

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASSEF YARA

POLICLINICO DE CEBALLOS. CIEGO DE AVILA

Caracterización del alcoholismo en el área de salud del policlínico
Ceballos.

Autor: Dr. Randy Mandre Monzón

**TRABAJO DE TERMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JOSE ASSEF YARA

POLICLINICO DE CEBALLOS, CIEGO DE AVILA

Caracterización del alcoholismo en el área de salud del policlínico
Ceballos.

Autor: Dr. Randy Madre Monzón

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Tutor: Dr. José Luis Pozo Gómez

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Profesor Instructor.

**TRABAJO DE TERMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2019

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor, por la ayuda que con tanta dedicación me brindó en todo momento en la tutoría de esta investigación.

Por otra parte, quisiera hacer un reconocimiento especial a todos los que de una forma u otra dedicaron parte de su valioso tiempo para contribuir a la realización de este trabajo.

PENSAMIENTO:

“...Siempre que existan tantas cabezas ardientes, llenas de fe y esperanza, tratando de hacer posible lo imposible, pensemos que todo no estará perdido...”

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA:

A mis abuelos, con infinita deuda de gratitud que como nieto tengo con ellos.

A la Revolución que me ha dado la posibilidad de cumplir mis sueños.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de describir los elementos de morbilidad y psicosociales del paciente alcohólico perteneciente al área de salud del Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila, en el período de junio del 2017 a Mayo del 2018. El universo de estudio fue conformado por 126 pacientes pertenecientes al área de salud en estudio, dispensarizados como alcohólicos según el CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation), la muestra fue conformada por 87 pacientes alcohólicos a través de un muestreo intencional no probabilístico. Los resultados se expresaron en textos y tablas simples de distribución de frecuencias, utilizando las medidas estadísticas de frecuencia y porcentaje. Predominaron las edades sobre la quinta década de la vida y el sexo masculino, así como el nivel primario de escolaridad. Casi la mitad de los pacientes estaban divorciados y desvinculados profesionalmente. La gran mayoría vivían en familias disfuncionales y la gastritis y los conflictos familiares resultaron las principales consecuencias orgánicas y psicosociales respectivamente.

Palabras clave: Alcoholismo, familia disfuncional, gastritis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
DISEÑO METODOLÓGICO	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es considerado uno de los problemas más importantes de salud pública, identificado como uno de los factores que más contribuye al riesgo sanitario a nivel mundial. Su interés desde la óptica de la salud pública radica en los problemas derivados con su ingesta entre los que se encuentran problemas físicos, y también problemas de índole social, familiar, laboral y psicológica. De igual forma se considera el factor de riesgo que más influye en el desarrollo de enfermedades tanto agudas como crónicas, traumatismos, discapacidades, violencia y muerte prematura en los países subdesarrollados ¹.

El problema del consumo alcohólico irresponsable se considera entre los tres más grandes enemigos de la salud, junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En todo el mundo, es el quinto factor de muerte prematura y de discapacidad, y la causa del 4.4 % de la carga mundial de morbilidad. Cerca del 25% de los ingresados en los hospitales generales son por complicaciones derivadas del alcoholismo. La tasa de mortalidad es 2.5 veces superior, las muertes por accidente son siete veces más altas y la tasa de suicidio es también 2.5 veces mayor que en la población general ²⁻⁴.

Datos estadísticos reflejan que 50% de los arrestos policiales, de las muertes en incendios, así como de los asaltos y homicidios están vinculados con la ingestión de alcohol; además de 30% de los suicidios, 40% de las violaciones y 50% de los actos de violencia en el hogar. El alcoholismo provoca asimismo una reducción aproximada de 12 años en la esperanza promedio de vida de la población mundial ⁶⁻⁸.

En la actualidad los casos de alcoholismo y sus complicaciones representan el 20% de las consultas psiquiátricas y el 15% de las urgencias generales, siendo la cuarta causa de mortalidad en la población en algunos países. El 80% de los alcohólicos tienen conflictos familiares y el 85% de los niños maltratados son hijos de alcohólicos. Se ha estimado que del 25 al 50% de los hijos de padres y madres alcohólicos también serán alcohólicos. Se considera que el consumo de alcohol en los países desarrollados ha incrementado aproximadamente un 30% durante los últimos 20 años ⁷⁻⁹.

Se estima que hay alrededor de 76.3 millones de personas en el mundo con trastornos relacionados con el uso de alcohol ⁷. En las Américas, el consumo de alcohol es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial y la incidencia de trastornos por el uso de alcohol es también mayor que en el resto del mundo. En la actualidad existen alrededor de 38 millones de alcohólicos en América Latina ¹⁰.

En Estados Unidos este trastorno ocupa el tercer lugar en la lista de los problemas de salud, con más de 20 millones de personas alcohólicas. Aproximadamente uno en cada cuatro niños está expuesto al abuso o dependencia de alcohol en su familia y más de la mitad de los adultos estadounidenses tienen o han tenido algún miembro de la familia con dependencia al alcohol. El costo social del alcoholismo, tanto directo como indirecto, se ha estimado en más de 150 billones de dólares. Esta cifra está dada fundamentalmente por pérdidas en la producción, por los cuidados de la salud, accidentes y delitos. En ese país cerca del 10% de los adultos que reciben atención médica privada son alcohólicos, y entre el 15 y el 40% de los ingresos en los hospitales estatales se deben a problemas relacionados con el alcohol ¹¹⁻¹³.

