

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE
AVILA.
Dr. José Asseff Yara.
POLICLINICO UNIVERSITARIO BELKIS SOTOMAYOR
ALVAREZ.**

Titulo: Conocimiento sobre el alcoholismo en los hombres de 30 a 45 años del CMF 27 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en el periodo de enero a junio del 2011.

**Autor: Dra. Naidelys Armas Gómez.
Aspirante a Especialista de Medicina General Integral.**

**Tutor: Dra. Marvely Isaac Rodríguez
Especialista en Medicina General Integral
Msc en Enfermedades Infecciosas
Profesor Instructor**

**Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el
Titulo de Especialista en 1er Grado de Medicina General
Integral**

Año 2011

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional

A la Revolución por darme la oportunidad de formarme como médico

AGRADECIMIENTOS

A un colectivo de trabajadores de la Corporación Copextel S. A.

A mis amigos por su comprensión y ayuda

PENSAMIENTO

“....el arte de curar consiste más en evitar la enfermedad y precaverse de ella por medios naturales que en combatirla por medios violentos, e inevitablemente dañino para el resto del sistema, [...]. La higiene va siendo ya la verdadera medicina, y con tanto de atención, cada cual puede ser un poco médico en sí mismo”

José Martí

ÍNDICE.

Resumen.....	1.
Introducción.....	2-5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7-32
Método.....	33-36
Análisis y Discusión de los resultados.....	37-42
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	45-47

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo de los hombres entre 30 a 45 años del Área de Salud del Policlínico Belkis Sotomayor, Consultorio del Médico de la Familia # 27, Canaleta, en el período de enero a junio del 2011, se utilizaron variables sociodemográficas como edad, raza, nivel escolar y variables relacionadas con el conocimiento del alcoholismo. Tomando como universo un grupo de adultos. Como criterio de inclusión se tomaron los límites de edades entre 30 a 45 años y el consentimiento informado. Se recogió la información a través de la formulación de una encuesta anónima, la cual constituyó el registro primario de información al personal que representó la muestra del universo estudiado. El procesamiento y análisis de la información se realizó mediante la agrupación de las variables de forma sumatoria y se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (porcentaje %), se expusieron las variables en tablas estadísticas relacionando variables demográficas con las relacionadas con el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo, esperándose cumplir los objetivos propuestos.

Palabras Claves: Alcoholismo, Prevención, Consecuencia.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los grandes azotes de la humanidad además de las guerras, las hambrunas, la miseria extrema y las catástrofes naturales están las drogas, que se definen como toda sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal, de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.¹ Destacándose entre ellas el alcohol. La primera definición de alcoholismo hecha por Jellinek fue: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingesta repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud y/o las funciones económicas y sociales del bebedor.³ El criterio del autor español Alonso Fernández se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico.¹

Según reportes del Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, más del 50 % de los delitos y muertes violentas a nivel mundial están relacionados de una u otra forma con el alcohol.⁴ La situación actual de este problema de salud demanda un trabajo interdisciplinario e interinstitucional. El llamado es a la prevención mancomunada de este flagelo. El abuso del alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema social, es uno de los hábitos tóxicos más extendidos en el mundo, afectando a algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de

alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencias religiosas, alrededor del 70 % de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemas en algún momento de su vida. Actualmente España ocupa el 4to lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4 % de la población española (1 600 000 personas) consume diariamente más de 100 g. Se considera que existe un incremento de consumo de alcohol de alrededor del 30 % en los países desarrollados durante los últimos 20 años, índice muy superior al esperado por el aumento de la población en esta etapa.⁵ Venezuela, que reporta cifras de alcoholismo similares a las reflejadas internacionalmente, ocupa el primer lugar en Latinoamérica con un consumo per cápita de alcohol equivalente a 60 L anuales. Actualmente el país cuenta con más de 300 agrupaciones de Alcohólicos Anónimos.⁶

En Cuba, el 45,2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre el 7 y el 10 %, uno de lo más bajo en Latinoamérica, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente en nuestro país, que el 90,4 % de la población inicia la ingestión del tóxico antes de los 25 años y que la mayoría de los bebedores problema se encuentra entre 25 y 42 años.⁵ Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 15 % en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 20 % de los enfermos que ingresan en los servicios médicos

hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.⁷

En relación con las investigaciones realizadas con el programa de Prevención y Control del Alcoholismo en el municipio de Camagüey se constató que el mayor porcentaje de los alcohólicos se encontraba en la edad entre 26 y 35 años y 46 a 59 años y se logró con la aplicación del programa que en un 75.8% los alcohólicos se incorporaron al trabajo.⁷

En los últimos años se han incorporado nuevas técnicas para el estudio, seguimiento y tratamiento de los pacientes alcohólicos y más importante aun, para su prevención, destacan entre estas las técnicas basadas en la educación y evaluación del conocimiento y con ellas nuevas perspectivas para lograr disminuir el alarmante incremento de pacientes alcohólicos en Cuba y el mundo y como enfermedad crónica no curable, que es, nuestra mejor arma es la prevención, sin entrar a considerar que esa es la enorme base que sostiene nuestro Sistema de Salud Nacional.⁸

En el Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, existen en un gran número de pacientes que consumen bebidas alcohólicas y en el Consultorio Tipo I N° 27 esta problemática se agudiza. Además no se cuenta con una definición exacta del problema, ni con antecedentes de estudios similares, lo que me motivó a realizar esta investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo que poseen los hombres entre 30 a 45 años.

SITUACIÓN PROBLÉMICA

Con el conocimiento acerca del Alcoholismo que existe hoy; no se logra la prevención de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Si se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal después de determinar el nivel de conocimiento sobre el Alcoholismo, podremos actuar sobre los aspectos más deficientes en el conocimiento de la enfermedad y así elevar la prevención y disminuir la incidencia de la misma.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre el Alcoholismo que poseen los hombres entre 30 a 45 años del Consultorio del Médico de la Familia # 27 del Policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el periodo de enero a junio del 2011

Objetivos Específicos:

1. **Caracterizar la muestra según las variables Sociodemográficas.**
2. **Identificar los pacientes que han recibido orientaciones previas, las vías adquisición de la información y el criterio personal sobre el alcoholismo según variables sociodemográficas.**
3. **Determinar el nivel de conocimiento según escala realizada.**

MARCO TEÓRICO

El alcohol: Sustancia que ha traído a la humanidad tantos pesares como bondades. Su historia se sitúa muy atrás en el tiempo, y su origen en un ámbito muy distinto al que actualmente conocemos. La historia comienza pues en la antigüedad, donde las mujeres se servían de un cosmético a base de un pigmento oscuro (a menudo un compuesto de antimonio), que se molía hasta conseguir un fino polvo.

Los árabes, con admirable sencillez, llamaban a este cosmético "el polvo finamente dividido". Pero como es de esperarse, lo hacían en árabe, con lo que el nombre resultante era *al-kuhl*. Ya los asirios poseían la palabra de fonética similar *guhlu*, para nombrar la pintura para los ojos.

Cuando los europeos empezaron a dedicarse a la alquimia, adoptaron muchos términos de este pueblo. Los árabes habían empezado a utilizar ya en el medioevo la denominación *al-kuhl* para cualquier polvo finamente dividido, sin relación ya con su función cosmética. Y los europeos los imitaron. Pero pronunciaron y escribieron la palabra de diversas maneras, hasta degenerar en la forma "alcohol".

Ocurrió también el hecho que los alquimistas siempre se sintieron algo incómodo con los gases o vapores. No sabían qué hacer con ellos. Tenían la vaga impresión de que los vapores no eran materiales en el mismo sentido que los sólidos, y por lo tanto los llamaban "espíritus".

