre 45 y 49 años"
- 11 "Entre 50 y 54 años"
- 12 "Entre 55 y 59 años"
- 13 "Entre 60 y 64 años"
- 14 "Entre 65 y 69 años"

15 "Entre 70 y 74 años"
16 "Entre 75 y 79 años"
17 "Entre 80 y 84 años"
18 "85 y más años".

CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1

CROSSTABS

/TABLES=gredad BY alcohol2012
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

* 2013***.

*****.

GET

FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2013\EDG_2013.sav'.
ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL.

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.

IF (causa4="G312" | causa4="G322" | causa4="G621" | causa4="G721") alcohol=2.

IF (causa4="X450" | causa4="X452" | causa4="X454" | causa4="X455" | causa4="X457" |
causa4="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150" |

causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.

IF (causa4="I426") alcohol=4.

IF (causa4="K292") alcohol=5.

IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.

IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.

IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.

IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.

EXECUTE.

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2013=1.

VARIABLE LABELS alcohol2013 "Muerte por alcohol_2013".

EXECUTE.

VALUE LABELS alcohol

- 1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"
- 2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"
- 3 "Trastornos neurológicos por alcohol"
- 4 "Miocardiopatía alcohólica"
- 5 "Gastritis alcohólica"
- 6 "Enfermedad alcohólica del hígado"
- 7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"
- 8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"
- 9 "Síndrome fetal debido al alcohol".

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.

IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.

IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.

IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.

IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.

IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.

IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.

IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.

IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.

IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.

IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.

IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.

IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.

IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.

IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.

IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.

IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.

IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.

EXECUTE.

VALUE LABELS gredad

1 "Menores de 4 años"

2 "Entre 5 y 9 años"

3 "Entre 10 y 14 años"

4 "Entre 15 y 19 años"

5 "Entre 20 y 24 años"

6 "Entre 25 y 29 años"

7 "Entre 30 y 34 años"

- 8 "Entre 35 y 39 años"
- 9 "Entre 40 y 44 años"
- 10 "Entre 45 y 49 años"
- 11 "Entre 50 y 54 años"
- 12 "Entre 55 y 59 años"
- 13 "Entre 60 y 64 años"
- 14 "Entre 65 y 69 años"
- 15 "Entre 70 y 74 años"
- 16 "Entre 75 y 79 años"
- 17 "Entre 80 y 84 años"
- 18 "85 y más años".

CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1

CROSSTABS

```

/TABLES=gredad BY alcohol2013
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```

* 2014***.

*****.

GET

```

FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2014\EDG_2014.sav'.
ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

```

SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL.

```

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.
IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.
IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |
causa4 ="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150" |
causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.
IF (causa4="I426") alcohol=4.
IF (causa4="K292") alcohol=5.
IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.
IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.
IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.
IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.
EXECUTE.

```

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

```
IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2014=1.  
VARIABLE LABELS alcohol2014 "Muerte por alcohol_2014".  
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS alcohol  
1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"  
2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"  
3 "Trastornos neurológicos por alcohol"  
4 "Miocardiopatía alcohólica"  
5 "Gastritis alcohólica"  
6 "Enfermedad alcohólica del hígado"  
7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"  
8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"  
9 "Síndrome fetal debido al alcohol".
```

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

```
IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.  
IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.  
IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.  
IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.  
IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.  
IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.  
IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.  
IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.  
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.  
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.  
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.  
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.  
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.  
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.  
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.  
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.  
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.  
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.  
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS gredad  
1 "Menores de 4 años"  
2 "Entre 5 y 9 años"  
3 "Entre 10 y 14 años"
```

- 4 "Entre 15 y 19 años"
- 5 "Entre 20 y 24 años"
- 6 "Entre 25 y 29 años"
- 7 "Entre 30 y 34 años"
- 8 "Entre 35 y 39 años"
- 9 "Entre 40 y 44 años"
- 10 "Entre 45 y 49 años"
- 11 "Entre 50 y 54 años"
- 12 "Entre 55 y 59 años"
- 13 "Entre 60 y 64 años"
- 14 "Entre 65 y 69 años"
- 15 "Entre 70 y 74 años"
- 16 "Entre 75 y 79 años"
- 17 "Entre 80 y 84 años"
- 18 "85 y más años".

CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1

CROSSTABS

```

/TABLES=gredad BY alcohol 2014
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```

```

*****
* 2015***.
*****

```

GET

```

FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2015\EDG_2015.sav'.
ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

```

SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL.

```

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.
IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.
IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |
causa4 ="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150"|
causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.
IF (causa4="I426") alcohol=4.
IF (causa4="K292") alcohol=5.
IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.