En Cuba, 45.2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevaletia global de alcoholismo de 7-10% en adultos masculinos. Sin embargo, la prevalencia es de 4-5% en la población en general si se consideran los dos sexos, con predominio en las edades comprendidas entre los 15 y 51 años. Se estima que las cifras de prevaletia alcanzan un 2% de dependientes alcohólicos y un 5% de consumidores abusivos ¹⁴⁻¹⁶. Según información del Departamento Provincial de Estadísticas, en la provincia de Ciego de Ávila hay 9 368 consumidores de riesgo y 6 721 alcohólicos, y en el municipio Ciego de Ávila hay registrados 427 alcohólicos.

Existe un gran número de personas que consumen bebidas alcohólicas y que no asisten a consultas, lo que contrasta con las cifras de pacientes dispensarizados existentes en los servicios estadísticos del área de salud en estudio. Por todo esto es esencial estudiar el comportamiento del alcoholismo en la población, siendo este el objetivo fundamental del presente trabajo. Hay que partir de un diagnóstico real del alcoholismo para poder establecer

posteriormente un trabajo de prevención, control y rehabilitación de la población a través de la presente investigación.

Problema científico: ¿Cuáles serían los elementos de morbilidad y psicosociales del paciente alcohólico perteneciente al área de salud de Ceballos en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo General: Describir los elementos de morbilidad y psicosociales del paciente alcohólico perteneciente al área de salud Ceballos en Ciego de Ávila, en el período de junio del 2017 a mayo del 2018.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la muestra de estudio según las variables sociodemográficas de edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado civil.
2. Determinar las consecuencias orgánicas de morbilidad y factores psicosociales y de funcionalidad familiar en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

El alcoholismo no constituye aún un problema muy serio de salud en Cuba, pero va en aumento, y se debe profundizar como enfermedad incurable y que debe evitarse, diagnosticarse a tiempo para evitar complicaciones y lograr la incorporación a la sociedad ¹⁷.

El abuso del alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema social, es el hábito tóxico más extendido en el mundo ¹⁷.

La primera definición hecha por Jellinek fue: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor ^{18,19}.

El criterio tóxico del autor español Alonso Fernández se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico ²⁰.

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 ²⁰:

No poder mantenerse 2 días seguidos sin beber.

No poder controlarse cuando se comienza a beber.

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 ²¹.

El alcoholismo tiene también manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia: esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial. En estas enfermedades existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo

inadecuado; actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos como ser a el caso del alcoholismo secundario en un antisocial, al que no le importan las consecuencias sociales de su conducta ²¹.

La clasificación del paciente alcohólico: bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final ^{21,22}.

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 nutrimentos, las que conformarán las restantes posibilidades evolutivas ^{21,22}.

El abstinente total es el que nunca bebe. El bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año) ^{21,22}.

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 ^{21,22}.

Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que 1/4 de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año ^{21,22}.

Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema) ^{21,22}.

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, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo ^{21,22}.

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^{21,22}.

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^{21,22}.

El alcohol es una sustancia soluble en agua y circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, comienza un proceso de cambios metabólicos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es más tóxico que el alcohol. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en formas limitadas e indispensables para el metabolismo adecuado de las grasas. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, el malgasto de estas sustancias provoca graves alteraciones en el metabolismo de las grasas, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del alcohol llevar a posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos^{23,24}.

El alcohol tiene la condición de anti-elemento, disminuye notablemente el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo. Aunque cada gramo de alcohol aporte 7 cal, estas no son capaces de producir energía ni de almacenarse para uso posterior, se utiliza por las células para su metabolismo basal^{23,24}.

Aunque el alcohol no es determinante de cáncer por acción directa sobre los tejidos, sí es un disolvente muy efectivo para las sustancias cancerígenas y permite la libre circulación de estas por todo el organismo, lo que aumenta el

riesgo de cáncer de lengua, boca, faringe, laringe, esófago e hígado, así como de cáncer de colon, recto, mama y pulmones ²⁵.

Factores de riesgo del consumo de alcohol.

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos. Se puede argumentar que el consumo de drogas ocurre originalmente para la mayoría de los individuos alrededor de los 15 a 17 años de edad, como un consumo experimental y a partir de este inicio puede dejar el consumo o bien se avanza a niveles de consumo excesivo y dependiente, en esta primera etapa el consumo es poco frecuente y de baja cantidad ²⁶⁻²⁸.

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de decidir iniciar el consumo, estos factores pueden definirse como factores de riesgo entendido como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas” (Clayton 1992). La evidencia sobre la naturaleza del fenómeno multicausal y complejo del consumo de alcohol desde la perspectiva de factores de riesgo es abundante y puede ser clasificada como: factores biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales ²⁶⁻²⁸:

Biológicos: La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo ²⁶⁻²⁸.

Personales: La edad, el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad ²⁶⁻²⁸.

Familiares: Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco efectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia ²⁶⁻²⁸.