Les impresionaban de manera especial aquellas sustancias que desprendían espíritus incluso a temperaturas normales, sin siquiera calentarlas. Y de todas

ellas, la más importante en la época medieval era el vino que se extraía de la uva (En sánscrito se llama "*rasa*" a la uva; de allí el griego "*raz*", y el latín "*racemus*"). Así que los alquimistas comenzaron a hablar de "los espíritus del vino" para referirse a los componentes volátiles de éste. Nosotros continuamos denominando a algunas bebidas alcohólicas como "espirituosas". Ahora bien, cuando un líquido se evapora parece pulverizarse hasta desvanecerse, así que estos espíritus también fueron llamados "alcohol". Y los alquimistas hablaron entonces del "alcohol del vino".

El alcohol del vino tiene un grupo de dos átomos de carbono al que están unidos un total de cinco átomos de hidrógeno. Esta misma combinación se encontró en un compuesto aislado en 1540. Este compuesto se evaporaba con mayor facilidad todavía que el alcohol, y el líquido desaparecía con tanta rapidez que dio la impresión de estar terriblemente impaciente por elevarse hacia su hogar en los cielos. Aristóteles había llamado a la materia que compone los cielos "éter", el elemento de las estrellas que según la mitología griega era hijo de Nicté (la Noche) y de Erebus (la Oscuridad) y era la personificación de la materia divina, vital, fina y brillante en la que según los antiguos creían, y que pendía sobre la atmósfera que rodea la tierra. Así que en 1730 esta sustancia que se evaporaba tan fácilmente fue bautizada con el nombre de "*spiritus aethereus*", en castellano "*espíritu etéreo*", que acabó por acortarse a "éter".

El grupo de dos carbonos y cinco hidrógenos del éter fue llamado "grupo etílico", y como este grupo está presente en el alcohol del vino, éste dio en llamarse "alcohol etílico" ocurriendo esto alrededor de 1850.

Las técnicas de destilación fueron perfeccionándose con los estudios luego de ser descubiertas en un pasado lejano.

La primera referencia de una forma destilada del alcohol se encuentra en los escritos del siglo IV d. c. del alquimista chino Ko Hung. Al hablar de las recetas para la preparación del cinabrio, Ko Hung comentaba: *"Son como vino que ha sido fermentado una sola vez, no puede compararse con el vino puro y claro fermentado nueve veces"*. Esta declaración parece implicar el conocimiento de métodos para la preparación de licores.

El descubrimiento del alcohol destilado en occidente se acredita alternativamente a Ramnón Llull, del que se conocen pocos datos concluyentes, o a su par y colega en las tareas alquímicas, Arnaldo de Vilanova. En medio oriente el mérito fue para el médico árabe Fahzes en el siglo X y se creyó que el licor producido era una magna medicina. Por eso se lo llamó "agua vital". Asimismo la palabra whisky proviene del gaélico "usige breath" que significa aliento de vida.

La búsqueda por parte de Llull del verdadero elixir le llevó a la preparación del *aqua vini*, el primer brandy. Llull quedó tan asombrado por las maravillas de su *aqua vini* que pensó que su descubrimiento anunciaría el fin del mundo. Fiel a sus raíces alquímicas, Llull consiguió su panacea universal fermentando vino en una caldera doble de estiércol de caballo durante veinte días antes de destilarlo con un tosco condensador refrigerador de agua. Llull no ocultó su descubrimiento; por el contrario invitó a otros a que se hicieran el elixir y elogió el producto conseguido por Vilanova como comparable al suyo.

Sobre el alcohol escribió: *"Su sabor supera el resto de los sabores, y su aroma el resto de los aromas"*.

Dijo de él que: *"es de maravilloso uso y comodidad un poco antes de entrar en combate para dar valor a las tropas"*.

Desde hace milenios en todas partes, el hombre hizo fermentar todo lo que contiene azúcar: frutas, cereales, caña, papa y cactus. Sus productos fueron variados: vinos, licores, hidromiel, cervezas africanas y europeas, destilados, chicha, ajenojo, vermouth, pulque, sake. Todas las épocas, todas las razas, todos los países, todas las frutas, todos los colores y un solo denominador común: el alcohol que como lo citara un poeta, fue siempre excitante, euforizante, tranquilizador y embriagante. El alcohol en el que se busca el olvido de la angustia, para después recobrarla.¹ Fue además estudiado por Scheele, Gehle, Thénard, Duma y Boullay y en 1854 Berthelot lo obtuvo por síntesis.¹⁰

Creo que para poder entender con mayor objetividad y claridad el problema del Alcoholismo o consumo de cualquier otro Tóxico, debemos previamente comprender por qué se llega a depender de estas sustancias. Es por ello, por lo que he considerado dedicar unas líneas a la definición y desarrollo de la Adicción, facilitándonos, posiblemente, la comprensión de la enfermedad y apartando las ideas de vicio, inmoralidad, perversión, etc., que etiqueta a la mayor parte de las personas con problemas de bebida y/o drogas. Es importante por ello señalar, que una adicción es una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación que arrastra a la persona adicta lejos de todo lo demás que le rodea. Las Adicciones son "dependencias" con graves consecuencias en la vida real, que deterioran, afectan negativamente, y destruyen relaciones, salud (física y mental), y la capacidad de funcionar de manera positiva, práctica y firme. En consecuencia, un adicto es una persona

“dependiente” de aquella cosa que domina sus pensamientos, deseos y dirige su comportamiento o conducta, y la pretensión de esa cosa se convierte en la actividad más importante de su vida. Si todos estos conceptos generales los detallamos y concretamos un poco más con el alcohol, queda más claro el concepto de adicción hacia el alcohol y su dependencia.

Hay seis indicadores claros de una adicción:

1. Un objeto de deseo: Siempre hay un objeto que se desea, pudiendo ser, sustancia, cosa, actividad, o relación que conduce a la adicción, sea alcohol, comida, juego, drogas, o cualquier otra cosa que provoque ideas obsesivas y derive en conductas compulsivas.
2. Preocupación: Existe una necesidad de la cosa que provoca la adicción.
3. Comportamientos guiados: Se tiene que actuar para reducir la ansiedad y satisfacer la obsesión que provoca el comportamiento adictivo.
4. Falta de control: La adicción siempre implica una pérdida de control sobre los pensamientos, sentimientos, ideas o comportamientos cuando aparece la cosa deseada. Cuando un adicto intenta detener o cortar sus comportamientos adictivos falla y esta es la clave y la característica central de la adicción y la dependencia.
5. Dependencia: Hay dependencia respecto a lo que se anhela, física o psicológicamente, y sólo esa cosa puede satisfacer el deseo del adicto, al menos temporalmente.
6. Consecuencias negativas: La adicción siempre va acompañada de consecuencias negativas.¹¹

El alcoholismo es una enfermedad adictiva en la que el enfermo no puede controlar el consumo de alcohol siendo este excesivo y prolongado.¹¹

Es el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares o laborales.¹² Existen muchas formas de definir, ya sea el alcoholismo como a la persona dependiente del alcohol, pero de todos es bien conocido que se considera que una persona es alcohólica cuando pierde la libertad de abstenerse de consumir alcohol.¹³

El criterio determinista se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes:

1. No poder mantenerse 2 días seguidos sin beber.
2. No poder controlarse cuando se comienza a beber.
3. Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

Para valorar un individuo como alcohólico se tiene en cuenta que cumpla los criterios tóxico y determinista, considerándose esto como alcoholismo primario, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del paciente de evitar esta conducta nociva.⁴

Clasificación

Vamos a intentar dar algunos de los criterios para clasificar los diferentes tipos de patrones de actitud frente al alcohol, evidentemente, no es una clasificación cerrada y mucho menos absolutista. Atendiendo al volumen de alcohol consumido pueden clasificarse en:

1-Abstemios.