```

```
IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.
IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.
IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.
EXECUTE.
```

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

```
IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2015=1.
VARIABLE LABELS alcohol2015 "Muerte por alcohol_2015".
EXECUTE.
```

VALUE LABELS alcohol

```
1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"
2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"
3 "Trastornos neurológicos por alcohol"
4 "Miocardiopatía alcohólica"
5 "Gastritis alcohólica"
6 "Enfermedad alcohólica del hígado"
7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"
8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"
9 "Síndrome fetal debido al alcohol".
```

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

```
IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.
IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.
IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.
IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.
IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.
IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.
IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.
IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.
EXECUTE.
```


VALUE LABELS gredad

1 "Menores de 4 años"
2 "Entre 5 y 9 años"
3 "Entre 10 y 14 años"
4 "Entre 15 y 19 años"
5 "Entre 20 y 24 años"
6 "Entre 25 y 29 años"
7 "Entre 30 y 34 años"
8 "Entre 35 y 39 años"
9 "Entre 40 y 44 años"
10 "Entre 45 y 49 años"
11 "Entre 50 y 54 años"
12 "Entre 55 y 59 años"
13 "Entre 60 y 64 años"
14 "Entre 65 y 69 años"
15 "Entre 70 y 74 años"
16 "Entre 75 y 79 años"
17 "Entre 80 y 84 años"
18 "85 y más años".

CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1

CROSSTABS

/TABLES=gredad BY alcohol2015
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

* 2016***.

*****.

GET

FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2016\EDG_2016.sav'.
ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL.

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.

IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.

```

IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |
causa4 ="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150"|
causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.
IF (causa4="I426") alcohol=4.
IF (causa4="K292") alcohol=5.
IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.
IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.
IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.
IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.
EXECUTE.

```

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

```

IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2016=1.
VARIABLE LABELS alcohol2016 "Muerte por alcohol_2016".
EXECUTE.

```

VALUE LABELS alcohol

```

1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"
2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"
3 "Trastornos neurológicos por alcohol"
4 "Miocardiopatía alcohólica"
5 "Gastritis alcohólica"
6 "Enfermedad alcohólica del hígado"
7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"
8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"
9 "Síndrome fetal debido al alcohol".

```

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

```

IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.
IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.
IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.
IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.
IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.
IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.
IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.
IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.

```

```
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS gredad
```

```
1 "Menores de 4 años"
2 "Entre 5 y 9 años"
3 "Entre 10 y 14 años"
4 "Entre 15 y 19 años"
5 "Entre 20 y 24 años"
6 "Entre 25 y 29 años"
7 "Entre 30 y 34 años"
8 "Entre 35 y 39 años"
9 "Entre 40 y 44 años"
10 "Entre 45 y 49 años"
11 "Entre 50 y 54 años"
12 "Entre 55 y 59 años"
13 "Entre 60 y 64 años"
14 "Entre 65 y 69 años"
15 "Entre 70 y 74 años"
16 "Entre 75 y 79 años"
17 "Entre 80 y 84 años"
18 "85 y más años".
```

```
***CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1***
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=gredad BY alcohol2016
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
*****
* 2017***.
*****.
```

```
GET
```

```
FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2017\EDG_2017.sav'.
```

ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

****SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL****.

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.

IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.

IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |
causa4 ="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150" |
causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.

IF (causa4="I426") alcohol=4.

IF (causa4="K292") alcohol=5.

IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.

IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.

IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.

IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.

EXECUTE.

Nueva variable de muertes por alcohol.

IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2017=1.

VARIABLE LABELS alcohol2017 "Muerte por alcohol_2017".

EXECUTE.

VALUE LABELS alcohol

1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"

2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"

3 "Trastornos neurológicos por alcohol"

4 "Miocardiopatía alcohólica"

5 "Gastritis alcohólica"

6 "Enfermedad alcohólica del hígado"

7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"

8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"

9 "Síndrome fetal debido al alcohol".

****RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD****.

IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.

IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.

IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.

IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.

IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.

IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.

IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.

IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.

```
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS gredad
```

```
1 "Menores de 4 años"
2 "Entre 5 y 9 años"
3 "Entre 10 y 14 años"
4 "Entre 15 y 19 años"
5 "Entre 20 y 24 años"
6 "Entre 25 y 29 años"
7 "Entre 30 y 34 años"
8 "Entre 35 y 39 años"
9 "Entre 40 y 44 años"
10 "Entre 45 y 49 años"
11 "Entre 50 y 54 años"
12 "Entre 55 y 59 años"
13 "Entre 60 y 64 años"
14 "Entre 65 y 69 años"
15 "Entre 70 y 74 años"
16 "Entre 75 y 79 años"
17 "Entre 80 y 84 años"
18 "85 y más años".
```

```
***CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1***
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=gredad BY alcohol2017
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
*****
```

```
* 2018***.
```

GET

FILE='K:\TESIS_MARCOS_\BASES\EDG_2018\EDG_2018.sav'.