Psicológicos: Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse ²⁶⁻²⁸.

Escolares: Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad ²⁶⁻²⁸.

Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, privación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores ²⁶⁻²⁸.

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran los factores protectores ²⁹⁻³¹.

Hawkins en 1985 definió los factores protectores como “aquellos factores o atributos individuales (personales, psicológicos, sociales), condiciones situacionales, ambiente o contexto que reduce, inhiben, o atenúan la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo de drogas” En su Teoría de Desarrollo Social Hawkins y Weis (1985), describen los factores protectores

y los procesos implicados para incidir en la reducción de conductas de riesgo o comportamientos problemáticos como el consumo de drogas. Ellos proponen tres factores de protección que controlan los comportamientos problemáticos y antisociales como el consumo de alcohol ²⁹⁻³¹:

- 1) Las relaciones sociales (apego, compromiso, comunicación con la familia, la escuela y los compañeros y amigos no consumidores).
- 2) Las coacciones o limitaciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas, mantenidas o demostradas por personas importantes para el individuo)
- 3) Las habilidades sociales (contar con estrategias de solución para afrontamiento asertivo de situaciones o tentaciones de consumo, autocontrol o auto eficacia de resistencia para no involucrarse con el consumo, auto concepto o autoestima, así como satisfacción y proyecto de vida) actuarían protegiendo al adolescente de su involucramiento con el alcohol y otras drogas.

Estos factores protectores también han sido definidos como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo” Se ha encontrado que estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo y que su repercusión también varía a lo largo del proceso de desarrollo. Al igual que los factores de riesgo los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales ³².

Factores Personales: Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre ³².

Familiares: Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre ³².

Psicológicos: Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y de postergar la satisfacción ³².

Escolares: Perseverancia en los estudios, apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, establecimiento de lazos cordiales, buena relación con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento del trabajo en equipo y de la creatividad³².

Ambientales/sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia³¹.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol^{33,34}.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones^{33,34}.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres^{33,34}.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión^{33,34}.

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él³⁵.

Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol corren más riesgo de presentar problemas de salud relacionados con el mismo. Cualquiera sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, siendo las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades. Esto probablemente se deba al hecho de que, en comparación con los varones, las mujeres tienen una menor proporción de agua corporal en relación a su peso. Hasta un 25% del incremento en el riesgo de muerte que existe al comparar varones de mediana edad pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos con varones de mediana edad de grupos socioeconómicos altos, es atribuible al alcohol ³⁶.

El consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuum. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese continuum durante sus vidas ³⁶.

Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol.

El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo. El sexo, la edad y las características biológicas del consumidor determinan el grado de riesgo al que se exponen cuando consumen. Los resultados de investigaciones en adolescentes muestran el daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades tempranas, presentando alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Algunos estudios neuroanatómicos señalan que el alcohol puede alterar la estructura y la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando deterioro neuropsicológico, sin embargo, este deterioro puede presentar variabilidad debido a la cantidad de alcohol consumida, los antecedentes y el patrón de consumo, además del consumo de otras sustancias tóxicas ³⁰⁻³³.

De acuerdo a la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En el mundo 320, 000 jóvenes entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el

alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad de este grupo etario. En México, el uso de alcohol es la cuarta causa de muerte de la población en el país (8.4%). Los trastornos asociados a este consumo son usualmente subestimados por la población, principalmente por los jóvenes, se piensa que se necesita de un consumo crónico e intenso para producir daños orgánicos, sin embargo, la evidencia indica la existencia de daño orgánico asociado al consumo intermitente ²⁴.

Algunas consecuencias que conlleva el consumo de alcohol en los adolescentes, como lo son ²⁵:

- Los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.
- El inicio de la actividad sexual a edad más temprana y mayor tendencia a relaciones sin protección.
- Los adolescentes que inician a edades tempranas el consumo de alcohol incrementan 4 veces la probabilidad de desarrollar dependencia, que aquellos que inicia el consumo en la edad adulta.
- Ausencia escolar, actitud negativa, bajo rendimiento académico, problemas de disciplina, que conllevan al abandono total de la escuela.
- Conflictos familiares, distanciamiento y hostilidad.
- Movimientos motores menos coordinados, reflejos lentos, afección del control de los músculos del habla y la actividad de los ojos.

Los problemas de salud son las principales consecuencias del consumo de alcohol, relacionado como la causa de 60 tipos de enfermedades tanto agudas como crónicas. Mismas que se pueden agrupar en tres categorías (Condiciones de salud íntegramente atribuibles al consumo de alcohol, condiciones crónicas que tienen el alcohol como factor contribuyente y condiciones agudas en las cuales el alcohol es factor contribuyente), reflejadas por la naturaleza de su condición y su relación etiológica del consumo de alcohol ^{33,37,38}.

El efecto del consumo de alcohol en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) es muy pronunciada por dos razones: la primera es porque las muertes atribuibles al consumo de alcohol se producen

relativamente en etapas tempranas de la vida lo que resulta en muchos años perdidos por muerte prematura, y la segunda debido a que los trastornos por consumo de alcohol son a menudo incapacitantes. En muchos países de ingresos medios, el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de la enfermedad ^{37,38}.