Serían aquellas personas quienes no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no ingieren alcohol en

ninguna magnitud. Igualmente están los no bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que compartan su abstinencia.

2- Bebedores sociales

Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora. Esta embriaguez es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en que se permiten beber en exceso.

3- Alcohólicos Sociales

Se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, tomar “un par de copas” antes de ir a casa. Son personas que les gusta ir siempre a los mismos lugares de bebida con gran tolerancia al alcohol. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Su bebida no suele interferir en su matrimonio ni gravemente en el trabajo mientras mantenga esta situación.

4- Alcohólicos

Se identifica por su gran dependencia o adicción hacia el alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida. El término alcoholismo se aplica al desajuste social que se presenta en la vida de los individuos adictos y de sus familias.^{11, 14}

Otra clasificación del paciente alcohólico: abstinentes totales, bebedor excepcional, bebedor social, bebedor moderado, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final.

La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión, las deficiencias nutricionales acompañantes que lo lleva a una desnutrición energético proteica (DEP) grave, por desequilibrio y disminución de la ingestión de nutrientes, las que conformarán las restantes posibilidades evolutivas.

Abstinente total: es el que nunca bebe.

Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, 1 botella de vino ó 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

Bebedor abusivo sin dependencia.

Dependiente alcohólico sin complicaciones.

Dependiente alcohólico complicado.

Dependiente alcohólico complicado en fase final.¹⁵

Algunas personas ven la adicción como una enfermedad en la cual el adicto está desesperado y tiene poco poder sobre la causa de su adicción. Otros ven estos comportamientos adictivos como una elección, es decir, porque ellos son quienes lo han elegido. Son muchas las creencias que existen sobre el origen de las adicciones, pero no cabe duda que las principales causas que pueden

explicar estas conductas (alcoholismo, drogodependencias, ludopatía, etc.) son defendidas desde un punto de vista Biopsicosocial, es decir, influye la propia biología del individuo, su personalidad y su entorno social y cultural. No se podrían dar causas únicas y comunes para todas las personas que tienen problemas con el alcohol, pues, además, los efectos del alcohol varían de un individuo a otro a iguales dosis, interviniendo factores de orden biológico, psicológico, cultural, social, moral.

Es por ello que, podríamos, considerar como las principales causas que propician el alcoholismo: las costumbres familiares, las presiones personales y sociales, la educación y entorno social en el que el individuo se ha desarrollado y cómo le ha marcado de una forma u otra, posibilitándole desarrollar estrategias de afrontamiento o no, una autoestima no adecuada a las demandas sociales, que intenta suplir con el consumo de alcohol.

Es frecuente que el consumo se inicie en etapas temprana, próximas a la adolescencia y es influenciado en mayor o menor grado por una de estas esferas:

1. Social: “Animarse” o recibir la aprobación del grupo de amigos, frente a la posibilidad de sufrir supuestas “críticas negativas” con las consecuencias que esto implica en la subjetividad y la autoestima del adolescente.

2. Emocional: ¿Se mejora el humor con el alcohol? ¿Reduce la ansiedad o saca el mal humor? ¿Puede sentirse mejor consigo mismo? ¿Puede sentirse más seguro de sí, o más maduro? Una persona puede no tener experiencias positivas en todos estos niveles, pero el resultado global puede ser: Parece prometedor, probemos otra vez a ver qué pasa.¹¹

Como Médicos General Integral debemos estudiar los efectos del alcohol o del abuso en su consumo de forma integradora analizando las esferas Biopsicosociales y no limitarnos al enfoque biologista pues las consecuencias que sufre y tolera una familia en la que hay una persona enferma alcohólica, son bastante graves y conflictivas.

Los hijos, si están en edades donde se dan cuenta del problema, uno de los primeros pasos que dan es de alejarse del enfermo; bien porque pueda existir agresividad tanto física como verbal o bien por la falta de afectividad y diálogo entre la persona con problemas de bebida y sus hijos. En la mayoría de los casos incluso suelen sentir vergüenza, sobre todo cuando se encuentran en sociedad (con sus amigos). También en muchos casos sienten miedo a los acontecimientos que puedan ocurrir en la propia casa cuando el padre llega en mal estado. El cónyuge, tiene que convivir con el problema del alcoholismo, sufriendo en muchos casos trastornos psicológicos importantes.

El familiar, al igual que los hijos, lo primero que suelen sentir ante el enfermo es el rechazo, creándose un estado de desamor y un ambiente conflictivo, donde cada miembro de la familia actúa por su cuenta sin tener en consideración a los demás, sobre todo el alcohólico, que sólo se preocupa de poder continuar bebiendo. Se producen innumerables problemas, afectivos, económicos, sociales.

Pero existiendo todos estos problemas que hemos comentado, los cónyuges de los enfermos alcohólicos, suelen empujarlos y apoyarlos para acudir a los servicios médicos, así como a otras asociaciones en un 80% de los casos. La persona con problemas de bebida deben empezar a tomar conciencia de la disgregación familiar que se produce, de la impotencia familiar por querer

recuperar al enfermo alcohólico y no ser capaces, de la incertidumbre diaria, del vivir en un estado ansiógeno que llega a volverse patológico. Todo ello, con el único propósito de sobrevivir a un problema que con voluntad se puede corregir.^{8, 16}

Entre los consumidores de alcohol son mas frecuentes los accidentes laborales, la disminución del rendimiento y las bajas laborales repetidas. Esto es aún más probable si se consume alcohol en el lugar de trabajo.

Las bajas laborales repetidas, son, la mayoría de las veces por enfermedades sin importancia, o en los días posteriores a los fines de semana, y hacen que las empresas tiendan a desprenderse de estas personas.

La mayor parte de los problemas imputables al alcohol están relacionados con los efectos desinhibidores, la pérdida de control, la disminución del rendimiento y la excitación psicomotriz que se producen durante los estados de embriaguez. Los continuos estados de embriaguez llevan a una capacidad de control cada vez menor, y esto a su vez lleva a peleas y destrozos de bienes, con problemas legales. La necesidad de cubrir deudas o de sostener la conducta de ingesta, lleva a una precariedad económica que en ocasiones se trata de paliar con pequeños hurtos.

Especial relevancia tienen todos los problemas ligados a la conducción en estado de embriaguez. El consumo de alcohol incrementa el riesgo de sufrir accidentes de circulación. La causa principal es la disminución del rendimiento psicomotor junto con la sensación engañosa de facilidad y lucidez.¹¹

La patología alcohólica, conlleva múltiples trastornos psicológicos en el individuo que, impiden una relación familiar, social, laboral e incluso personal, atractiva para él mismo, lo que es indicativo de cambios de percepción de las

cosas y situaciones, que le producen deterioro a nivel cognitivo (pensamiento) y emocional.

Mientras se está bajo los efectos del alcohol, se vive en un mundo irreal, ilusorio, donde el razonamiento está completamente anulado, pero que, por el contrario, para el enfermo alcohólico, está plenamente ajustado a la realidad, considerándose objetivo y justo en todo momento, percibiendo este error cuando los efectos de la bebida han disminuido o se han eliminado.

La persona con problemas con el alcohol, tiene una permanente disonancia cognitiva y/o ambivalencia, es decir, lo que piensa no se ajusta con lo que hace, por lo tanto se siente mal. Es sencillo, quien empieza a comprobar que tiene un problema real con el consumo de bebida, considera: “me gustaría no tener problemas por el alcohol pero sin dejar de beber”. “Es consciente que el alcohol le produce daños pero sigue bebiendo, por ello se siente mal tras haber bebido”

Como rasgos muy generales de la personalidad de estos pacientes, destacaríamos los siguientes:

- 1-Mayor irritabilidad que la población general.
- 2-Cambios bruscos de humor.
- 3-Ansiedad por beber.
- 4-Culpabilidad por haber bebido.
- 5-Personalidad disforia (alteración del estado de ánimo) que acaba en celopatías.
- 6-Inseguridad, desgana y despreocupación.
- 7-Reiterativo y falta de sinceridad.
- 8-Desajuste emocional y pena interna.