ALTER TYPE ALL(A=AMIN).

SE TOMAN SOLO LOS CASOS DE MUERTES POR ALCOHOL.

IF (causa4>="F100" & causa4<="F109") alcohol=1.

IF (causa4 ="G312" | causa4 ="G322" | causa4 ="G621" | causa4 ="G721") alcohol=2.

IF (causa4 ="X450" | causa4 ="X452" | causa4 ="X454" | causa4 ="X455" | causa4 ="X457" |
causa4 ="X458" | causa4="X459" | causa4="X65" | causa4="Y150" |

causa4="Y154" | causa4="Y159") alcohol=3.

IF (causa4="I426") alcohol=4.

IF (causa4="K292") alcohol=5.

IF (causa4>="K700" & Causa4<="K709") alcohol=6.

IF (causa4="K852" | causa4="K860") alcohol=7.

IF (causa4="E244" | causa4="R780") alcohol=8.

IF (causa4="P043" | causa4="Q860") alcohol=9.

EXECUTE.

*Nueva variable de muertes por alcohol**.

IF (alcohol>=1 & alcohol<=9) alcohol2018=1.

VARIABLE LABELS alcohol2018 "Muerte por alcohol_2018".

EXECUTE.

VALUE LABELS alcohol

1 "Trastornos mentales y con ductuales debidos al uso de alcohol"

2 "Intoxicaciones por alcohol no intencionadas, intencionadas, y de intención no determinada"

3 "Trastornos neurológicos por alcohol"

4 "Miocardiopatía alcohólica"

5 "Gastritis alcohólica"

6 "Enfermedad alcohólica del hígado"

7 "Pancreatitis crónica inducida por alcohol"

8 "Otros trastornos con mención explícita de alcohol"

9 "Síndrome fetal debido al alcohol".

***RECODIFICACION DE LA EDAD PARA FORMAR GRUPOS DE EDAD**.

IF ((cod_edad>=1 & cod_edad<=3) | (cod_edad=4 & edad<=4)) gredad=1.

IF (cod_edad=4 & edad>=5 & edad<=9) gredad=2.

IF (cod_edad=4 & edad>=10 & edad<=14) gredad=3.

IF (cod_edad=4 & edad>=15 & edad<=19) gredad=4.

```
IF (cod_edad=4 & edad>=20 & edad<=24) gredad=5.
IF (cod_edad=4 & edad>=25 & edad<=29) gredad=6.
IF (cod_edad=4 & edad>=30 & edad<=34) gredad=7.
IF (cod_edad=4 & edad>=35 & edad<=39) gredad=8.
IF (cod_edad=4 & edad>=40 & edad<=44) gredad=9.
IF (cod_edad=4 & edad>=45 & edad<=49) gredad=10.
IF (cod_edad=4 & edad>=50 & edad<=54) gredad=11.
IF (cod_edad=4 & edad>=55 & edad<=59) gredad=12.
IF (cod_edad=4 & edad>=60 & edad<=64) gredad=13.
IF (cod_edad=4 & edad>=65 & edad<=69) gredad=14.
IF (cod_edad=4 & edad>=70 & edad<=74) gredad=15.
IF (cod_edad=4 & edad>=75 & edad<=79) gredad=16.
IF (cod_edad=4 & edad>=80 & edad<=84) gredad=17.
IF (cod_edad=4 & edad>=85) gredad=18.
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS gredad
```

```
1 "Menores de 4 años"
2 "Entre 5 y 9 años"
3 "Entre 10 y 14 años"
4 "Entre 15 y 19 años"
5 "Entre 20 y 24 años"
6 "Entre 25 y 29 años"
7 "Entre 30 y 34 años"
8 "Entre 35 y 39 años"
9 "Entre 40 y 44 años"
10 "Entre 45 y 49 años"
11 "Entre 50 y 54 años"
12 "Entre 55 y 59 años"
13 "Entre 60 y 64 años"
14 "Entre 65 y 69 años"
15 "Entre 70 y 74 años"
16 "Entre 75 y 79 años"
17 "Entre 80 y 84 años"
18 "85 y más años".
```

```
***CRUCE DE VARIABLES grupo de edad y alcohol1***
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=gredad BY alcohol2018
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
```

/COUNT ROUND CELL.