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo ^{36,39}.

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos ^{36,39}.

Una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud. Tanto los estudios de mejor calidad metodológica como aquéllos que toman en cuenta posibles factores de influencia, no encuentran prácticamente riesgo si el nivel de consumo alcohólico es bajo. Una buena reducción del riesgo se puede obtener tomando sólo 10g de alcohol día por medio. Por encima de 20g/día de alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta. Parece que es el alcohol en sí mismo el que reduce el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, independientemente

del tipo de bebida alcohólica que se consuma. Ingerir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y de muerte súbita de origen coronario ^{36,39}.

El riesgo de muerte derivado del alcohol es un balance entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al alcohol y la disminución en el riesgo de enfermedad cardíaca que, en pequeña medida, es atribuible al alcohol. Este balance demuestra que, excepto para personas mayores, el consumo de alcohol no está exento de riesgos. El nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte para mujeres menores de 65 años, es de cero o cercano a cero, e inferior a 5 gr/día de alcohol para mujeres de 65 años o más de edad. En los varones, el nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte en menores de 35 años es cero, en edades medias es aproximadamente 5g/día y en varones de 65 años o más es menos de 10g/día ³⁹⁻⁴¹.

Reducir el consumo de alcohol o evitarlo por completo aporta beneficios a la salud. Todos los riesgos agudos se pueden revertir si se elimina el consumo de alcohol. Aún en el marco de enfermedades crónicas, como la cirrosis hepática y la depresión, la reducción o la suspensión del consumo de alcohol se ve asociada a una rápida mejoría de la salud ³⁹⁻⁴¹.

Por lo tanto, dado que el alcohol está implicado en una amplia variedad de problemas de salud física y mental de una manera dosis dependiente, los trabajadores de atención primaria de la salud tienen la posibilidad de identificar a aquellos pacientes adultos con consumo de riesgo o perjudicial. Más aún, como la atención primaria abarca el tratamiento de problemas físicos y mentales de diversa índole, se deben atender sus causas en relación con el uso de alcohol. Es particularmente importante reducir el riesgo de provocar daños a terceros ³⁹⁻⁴¹.

El flujo sanguíneo cerebral del hemisferio frontal derecho aumenta por los efectos del alcohol y produce euforia ^{40,41}.

Existen tóxicos acompañantes como componentes indispensables que conforman todas las bebidas que son el acetaldehído, el metanol, el furfural, y que aparecen también en mayor concentración en las bebidas caseras ^{40,41}.

La acción del alcohol sobre los músculos es debilitadora y presentan polineuropatía alcohólica con disminución de la fuerza muscular por déficit de vitaminas ^{40,41}.

En relación con la actividad sexual, el alcohol determina disfunciones sexuales, y si el consumo es excesivo y mantenido puede producir serias lesiones en órganos responsables de la respuesta sexual. Existe dificultad o imposibilidad de que un hombre logre la erección cuando se encuentra en estado severo de embriaguez y también el orgasmo en la mujer bajo el efecto del tóxico. Las bebidas alcohólicas son depresoras de la función sexual. En personas normales que ocasionalmente beben en exceso, el efecto depresor transitorio sobre el sistema nervioso, sobre el cerebro y médula espinal, actúa como bloqueador de los reflejos que determinan en gran parte la erección y la eyaculación ^{40,41}.

Luego de actuar inicialmente sobre las inhibiciones dependientes de la corteza cerebral, inhibe también los centros cerebrales subcorticales donde se encuentran las estructuras responsables básicamente de las funciones relacionadas con la satisfacción de las necesidades biológicas, como las sexuales, las de alimentación y las inmunológicas ^{40,41}.

Cuando la persona es alcohólica, el consumo del alcohol repercute en forma muy negativa sobre la producción de hormonas hipofisarias y testiculares; y aparece disminución del vello facial, afinamiento de la voz, atrofia testicular e incremento del volumen de las mamas en el hombre ^{40,41}.

El consumo excesivo de alcohol conduce, a largo plazo, a la aceleración de los procesos arterioscleróticos que afectan el calibre de las arterias que conducen la sangre al pene (cuerpos cavernosos) ^{40,41}.

En los casos más graves se puede producir desmielinización de la médula espinal, proceso que implica complicaciones en la transmisión de los impulsos nerviosos. Además, existen grandes riesgos durante el embarazo si se consume alcohol, porque hay un alto porcentaje de hijos de mujeres alcohólicas que consumieron cantidades importantes durante la gestación, que presentaron deformaciones, lo que se conoce con el nombre de síndrome del

feto alcohólico, por la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído, que permite su circulación libre en la sangre de la madre y del feto ^{40,41}.

Otros efectos dañinos en las mujeres son la infertilidad o la incapacidad de concluir de forma exitosa un embarazo (aborto habitual). Pueden ocurrir partos prematuros y muerte intrauterina porque el niño no está preparado para neutralizar la acción del alcohol y metabolizarlo. Se han observado nacimientos de niños con lesiones hepáticas debido a la fragilidad de esta glándula. También el alcohol puede producir retraso mental en 30 a 40 % de los nacimientos, así como comportamiento anormal, trastornos de personalidad y conductas antisociales. Una madre bebedora descuida la atención de sus hijos, lo cual ocasiona desajustes infantiles, abandono de la escuela y problemas sociales. Existe relación entre la ingestión de bebidas alcohólicas y las muertes violentas (suicidio, accidentes del tránsito, homicidios) ⁴¹⁻⁴³.