- 9-Conflictos neurológicos.
- 10-Trastornos de carácter.
- 11-Falta de maduración.
- 12-Depresión y sentimientos de desesperanza.
- 13-Soledad y vacío interior.
- 14-Egocentrismo, hipersensibilidad.
- 15-Escasa tolerancia a la frustración.
- 16-Conductas pasivas en situaciones críticas.
- 17-Miedo al fracaso
- 18-Sentimientos de inferioridad y timidez.
- 19-Idealismo excesivo, lejos de la realidad.
- 20-Conformidad con el grupo muy importante en los jóvenes
- 21-Inmadurez afectiva.
- 22-Inmadurez emocional.
- 23-Pasividad y dependencia.
- 24-Depresión y ansiedad.
- 25-Actitud amistosa superficial.

Es cierto que no tienen que darse todos estos rasgos en todas las personas con problemas de bebida, ya que, dependiendo de varios factores, cada individuo está más sensibilizado hacia unos más que hacia otros. ^{2,4}

Según la cantidad y el grado de las bebidas ingeridas, el etanol puede producir grados diversos de depresión del SNC, siendo los efectos proporcionales a la concentración en sangre. Los individuos que por tener hábitos enólicos excesivos son tolerantes, manifiestan los efectos deletéreos del etanol a concentraciones de sangre superiores a las de los niños o a las de adultos

bebedores esporádicos. Estos últimos pueden presentar síntomas de intoxicación a partir de concentraciones en sangre de 100-500 mg/dL (22-23 nmol/L). La intoxicación aguda se manifiesta inicialmente con grados variables de excitación y pérdida de las inhibiciones, locuacidad, lenguaje pastoso, ataxia e incoordinación motora. El cuadro de intoxicación puede progresar con irritabilidad, somnolencia, incontinencia de esfínteres, estupor y grados variables de inhibición de la conciencia.

A partir de 250 mg/dL (55 nmol/L) de etanol en sangre existe riesgo de coma, que pasa a ser profundo y de larga duración a partir de alcoholemias de 400 mg/dL (88 nmol/L) o más. Las alcoholemias superiores a 600 mg/dL (132 nmol/L) se consideran potencialmente letales. En general, los pacientes en coma etílico pueden desarrollar hipotermia, hipoventilación y acidosis metabólica, siendo una complicación frecuente la broncoaspiración del contenido gástrico.^{15, 18}

El esófago puede inflamarse y producir esofagitis. Las paredes del estómago también pueden irritarse; los músculos del estómago pueden volverse más flácidos, producirse más ácidos, resultando el contenido más irritante, dañando las mucosas y paredes protectoras del estómago y produciendo gastritis o inflamación de las paredes del estómago. Síntomas: acidez, indigestión, vómitos y náuseas constantes. Si los daños sobre los tejidos continúan se produce la úlcera péptica, dejando las zonas musculares expuestas a dolores o a perforaciones, manifestándose a través de dolores de estómago y sangre en las heces o vómitos. A más largo plazo, un problema menos predecible y más difícil de controlar que puede ocurrir son los cánceres del tracto superior digestivo. La incidencia de los cánceres de boca, garganta y

estómago es mayor en las personas con problemas de bebida. El alcohol en el intestino disminuye la capacidad para absorber vitaminas importantes. Esta dificultad de absorción de principios alimenticios fundamentales hace posible que se produzcan otras complicaciones físicas debido al alcohol.^{8, 17}

En este círculo vicioso de consumo y daño el hígado pasa por varias etapas una de ellas es la cirrosis, responsable de graves complicaciones como son: Varices esofágicas, ascitis, cáncer, insuficiencia hepática produciéndose estupor, coma y finalmente la muerte.¹² El alcohol que circula alrededor de los vasos sanguíneos los daña. El resultado final se conoce como Cardiomiopatía Alcohólica El corazón aumenta de tamaño y presenta un tono muscular flácido. Por ello, tiene que hacer más esfuerzo para poder funcionar bien. El pulso y la presión sanguínea aumentan. Ocasionalmente, la bomba cardíaca se deteriora y “explota”, a causa del exceso de trabajo, produciendo un Fallo congestivo cardíaco. Se producen también, graves dificultades respiratorias, arritmias cardíacas, y edemas (bultos en los pies, piernas, etc., por retención de líquidos) que pueden limitar y poner en peligro la propia vida.^{4, 11}

El paciente alcohólico puede sufrir un proceso de desmielinización del cuerpo calloso conocido como **enfermedad de Marchiafava-Bignami** en alcohólicos crónicos, sobre todo hombres. Los pacientes se muestran agitados y confusos, con una demencia progresiva y signos de afectación frontal. Algunos pacientes se recuperan en varios meses, otros pueden presentar convulsiones y coma precediendo a la muerte.^{12, 13, 18}

Complicaciones

I- Trastornos asociados al déficit nutricional:

A) Encefalopatía de Wernicke: Trastorno asociado directamente al déficit de tiamina por lo que para muchos autores, también acompaña a otros estados, como a la malabsorción severa, la hipoalimentación parenteral prolongada, la hiperemesis gravídica no tratada, pero sin dudas la causa principal es el alcoholismo, sus síntomas se desarrollan de forma aguda, en el curso de horas o días y puede estar relacionado su debut, con la ingesta de carbohidratos. Como la tiamina es cofactor en el metabolismo de la glucosa en la vía glucolítica el estado carencial puede exacerbarse impresionantemente o desencadenarse por una carga glucolítica (hay que tener presente que el alcoholismo crónico puede cursar con hipomagnesemia la misma puede provocar resistencia a la reposición de tiamina ya que el magnesio es un cofactor necesario para la tiamina transcetolasa). Clínicamente lo que caracteriza este trastorno es la triada de encefalopatía (confusión, desorientación y alteraciones de la percepción), ataxia (que afecta la postura y la marcha), y oftalmoplejía (parálisis o paresia de los rectos externos que producen diplopía, nistagmo horizontal e incluso vertical, ptosis o miosis), no obstante en algunos casos está presente una polineuropatía sensitivo motora que acrecienta los trastornos de la marcha y la postura, se trata con tiamina 50-100 mg por días en los casos con evidencia de cronicidad se debe tratar la hipomagnesemia con 1- 2 g de sulfato de magnesio, al inicio del tratamiento la respuesta es rápida pero la restauración no es total y reaparecen entonces las manifestaciones subyacentes del síndrome de Korsacoff desde el punto de vista anatomopatológico las lesiones se aprecian de forma asimétrica en áreas paralenticulares incluso ciertos núcleos del tallo cerebral (tálamo, suelo del 4to

ventrículo, hipotálamo, e incluye microhemorragias de dicha zona necrosis de neuronas y estructuras mielínicas).¹⁹

B) Psicosis de Korsacoff: (Síndrome amnésico confabulatorio) en este estado la característica anatomopatológica es la atrofia de los cuerpos mamilares y pérdida neuronal en la región dorsomedial del tálamo desde el punto de vista clínico, lo más notorio es la perturbación de la memoria tanto consciente como remota, la fabulación del paciente y son historias ficticias, se aprecia además la incapacidad para pasar de una actividad mental a otra y alteraciones de las funciones de percepción y formación de conceptos, el tratamiento es igual con tiamina pero solo el 25% de los casos se recupera totalmente (aunque queden con amnesia para la fase aguda del proceso) un 20 % se recupera parcialmente, y un 25% no mejora aun después de meses del tratamiento.