Esta enfermedad (alcoholismo) no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en que vive. El primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor, empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes ⁴¹⁻⁴³.

Después, cuando el consumo de alcohol se hace prolongado y excesivo, ocurre una significativa disminución de la capacidad de trabajo y manifestaciones del síndrome de dependencia del alcohol o psicosis alcohólica que puede ocasionar muerte prematura ⁴¹⁻⁴³.

Una ingestión diaria de 10 mL es muy peligrosa, se absorbe en las últimas porciones del estómago, se difunde rápidamente a los tejidos y se elimina lentamente 70 % después de 12 h ⁴¹⁻⁴³.

La persona se convierte en alcohólico paulatinamente, evoluciona durante meses o años, cada vez es más adicto, y en fases avanzadas pierde el interés

por todo y la botella se vuelve su centro vital. Pierde la salud y la autoestima, presenta deficiencia en su trabajo, y el deterioro mental lo conduce a no poder realizar ninguna actividad útil y empobrece su economía personal ⁴¹⁻⁴³.

La ingestión de bebidas alcohólicas se ha asociado con cáncer de la boca, faringe, esófago, laringe, estómago, colon, recto e hígado, así como de mama y pulmones. Se ha comprobado que la cerveza y los vinos rojos se relacionan con cáncer de recto y estómago respectivamente ⁴¹⁻⁴³.

El etanol produce cambios en los procesos metabólicos y existen compuestos carcinogénicos primarios que interactúan directamente sobre el ADN, y otros secundarios que actúan como cocarcinógenos (pueden realizar la actividad de los carcinogénicos si se administran simultáneamente) ⁴¹⁻⁴³.

Las nitrosaminas son procarcinógenos que se afectan por la ingestión de etanol. Se encuentran en algunos alimentos, bebidas alcohólicas y humo de tabaco y pueden ser sintetizados por microorganismos en el interior del cuerpo, y existen estudios epidemiológicos que establecen relación entre la exposición a nitrosaminas y cáncer del tracto gastrointestinal. Eso está en relación con el tiempo de dependencia, tipo y cantidad de bebidas ingeridas, edad del individuo, tabaquismo y exposición a otros agentes químicos ⁴¹⁻⁴³.

Afecta al hígado y produce cirrosis hepática. También determina gastritis grave. El alcoholismo agudo puede ocasionar la muerte. Esta enfermedad disminuye la esperanza de vida promedio de la población. Se aumentan las afectaciones en la esfera económica y social, gastos hospitalarios y las inversiones de recursos para la atención de estos pacientes ⁴¹⁻⁴³.

Tratamiento.

En relación con la dieta y el cáncer, se disminuye el riesgo de cáncer del subsistema digestivo con la ingestión de frutas y vegetales, y del cáncer de mama alcanzando un estado nutricional adecuado sobre todo evitando el sobrepeso. De ahí la importancia de la educación sanitaria a la población ^{42,43}.

Para lograr fortalecer la actividad sexual hay que combatir el sedentarismo, realizar algún deporte, entrenarse mediante ejercicios calisténicos y yoga.

La mujer embarazada debe abstenerse totalmente de ingerir alcohol durante el embarazo y lactancia, para evitar consecuencias en ella y su hijo ^{42,43}.

El individuo debe tener voluntad de dejar el vicio, no se puede tratar o ingresar sin su consentimiento, pues es inefectivo el proceso de rehabilitación.

Se hace necesario modificar actitudes y respuesta emocional sobre su propia conducta y promover el empleo del tiempo libre en tareas sanas (recreativas y deportivas) para que no se relacione con la ingestión de bebidas alcohólicas. El apoyo social de los vecinos, compañeros de trabajo, y fundamentalmente de la familia es indispensable, con ellos no encontrar difícil el camino de su curación. Este no es un problema moral sino de salud, que tiene tratamiento, pero ante todo requiere prevención ^{42,43}.

Manejo del síndrome de abstinencia ^{42,43}:

Los individuos que presentan dependencia física del alcohol pueden experimentar síndromes de abstinencia entre 6 y 24 horas después de haber bebido por última vez. Se recomienda la utilización de Diazepam como tratamiento de primera línea ya que ha demostrado efectividad y una vida-media relativamente prolongada. El tratamiento terapéutico normal supone el suministro de dosis regulares de Diazepam durante un período de dos a seis días, no debiendo continuarse más allá del sexto día para evitar el riesgo de la dependencia.

Manejo de la dependencia del alcohol ^{42,43}:

Algunas personas con dependencia del alcohol se recuperan solas y no todos los casos de dependencia requieren tratamiento especializado, aunque muchas personas sí lo necesitan. Las personas con síntomas de dependencia pueden ser asistidas en centros de atención primaria si aceptan abstenerse de consumir alcohol, a pesar de que piensen que no son dependientes; si se niegan a ser derivadas a un centro especializado y si no presentan complicaciones serias de orden social, médico o psiquiátrico. Se deberá derivar a tratamientos especializados a aquellas personas que presenten dependencia del alcohol y que hayan fracasado en intentos previos de tratamiento; a las que presenten complicaciones severas o riesgo de sufrir síndromes de dependencia moderados a graves; cuando haya evidencia de comorbilidad médica o

psiquiátrica grave; y cuando el tratamiento no pueda ser manejado por el equipo de atención primaria.

El tratamiento especializado incluye abordajes conductuales y farmacoterapia. El entrenamiento en habilidades sociales, el modelo de refuerzo en la comunidad o contención comunitaria y la terapia conductual de parejas, están entre los abordajes más efectivos, especialmente si resaltan la habilidad de la persona para suspender o reducir el consumo a través del aprendizaje de técnicas de auto-control, del incremento de la motivación y del refuerzo de los sistemas de soporte social de la persona. También son efectivos el acamprosato y el antagonista opiáceo, la naltrexona. Los tratamientos que han demostrado ser ineficaces son los dirigidos a educar, confrontar, asustar o fomentar la reflexión sobre la naturaleza y las causas de la dependencia, así como también la asistencia obligada a grupos de Alcohólicos Anónimos. Existen pocas evidencias que sugieran que los resultados globales del tratamiento puedan mejorarse si los pacientes son asignados a diferentes tipos de tratamiento ⁴⁴.

Si bien aún no está claro cuál es el mejor modelo de correlación entre atención primaria y servicios especializados, parece que una integración entre ambos produce mejores resultados que si se aplican por separado. El seguimiento de los pacientes puede reducir el riesgo de recaída; por lo tanto, resulta importante para los proveedores de atención primaria de salud poder mantener contacto a largo plazo con pacientes tratados por dependencia de alcohol, que ya no están recibiendo tratamiento especializado ⁴⁴.

Prevención.

La magnitud del problema en Cuba se evidencia a través de numerosos indicadores directos e indirectos, los que justifican plenamente el tratamiento e intervención mediante un programa coherente y sistemático para aplicar en el contexto del Sistema Nacional de Salud ⁴⁵.

Se han tomado medidas para disminuir y desalentar el consumo de bebidas alcohólicas y prever sus consecuencias como ⁴³⁻⁵²:

- No venta de bebidas alcohólicas en las plazas ni en las bases de campismo popular.

- Eliminar el expendio de cervezas pilotos en Áreas urbanas y cercanas a carreteras.
- No consumo de bebidas alcohólicas en actividades oficiales de organismos e instituciones, ni en los sindicatos de los centros de trabajo.
- Venta de bebidas alcohólicas en los restaurantes limitados en cuantía.
- Aumentar el rigor de las leyes del tránsito.
- Actividades festivas y sociales masivas de los organismos juveniles libres de alcohol.

El disfrute de la vida, el disfrute y bienestar social no se debe unir a celebraciones que conlleven la ingestión de bebidas alcohólicas, sino al fomento y la práctica de deportes y a la elevación de la cultura sobre bases no nocivas al individuo y a la sociedad ⁵⁰⁻⁵¹.

El Programa de lucha contra el alcoholismo está dirigido a reducir los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y a reinsertar al paciente alcohólico como ciudadano socialmente útil en la comunidad ¹⁶.

La concepción amplia del alcoholismo es la que se corresponde con las proyecciones preventivo curativas de la medicina en Cuba ¹⁶.

El médico de familia, por su estrecha interrelación con la población, debe hacer captación de los grupos de riesgo para futuros alcohólicos y trabajar con ellos, especialmente con los adolescentes y jóvenes, y desempeña un papel fundamental en el diagnóstico precoz del alcohólico y en la atención específica de esta afección, pero sobre todo, en la prevención de esta enfermedad y en la educación para la salud de todos, haciendo énfasis en la alimentación y nutrición adecuadas para mantener un estado nutricional normal ¹⁶.

El enfermo alcohólico no se cura nunca, pero su calidad de vida y su salud están determinadas por no beber una gota de alcohol, desempeñando un papel muy importante la labor educativa a pacientes y familiares, en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias, para evitar recaídas, y la atención directa del médico de familia ^{16,51}.

METODOLÓGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de describir los elementos de morbilidad y psicosociales del paciente alcohólico perteneciente al área de salud del Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila, en el período de junio del 2017 a Mayo del 2018.

Universo y muestra.

El universo de estudio fue conformado por 126 pacientes pertenecientes al área de salud en estudio, dispensarizados como alcohólicos según el CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation) ⁴⁰, (ver anexo I), la muestra fue conformada por 87 pacientes alcohólicos a través de un muestreo intencional no probabilístico que cumplieron los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes alcohólicas con más de 20 años de edad que firme el consentimiento informado (ver anexo II).

Criterios de exclusión:

1. Paciente que encontraba fuera del área de salud en el momento del estudio.
2. Paciente que presentó alteraciones mentales severas que impidieron ofrecer la información necesaria para el estudio.