C) Mielomielosis central y periférica: Al igual que el Wernicke su primera causa es el alcoholismo crónico pero las lesiones que la caracterizan: desmielinización de extensión variable en la región central superior de la protuberancia sin cambios vasculares o inflamatorios se ha encontrado también en necropsias de pacientes con otra forma de desnutrición crónico. El trastorno afecta fundamentalmente a adultos y a ambos sexos por igual, el cuadro se instala de forma subaguda con parálisis pseudobulbar (debilidad progresiva de músculos faciales y de lengua con trastornos del habla, la deglución y llantos inmotivados), cuadriparesia que evoluciona la cuadriparesia flácida sin reflejos y con signos de babinsky y puede haber alteraciones motoras a los movimientos oculares horizontales en algunos casos se ha reportado signos de descerebración y parálisis respiratoria puede ser mortal en varias semanas o

mostrar ciertas recuperación lenta se diagnostica por Tomografía Axilar Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN).¹⁹

D) Enfermedad de Marchiafaba-Bignami: Es una de las enfermedades más raras que complican al alcoholismo y afecta sobre todo a varones de mediana edad y se ha relacionado sobre todo con la ingestión de vino tinto no refinado, se produce desmielinización del cuerpo caloso, comisura anterior, quiasma y cintillas ópticas, la lesión puede llegar a la formación de cavidades, clínicamente hay agitación, confusión y alucinaciones visuales y auditivas, disfasia y disartria, ataque convulsivos, hipoquinesia urinaria, movimientos de presión, succión, contracción del orbicular de los labios (liberación de reflejos primitivos), se ha observado junto al Wernicke es de curso variable en días o meses, la recuperación completa es rara.

E) Polineuropatía alcohólica: Es uno de los trastornos más conocidos producidos por el alcoholismo se inicia lentamente en miembros inferiores con dolor, parestesias y debilidad con distribución en guantes o calcetín, hay alteraciones de reflejos tendinosos profundos particularmente el Aquileano.

F) Atrofia Cortical Cerebelosa: A diferencia del Wernicke que afecta a ambos sexos éste es más frecuentes en varones, hay ataxia troncular, puede haber temblor y disartria pero no hay trastornos cognoscitivos ni son frecuentes los trastornos oculares (aunque puede haber nistagmo) puede mejorar si hay abstinencia y terapia con tiamina pero lo general es que no ceda.¹⁹

II- Afecciones metabólicas

A) Hipoglicemia alcohólica: Se produce como combinación de inanición o ingesta de alcohol, es lenta y puede evolucionar en horas por lo que se sugiere

hidratación glucosaza amplia, sus manifestaciones son las de cualquier hipoglicemia.

B) Cetoacidosis Alcohólica: El etanol inhibe la cetogénesis en el hígado por cambios de la proporción NADH/NAD sobre todo en ayunas estado en el que hay altas concentraciones de ácidos grasos libres y bajas concentraciones de insulina, al suprimir la ingesta de etanol se libera el bloqueo a la cetogénesis por lo que se produce metabolismo interno de los ácidos grasos libres en el hígado con la cetosis resultante lo cual en ocasiones es difícil de medir porque es a predominio del ácido B-hidroxibutírico y no tanto del ácido láctico, en este estado, la disminución de las concentraciones de fosfatos crea trastornos en la concentración de difosfoglicerol (2 3 DPG) y por lo tanto trastornos en la oxigenación .

III- Hepatopatía alcohólica:

En el hígado el etanol es capaz de producir tres tipos de alteraciones bien diferenciables desde el punto de vista clínico y patológico, éstas son: el hígado graso, la hepatitis alcohólica y la cirrosis.

Grasa: El depósito de grasa se aprecia como una vacuola voluminosa que desplaza al núcleo del hepatocito en las regiones de la vena hepática central.

El grado de esteatosis se clasifica de 0 a 4 según los porcentajes de hepatocitos que contienen grasa:

< 25% = 1+

25-50% = 2+

50-75% = 3+

> 75% = 4+

Lipogranuloma: Son glóbulos aislados de grasa o conglomerados de glóbulos adiposos de tamaño variable.

Necrosis del hepatocito: Es la hepatopatía alcohólica, hay dos formas una es los cuerpos acidófilos (por apoptosis) el cual no es específico y la otra es la necrosis lítica (degeneración globoide) que se considera de carácter más grave cuando está presente.

Megamitocondrias: Ya bien de forma esférica o bien de forma elíptica siendo la primera la que más se relaciona con etanol.

Cuerpos de Mallory: Son cuerpos hialinos intracitoplasmáticos en los hepatocitos centro lobulillares o no son específicos pero se liberan al centro del lobulillo y concomitan con cambios grasos y abuso de alcohol, el diagnóstico de hepatopatía alcohólica es bastante severo.

Cambios inflamatorios: son del tipo agudo y crónico.

Fibrosis: La fibrosis central es la más típica pero se puede ver periportal y pericentral (depósito de colágeno en el espacio de Disse) cuando aparece fibrosis en puente conectando las áreas centrales y portal se establece el escenario para la fibrosis. Si los nódulos miden más de tres milímetros, el diagnóstico es de cirrosis macronodular. En la CH alcohólica suele haber de tipo mixto macro y micronodular.

Hígado graso: puede ser asintomático y descubrirse ocasionalmente, una hepatomegalia o las discretas sintomatologías pero en ocasiones pueden provocar disfunción hepática importante, puede experimentar resolución histológica y no presupone a la CH.

Hepatitis alcohólica: Puede ser asintomática pero lo común es que curse insidiosamente de inicio con anorexia, vómitos, íctero, pérdida de peso,

febrícula, dolor abdominal por varias semanas. En un por ciento algunas manifestaciones extra hepáticas sugieren el diagnóstico como serían síndrome de Mallory-Weis, pancreatitis, neuritis periférica, tumefacción de parótidas, puede producir por sí mismo hipertensión portal y una complicación importante es la peritonitis bacteriana espontánea aunque el síndrome hepatorenal también lo puede complicar sobre todo un sangramiento digestivo alto desde el punto de vista del laboratorio. Hay aumento de la bilirrubina y enzimas séricas con la característica de que la TGO se eleva más que la TGP y que la gammaglutamil transpeptidasa aumenta desproporcionadamente con la fosfatasa alcalina. Cursa con anemia, trombocitopenia, leucopenia, pero si la necrosis hepatocelular es importante la leucocitosis suele ser marcada y llega a tener proporciones de reacción leucemoide. Evoluciona en varias semanas y debe corregirse la deshidratación, anomalía de la glucosa y el déficit grave de fosfatos potasio y magnesio. Se aconseja dieta rica en calorías a expensas de carbohidratos, corregir el déficit de ácido fólico y hierro, se administran esteroides, propiltiuracilo en dosis de 300 mg días para reducir las necesidades hepáticas de oxígeno (efecto citoprotector) ya que la hepatopatía alcohólica es máxima en las regiones centro lobulillares donde el tejido funcional requiere mayor oxígeno y se puede administrar colchicina o D-penicilamina para disminuir la fibrosis (inhibidores de la síntesis de colágeno).

Cirrosis alcohólica: ocurre entre el 8 y 20% de los alcohólicos y suele ser de tipo micronodular o mixta, con evolución variable requiere aportes vitamínicos sobre todo de ácido fólico. Además de estas tres entidades que conforman la hepatopatía alcohólica pueden presentarse varios estados concomitantes con ella.

A) Sobrecarga de hierro: En muchos casos se produce un aumento de la hemosiderina similar a la hemocromatosis idiopática pero a diferencia de éstas la reserva corporal de hierro es normal o su aumento no sobrepasa los quince y no se beneficia con la flebotomía, su causa no es genética, se considera multifactorial.