Métodos

Para la recolección de los datos se diseñó una planilla de vaciamiento (ver anexo III), fuente de información primaria, que respondió a los objetivos de la investigación. La planilla de recolección de datos contempló las variables: grupo de edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, funcionamiento familiar y consecuencias. La información sobre las variables, se obtuvo por el autor de la investigación mediante la entrevista directa al paciente, los datos relacionados con el funcionamiento familiar se recabó de la Historia de Salud Familiar y las complicaciones se extrajeron del expediente clínico individual (historia clínica).

Métodos del nivel empírico:

Se empleó la entrevista que se utilizó como método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los sesgos acerca de la problemática estudiada en la comunidad.

Igualmente se realizó revisión de documentos oficiales como la historia clínica del paciente, que permitió recoger variable de interés y controlar los sesgos del estudio.

Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron con las variables y categorías definidas.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 20 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años De 50 a 59 años 60 o más años.	Según años cumplidos	Número y por ciento según grupos de edades
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo de referencia.	Número y por ciento según grupos de edades
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según nivel escolar alcanzado.	Número y por ciento según grupos de edades
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Desvinculados Obreros Jubilados Cuenta propia Amas de casa	Según ocupación actual.	Número y por ciento según grupos de edades
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Divorciado Viudo	Según estado civil actual.	Número y por ciento según grupos de edades
Funcionamiento familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Funcional Disfuncional	Se tomó en cuenta la evaluación realizada por el EBS y registrada en la Historia de Salud Familiar	Número y por ciento según grupos de edades
Consecuencias orgánicas	Cualitativa nominal politómica	Gastritis Hipertensión arterial. Úlcera gastroduodenal Desnutrición Neuropatía Cirrosis hepática Insomnio.	Según comorbilidades o Daños causados en diferentes órganos y sistemas producto del consumo tóxico.	Número y por ciento según grupos de edades
Consecuencias psicosociales	Cualitativa nominal politómica	Conflictos familiares. Problemas con la pareja. Accidentes del tránsito. Problemas laborales. Conducta suicida. Trastornos del	Según problemas Psicosociales. Trastornos en la esfera psíquica y en las relaciones personales en la familia o fuera de esta. Abordado en la escala de Likert (ver anexo	Número y por ciento según grupos de edades

		estado del ánimo. Hechos delictivos.	IV)	
--	--	---	-----	--

Aspectos éticos

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Respeto a las autonomías, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia).

El estudio fue autorizado por el comité de ética médica del centro. El total de participantes fue informado sobre el objetivo del trabajo, además se le dio a conocer el derecho de negarse a participar o poder abandonar el estudio en cuestión, independientemente de la fase en que se encontrará. Dicha disposición se recogió en un modelo de consentimiento informado que fue firmado por la participante y el investigador. Se aclaró en dicho modelo el respeto absoluto a lo confidencial de la investigación.

Procesamiento estadístico de la información

La información recogida fue llevada a la base de datos con una computadora Pentium IV en procesador de texto Word XP. Las Tablas se diseñaron en Excel XP en procesador estadístico SPSS. Versión 10 para Windows. Los resultados se expresaron en textos y tablas simples de distribución de frecuencias, utilizando las medidas estadísticas de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de los alcohólicos según grupo de edad.

Grupo de edades	No.	%
20-29 años	7	8,0
30-39 años	26	29,9
40-49años	37	42,5
50-59 años	14	16,1
60 y más años	3	3,4
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 1 se observa la distribución de los alcohólicos por grupo de edades, en el grupo de 40-49 años se encontraron el 42.52% de los alcohólicos, seguidos por el grupo de 30-39 años y por el de 50-59 años, con el 29.88% y el 16.09% de los casuística, respectivamente. Un menor porcentaje se encontró en el grupo de 20-29 años con un 8.04% y en los mayores de 60 años con 3.44%.

Este resultado coincide con el informe de un trabajo realizado por Brito Sosa y cols.⁵², en el CMF-13 del policlínico "Julián Grimau" al señalar que la mayoría de los sujetos afectados por el consumo de alcohol se encontraban entre 40 y 49 años. En tanto que hay cierta correspondencia con el hallazgo de Sarmiento⁵³, en estudio llevado a cabo en un consultorio médico de Santiago de Cuba al precisar el predominio del grupo de 40-49 años, fue el grupo más afectado en la en la investigación.

Sin embargo este resultado no concuerda con los reportes de otros estudios nacionales efectuados por Tamayo⁵⁴ y Hernández⁵⁵ que reportan el predominio de los consumidores de bebidas alcohólicas mayores de 50 años. Autores^{56,57}, plantean que la mayor incidencia de alcoholismo se presenta después de la quinta década de la vida influenciada por falta de oportunidades, problemas financieros y frustraciones en el seno de la familia.