B) Porfirio cutánea tardía: Concomitante casi siempre con hepatopatía alcohólica activa y hemosiderosis a las manifestaciones de éstas se le añaden ampollas dérmicas en áreas descubiertas de cara, cuello y manos pudiendo haber también hiperpigmentación e hipertrichosis se produce por disminución de la actividad hepática de la uroporfirinogeno descarboxilasa pero debe aclararse que la disminución de la actividad de esta enzima es asintomática en estos casos la sobrecarga de hierro y de hepatopatía activa o ambas causan la expresividad clínica y bioquímica de la síntesis del hemo.

C) Carcinoma Hepático: Clínicamente se ha atribuido a la lesión alcohólica con necrosis y regeneración en marcha pero se ha descubierto ADN de hepatitis B integrado al genoma del hepatocito del hospedero de los pacientes con hepatopatía alcohólica y cáncer hepático primario incluso en ausencia de marcadores séricos de infección por virus HB.

IV- Pancreatitis alcohólica:

El diagnóstico es difícil aun con la presencia del dolor y aumento de la amilasa pero la TAC , ultrasonografía así como recientes métodos para activar formas moleculares de endopeptidasas pancreáticas (tripsina catiónica o aniónico) facilitan el proceso de la activación intrapancreática del fibrinógeno (pruebas de inflamación del páncreas aunque sea subclínica se puede demostrar

descubriendo tripsina aniónica o catiónica ligada a la alfa1 antitripsina en plasma o suero de alcohólicos normal igual a 25 mg por minutos.

V- Miopatía Alcohólica:

A) Aguda: Consiste en una necrosis muscular aguda que varía mucho en intensidad pudiendo ser desde el aumento asintomático y pasajero de la fracción masa muscular (MM) de la creatininfosfoquinasa (CPK) hasta la verdadera rabdomiólisis con mioglobinemia su complicación más grave es la necrosis tubular aguda en la mayoría de los casos el cuadro regresa espontáneamente.

B) Crónica: Es de evolución más gradual con predominio de debilidad y atrofia muscular proximal y concomita con evidencias de déficit nutricional como fenómenos neuropáticos periféricos, no hay síntomas ni datos de laboratorios propios de lesión muscular agudo (dolor, tumefacción, mioglobinemia) como si sucede en la forma aguda llama la atención que aunque existe debilidad grave la CPK es normal. Ante la sospecha de Miopatía aguda se tomará muestras de orinas recién emitidas, se centrifuga y el sobrenadante se remite a creación con ortotociclina si es positivo la sospecha de mioglobinemia es fuerte y se tomarán muestras para pruebas más específicas (espectrofotometría inmunoquímica, etc.) el aumento concomitante de la CPK en suero refuerzan el diagnóstico de mioglobinemia, deben medirse los valores de potasio, fosfatos y magnesio así como vigilar la función renal.

VI- Trastornos hematológicos:

Hay tres razones para el trastorno hematológico secundario al alcoholismo: el efecto tóxico directo, el déficit nutricional asociado y la hepatopatía asociada.

A) Megaloblastosis: El 40% de los alcohólicos anémicos hay hemopoyesis megaloblástica por déficit de ácido fólico en la etapa inicial del alcoholismo al disminuir el ingreso alimentario, se agotan las reservas de folato del organismo en las fases crónicas, se suman además trastornos de la absorción yeyunal, de folato, antagonistas directos del etanol en el ácido fólico y si aparece CH se sumara menor capacidad de almacenar ácido fólico y mayor excreción de folato.

B) Sideroblastosis: Las anemias sideroblásticas son trastornos congénitos y adquiridos cuyas características es preveer un precursor anormal el sideroblasto anular, ésta célula tiene funcionabilidad modificada, origina depósitos internos de hierro entre las crestas mitocondriales cuando se hace tinción celular para hierro entonces las mitocondrias anormales situadas alrededor del núcleo producen el aspecto de anillo en los alcohólicos crónicos aparecen juntos a cambios megaloblásticos puede conjugarse con la abstinencia.

C) Hemólisis: En el alcohólico crónico hay diversas razones para la existencia de hemólisis, la hipertensión portal con esplenomegalia, alteraciones lipídicas (que al modificar la proporción de lectura, el hematíe lo convierte en células diana). Puede presentarse el síndrome de Zierce: anemia hemolítica severa concomitante, con íctero, hiperlipemia e hígado graso en alcohólicos. Hasta ahora nos hemos ocupado de los principales trastornos que crea el alcoholismo pero no podemos dejar de referirnos a los trastornos que pueden producir en el alcohólico crónico cuando se produce abstinencia.

VII- Síndrome de supresión alcohólica se puede presentar en cuatro formas principales:

A) Temblor: Más característico como temblor de las manos, facies y la lengua asociado a debilidad, inestabilidad, insomnio y náuseas, ocurre entre 12 y 24 horas de abstinencia y tarda unas dos semanas en recuperarse pudiendo requerir sedación.

B) Alucinación Alcohólica: Cerca de las 36 horas de la retirada del alcohol puede presentarse alucinaciones auditivas complejas y visuales típicamente de animales pero a diferencia de las que ocurren el delirium tremens no se acompaña de toma de la conciencia, puede durar varios días o persistir requiriendo tratamiento psicoterapéutico o electroconvulsivante.

C) Convulsión Alcohólica: Ocurre entre el 1 y 2 día de la supresión del etanol y los que lo sufren solo aparece ante la retirada del tóxico por lo que no se considera una forma de epilepsia requiere sedación aguda con benzodiacepinas.

D) Delirium tremens: Es el trastorno más serio y tiene morbilidad de un 5%, se caracteriza por temblor, confusión, desorientación y trastornos autonómicos, por EEG se constata que casi todo el trazado está afectado por REM, en un gran % el cuadro aparece asociado a trauma o infección intercurrente, todos los pacientes requieren de ingreso o reposición líquida, sedación, debiendo evitarse las drogas antipsicóticas. ¹⁹

CONTROL SEMÁNTICO

Bebedor abusivo sin dependencia: Ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas o cuadros de delirium subagudo.

Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras.¹⁵

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptiva de corte transversal para determinar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en los hombres entre 30 a 45 años pertenecientes al consultorio 27 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez durante el periodo de enero a junio del 2011.

El universo quedó constituido por el total de los hombres en el rango de edad en estudio siendo 152 pacientes. De ellos se tomó una muestra atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión y utilizando un muestreo aleatorio simple, quedando representada por 50 pacientes

Criterios de inclusión:

1. Pacientes masculinos entre 30 y 45 años del consultorio 27 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, que brindaron su consentimiento informado de participar en la investigación (Anexo 1).
2. Pacientes masculinos sin alteraciones Psiquiátricas, ni Retrasados Mentales que impidan su cooperación con la investigación.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes masculinos menores de 30 y mayores de 45.
2. Pacientes masculinos con alteraciones Psiquiátricas y Retrasados Mentales.
3. Los que voluntariamente deseen abandonar el estudio.

La técnica de recogida de la información será la encuesta (Anexo 2) confeccionada al efecto, la cual será anónima y con el consentimiento informado (Anexo 1) de los hombres según los objetivos propuestos

Ética y Bioética

Los pacientes del estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la investigación y la inocuidad de la misma, que su participación fue voluntaria y una vez incorporado a este tuvieron la posibilidad de abandonarlo si así lo desearon. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador quién dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 1).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Clasificación	Escala	Descripción
Grupo de Edades	Cuantitativa continua	Cuantitativa continua	30 - 33 años
			34 - 37 años
			38 - 41 años
			42 - 45 años
Nivel Escolar	Cualitativa	Cualitativa	Primaria se considera
	Ordinal	ordinal	hasta el 6to grado
	politomica	politomica	terminado,
			Secundaria se considera hasta el 9no grado terminado,
			Bachiller se considera hasta el 12mo grado,
			Universitario se considera hasta el

			nivel superior terminad
Raza	Cualitativa ordinal politomica	Cualitativa ordinal politomica	Blanca Negra Mestiza
Orientaciones previas sobre el alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Vías de adquisición de la información	Cualitativa nominal politomica	Cualitativa nominal politomica	Padres Escuela Medico de la familia Libros y revistas Radio Prensa TV Amistades
Criterio personal del alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Cualitativa nominal dicotómica	Vicio Enfermedad
Nivel de conocimiento sobre repercusión del alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable: Cuando haya obtenido entre 51 y 100 puntos. Inaceptable: Cuando haya obtenido 50 puntos o menos.

Para la operacionalización de esta última variable se utilizaron las preguntas 7, 8 y 9 de la encuesta a las cuales se les dio un valor como sigue a continuación.

Pregunta 7: Las personas para contestar correctamente debieron marcar los incisos a, b, c, e, g, i, j, cada uno con un valor de 5 puntos. Valor total de la pregunta: 35 puntos.

Pregunta 8: Las personas para contestar correctamente debieron marcar los incisos a, b, c, d, e, f, g cada uno con un valor de 5 puntos. Valor total de la pregunta: 35 puntos.

Pregunta 9: Se asignó 5 puntos a cada uno de los incisos, valor que se otorgó al marcar afirmativamente los incisos verdaderos y de forma negativa los falsos, de forma que la sumatoria de los mismos fue de 30 puntos.

El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultados del instrumento aplicado, el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows, se realizó la validación y revisión de la misma y como medida de resumen de la información. Se utilizó la distribución de frecuencia absoluta y relativa (los porcentajes (%)), la información se resumió en tablas.

Se confeccionó un informe final según los requisitos de la metodología establecida.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Titulo: Nivel de conocimiento sobre el alcoholismo en los hombres de 30 a 45 años del CMF 27 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez durante el periodo de enero a junio del 2011.

Tabla #1: Distribución de los pacientes masculinos según los grupos de edades.

Grupo de Edades	No	%
30 – 33	9	18
34 – 37	20	40
38 – 41	13	26
42 – 45	8	16
Total	50	100

Fuente: Encuesta

En la tabla # 1 se observó la distribución de la población según el grupo de edades. Del total encuestado el 40% pertenecieron al grupo de edades entre 34 y 37 años, seguidos por un 26% en el grupo de edades entre 38 y 41 años.

Tabla # 2: Distribución de los pacientes masculinos según el nivel escolar.

Nivel Escolar	No	%
Primaria	0	0
Secundaria	18	36
Bachiller	23	46
Universitario	9	18
Total	50	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla # 2 se observó la distribución de la población según el nivel escolar, del total encuestado el 46% perteneció a los graduados de Bachiller, seguidos por el 36% de los graduados de Secundaria Básica y un 18% en nivel superior.

Tabla # 3: Distribución de los pacientes masculinos según la raza.

Raza	No	%
Negra	9	18
Mestiza	14	28
Blanca	27	54
Total	50	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla # 3 se observó la distribución de la población masculina según la raza, del total encuestado el 54% perteneció a la raza blanca, seguido por el 28% por la raza mestiza.

Tabla # 4: Distribución de la población masculina según orientaciones previas sobre Alcoholismo.

Orientaciones previas sobre el alcoholismo	No	%
Si	35	70
No	15	30
Total	50	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 4 se observó que del total de los encuestados, 35 de ellos recibieron orientaciones previas sobre el alcoholismo, lo cual representó un 70% del total.

En estudios realizados por la Misión Barrio Adentro en Valencia, del estado de Carabobo, en Venezuela; arrojó que del total de los encuestados, 109 de ellos recibieron orientaciones previas para un 62%.²⁵ Resultados muy parecidos al nuestro.

Tabla # 5: Distribución de los pacientes masculinos según las vías de adquisición de la información.

Vías de adquisición de la información	No	%
Padres	35	70
Escuela	27	54
Medico de la familia	6	12
Libros y Revistas	14	28
Radio	7	14
Prensa	0	0
TV	7	14
Amistades	10	20

Fuente: Encuesta

En la Tabla # 5 se observó que la vía de adquisición de la información mas frecuente descrita por los pacientes fue a través de los padres con un 70%, seguido por la escuela con un 54%. Es de destacar que el médico de la familia obtuvo uno de los porcentajes menos representativos con un 12%. No se encontró ningún encuestado que obtuviera la información mediante la prensa.

En estudios realizados en el Consejo Popular Centro Urbano del Policlínico Mario Muñoz Monroy, en adolescentes arrojan que un 66% de las vías de adquisición de la información proviene de la escuela, seguido de un 45% por los padres.⁶ Este hallazgo esta muy relacionado con lo encontrado en esta investigación.

En estudios realizados en el instituto Superior de Medicina Militar” Dr. Luis Díaz Soto, en adultos arrojó que la mayor vía de información sobre el alcoholismo proviene del médico de la familia para un 68%, seguido de un 26% por la escuela y los padres.⁵ Hallazgo que discrepa con el nuestro.

Tabla # 6: Distribución de los pacientes de acuerdo al criterio personal sobre el alcoholismo.

Criterio personal del alcoholismo	No	%
Vicio	30	60
Enfermedad	20	40
Total	50	100

Fuente: Encuesta

En la tabla # 6 se observó que de los pacientes encuestados en relación al criterio personal sobre que es el alcoholismo, 30 de ellos consideran que es un vicio, lo cual quedo representado por un 60%, mientras que 20 sabían que es una enfermedad, para un 40%. Al relacionarlo con las tablas anteriores nos percatamos que a pesar de que un 70 % ha recibido orientaciones previas hay un porcentaje de ellos que no lo ha hecho de la manera correcta. Esto a su vez pudiera guardar relación con el nivel escolar del universo estudiado.

Resultados similares se obtuvieron en una investigación de tipo observacional descriptiva realizada en el Policlínico Sur de Morón con los pacientes alcohólicos que ingresaron al grupo de Ayuda Mutua, donde consideraron al alcoholismo como un vicio para un 85%.⁷ Esto coincide en gran medida con esta investigación.

Tabla # 7: Distribución del nivel de conocimiento sobre repercusión del alcoholismo según grupo de edades.

Grupo de Edades	Nivel de conocimiento sobre repercusión del alcoholismo			
	Aceptable		Inaceptable	
	No	%	No	%
30 – 33	3	6	9	18
34 – 37	4	8	13	26
38 – 41	7	14	5	10
42 – 45	5	10	4	8
Total	19	38	31	62

Fuente: Encuesta

En esta Tabla se observó que 31 pacientes del total de los encuestados tienen un nivel de conocimiento sobre repercusión del alcoholismo inaceptable, de ellos 13 se encuentran entre los grupos de edades de 34 a 37 años para un 26%. Mientras que 19 tienen un nivel de conocimiento aceptable, de ellos, 7 se encuentran entre los grupos de edades de 38 a 41 años para un 14%. Esto está en contraposición a lo encontrado en las tablas anteriores donde a pesar de que la mayoría de los pacientes recibieron orientaciones previas en algún momento y que un 40 % de ellos lo identifican como una enfermedad se apreció que no conocen la repercusión que sobre la salud trae consigo el alcoholismo.

Los resultados de un estudio realizado en el Área de Salud Centro, del municipio de Camagüey con adolescentes y adultos jóvenes muestran que el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo es inaceptable para un 78% del total de la población estudiada.²⁷

Estudios realizados a 4 consultorios médicos de la familia en la Ciudad de la Habana arrojaron que el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo es inaceptable para un 64% del total, predominando el grupo de edades entre 26 y 30 años para un 35%.²⁶

CONCLUSIONES

Hubo un predominio del grupo de edad de 30 a 37 años, con un nivel escolar en bachiller, así como la raza blanca.

El 70% habían recibido orientaciones previas y los padres fueron la mayor vía de adquisición de la información, el mayor porcentaje de ellos consideró que el alcoholismo es un vicio.

El nivel de conocimientos de acuerdo a la repercusión del alcoholismo sobre el individuo fue inaceptable en un 62%.

RECOMENDACIONES

Realizar una estrategia metodológica donde se capacite al personal de salud para que se apliquen las medidas de promoción y prevención en relación al alcoholismo y de esta forma elevar el nivel de conocimiento de la población y conducir a estos hacia estilos de vida saludable.

BIBLIOGRAFIA

1. Malpica K. Diccionario enciclopédico popular ilustrado. Barcelona: Salvat; 2010. p. 1906-1914.
2. Tiihonen J, Kuikka J, Hakola. Acute ethanol induced changes in cerebral blood flow. Am J Psychiatr. 1994;151(10):1505-8.
3. O'Connor P. Alcohol abuse and dependence. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. [monografía en internet]. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 31. [citado 21 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu11308.htm
4. Sabates RJ. Preventive Diet. Lugar: RSMDPA Corporation. Carillon Group; 2006.
5. García E, Lima G, Aldama L. Alcoholismo y Sociedad. Tendencias Actuales. Rev Cubana Med Milit (Seriada en línea) 2004;33(3):(1página). Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu11308.htm
6. López M, Quirantes A, Pérez JA. Pezquizaje de alcoholismo en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22 (2) (1 pág) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol13_1_97/hih01197.htm
7. Martínez A, Castillo L, Guevara M. Caracterización Socio-psicológicas de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio de Morón. Mediciego 2010; 16(Supl. 1) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000171.htm>
8. González R. Variedades de alcoholismo. Rev Hosp Psiquiatr La Habana. 1983;24(4):523-9.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [Monografía en Internet]. Washington, DC: Editorial; 1994 [citado 20 de abril de 2010]. Disponible en http://www.medicalcriteria.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=49:psyalcoholab&catid=76:psychiatry&Itemid=80&lang=es
10. El Alcohol sus Raíces Etimológica. Bol Asoc Toxicol Arg. [serie en Internet] 2005[citado 20 de Abril del 2010]; 18 (64): [aprox. 3p]. Disponible en: <http://www.fmvuba.org.ar/comunidad/toxicologia/Venenos/alcohol/alcohol.htm>
11. Aznar G. Consecuencias por un consumo prolongado de alcohol [página en Internet] 2009[citado 20 de abril del 2010]. [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en : <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/consecuencias.htm>
12. Foster S, Vaughan R, Foster W, Califano J. Alcohol consumption and expenditures for underage drinking and adult excessive drinking. JAMA. [serie en internet]2009 [citado 19 de Abril del 2010];289:[aprox. 6p]. Disponible en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001944.htm>
13. Taber`s Cyclopedic Medical Dictionary. 17 ed. Philadelphia: Editorial; 1993:64.
14. Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS; 1976.
15. Guthrie HA. Introductory nutrition. Guías de la Asociación Dietética Americana para promover buena nutrición y actividad física. Baltimore: Editorial;1886.
16. Piña CA, Madrigal BE, Cassuri GM. Daño genético producido por las bebidas alcohólicas. Cienc Desarr. 1991; XVII:1991.
17. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Modern synopsis of comprehensive text book of Psychiatry. 2 ed. Baltimore: Williams and Wilkins;1977.

18. Organización Mundial de la Salud. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra:OMS;1976.
19. Prado TG, García J, García LY. Alcohol y enfermedades. Artículo de revisión. Rev Cubana. Mediciogo 2010; 6(1) Disponible en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000171.htm>
20. Farreras-Rozman “Medicina Interna “Decimocuarta Edición 200. Disponible en: www.harcour.es
21. Roca Goderich Reinaldo “Temas de Medicina Interna” La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2005 Tomo 1 Cuarta edición.
22. Armijo R. Epidemiología básica en atención Primaria de Salud Editorial Díaz de Santos; 1994.
23. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
24. Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS; 1976.
25. Revista Venezolana de Salud Mental “Alcoholismo: Prevención Primaria” Enero – Febrero 2009 Volumen 16 Número 1.
26. Noval R. de la, Dueñas, Debs, GonzálesJC, Acosta M, Maran R, Médicos de familia. “Informe sobre el Alcoholismo”, Ciudad de la Habana 1996.
27. V. López García– Aranda, J.C. García Rubira, Médicos de la Familia. “Alcoholismo y Comunidad”, Camagüey 2000.

Anexo: 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE.

Título del Proyecto: Nivel de conocimiento sobre alcoholismo en Hombres de 30 a 45 años del CMF 27 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en el periodo de enero a junio del 2011

Yo _____;
(Nombre y apellidos del paciente)

Por este medio doy a conocer mi consentimiento voluntario para formar parte del estudio que se llevará a cabo en el Policlínico Universitario Belkis Sotomayor en el periodo comprendido entre los meses de noviembre del 2010 y Mayo del 2011, con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre alcoholismo, conociendo que los datos finales del estudio serán publicados sin hacer especificación de ningún caso en particular.

1. He podido hacer todas las preguntas que me preocupan sobre el estudio.
2. He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
3. He recibido suficiente información sobre el estudio.
4. Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

He tenido contacto con: _____; el cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación.

Por todo lo planteado anteriormente, presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo:

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Investigador)

Anexos: 2 Encuesta

Este es un cuestionario anónimo, por lo que se requiere sea lo más veraz posible.

1. Edad: ____ años
2. Escolaridad: ____ grado
3. Raza: _____
4. ¿Ha recibido orientaciones previas sobre alcoholismo?
Si ____ No ____
5. Marque con una X por que vía adquirió información sobre alcoholismo
Padres ____ Escuela ____ Medico de la Familia ____ Libros y revistas ____
Radio ____ Prensa ____ TV ____ Amistades ____ Otros ____
6. Marque según su criterio personal, ¿Qué es el alcoholismo?
____ Un vicio
____ Una enfermedad
7. Identifique los problemas de salud que usted considere pueda presentar un alcohólico
 - a) ____ Hepatitis
 - b) ____ SIDA
 - c) ____ Pancreatitis
 - d) ____ Asma Bronquial
 - e) ____ Gastritis
 - f) ____ Leptospirosis
 - g) ____ Cáncer

- h) _____ Dengue
- i) _____ Enfermedad Cerebral
- j) _____ Taquicardia

8. ¿Marque con una X cuáles considera usted que son las consecuencias del consumo de alcohol?

- a) Perdida del puesto de trabajo _____
- b) Problemas financieros _____
- c) Conflictos familiares _____
- d) Problemas legales _____
- e) Violencia _____
- f) Problemas de enfermedad _____
- g) Accidentes _____

9. Sobre el alcoholismo, responda verdadero o falso según tú criterio personal

- a) _____ Consideras que el alcoholismo es una practica solamente de hombres
- b) _____ Consideras que las personas toman bebidas alcohólicas para divertirse y compartir con los amigos
- c) _____ Consideras que cuando existe un alcohólico en la familia, esta situación no repercute en el resto de los familiares
- d) _____ El alcoholismo agudo puede causar la muerte
- e) _____ Cuando la mujer esta embarazada, puede tomar bebidas alcohólicas
- f) _____ Las bebidas alcohólicas se recomiendan como fuente de calorías, relajantes y estimulantes.