Tabla 2: Distribución de los alcohólicos por sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	69	79,3
Femenino	18	20,7
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 2 se puede apreciar que en la casuística estudiada el 79.31% de los alcohólicos pertenecieron al sexo masculino. Al analizar los resultados de la investigación, coincidió con estudios realizados por otros autores nacionales ³⁰⁻³³, donde es más predominante el consumo de alcohol en el sexo masculino

Estudios internacionales efectuados por Rocha ⁵⁸ y Ardila ⁵⁹ coinciden en plantear el predominio de los hombres alcohólicos sobre las mujeres. De igual otros autores ^{60,61}, extranjeros señalan que este hábito nocivo es más frecuente en el sexo masculino. Este dato se ha relacionado con las pautas socialmente establecidas, según roles de género para hombres y mujeres, donde el hecho de ser mujer y beber en exceso contradice el patrón cultural tradicional de una “buena madre” o una “buena esposa”

El sexo masculino tradicionalmente se ha comportado como el mayor consumidor de alcohol, basado en criterios falsos de hombría, moda o simplemente imitación. Aún existen mitos de que la mujer por las normas sociales establecidas no consumen alcohol y que cuando lo hacen generalmente lo hacen en lugares privados o donde hay poca afluencia de personas, por lo que les da vergüenza reconocer la ingestión de bebidas alcohólica ⁶².

Aunque, en la actualidad el alcoholismo afecta más a los varones adultos, está aumentando su incidencia entre las mujeres, hace diez años de cada siete hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban tres mujeres, hoy la relación es de seis hombres por cuatro mujeres ⁶³.

Tabla 3: Distribución de los alcohólicos según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Primaria	42	48,3
Secundaria	25	28,7
Preuniversitario	20	23,0
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

La distribución de los alcohólicos según escolaridad se presentan en la tabla 3, como se aprecia el 48.27% tenía el nivel de Primaria, el 28.74% había culminado los estudios secundario y el 22,99% tenía nivel preuniversitario.

Al analizar la escolaridad se encontró coincidencia con el informe de un trabajo realizado por Sarmiento ⁵³, en el poblado de El Caney en Santiago de Cuba, que reporta predominio de pacientes con escolaridad de secundaria básica.

El nivel escolar fue analizado en otras investigaciones nacionales Hernández ⁵⁵ y Tamayo ⁵⁴ y ambos autores detectaron el predominio de los pacientes con nivel preuniversitario.

Respecto a la escolaridad, los estudios de Alderete ⁶⁴ y Figueroa ⁶⁵ realizados en Argentina se obtuvo mayor frecuencia de ingestión de alcohol en personas con nivel escolar primario y secundario.

Existen muy pocas investigaciones donde se recoja el nivel escolar. Aunque Chang ⁶⁶ coincide en que los pacientes de bajo nivel escolar corren mayor riesgo de padecer el alcoholismo.

Tabla 4: Distribución de los alcohólicos según estado civil.

Estado civil	No.	%
Divorciado	38	43,7
Casados	26	29,9
Solteros	23	26,4
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 4 se puede observar que según el estado civil los alcohólicos se distribuyeron en divorciados, el 43.67%, casados el 29.89% y solteros el 26.44%.

Respecto al estado conyugal, Hernández ⁵⁵, al estudiar el alcoholismo en un municipio de Matanzas se encontró que los pacientes divorciados fueron los más afectados; lo cual resulta muy semejante a los resultados de esta serie. Otros autores ^{53,54} nacionales describen porcentajes más elevados del hábito tóxico en personas casadas o juntas consensualmente en estudios hechos en la provincia de Santiago de Cuba.

En investigaciones llevadas a cabo en Argentina ^{64,65}, de igual manera predominaron los consumidores divorciados, sin embargo, en otro estudio efectuado por Herrán ⁴⁴ expone que alrededor de la mitad de las personas que ingieren bebidas alcohólicas, logran mantener vínculo marital por mucho tiempo.

El estudio del estado civil predominante de los adictos evidenció que hay un mayor número de divorciados, coincidiendo con los señalado en un artículo ⁶⁷ que expresa el efecto negativo del alcoholismo en las relaciones interpersonales, al ser responsable de un alto índice de conflictos en el matrimonio y uno de los principales factores desencadenantes del divorcio por todas las situaciones y crisis que cursa el paciente alcohólico con su pareja.

En cuanto al estado civil se pudo considerar que en la pareja se pierde la confianza, el respeto y el amor hacia el otro terminando en separación, pues es la única solución que se encuentra ante este problema ⁶⁸.

Tabla 5: Distribución de los alcohólicos según ocupación.

Ocupación	No.	%
Desvinculados	39	44,8
Obreros	25	28,7
Jubilados	13	14,9
Cuenta propista	7	8,0
Amas de casa	3	3,4
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 5 puede observar que el 44.82% de los alcohólicos se encontraban desvinculados, el 28.73% eran obreros, el 14.94 eran jubilados. También se encontró que el 8.04% profesionales y el 3.44% amas de casa. El reporte de un estudio realizado por Martínez⁴⁶ en un consultorio del municipio Morón, coincide con los resultados de esta investigación al señalar que la mayoría de los alcohólicos no tenían vínculo laboral.

Sin embargo, estudios nacionales efectuados en Santiago de Cuba ^{53,54}, y Matanzas ⁵⁵, informa el predominio de los trabajadores en los consumidores de bebidas alcohólicas.

Con relación al vínculo laboral de los alcohólicos muchos de los reportes analizados ofrecen información del comportamiento de esta toxicomanía en estudiantes universitarios ⁶⁹⁻⁷¹.

En cuanto a la ocupación Acosta ⁷², observó un factor de protección el hecho de encontrarse inactivo, es decir que no tenía trabajo y tampoco lo buscaba. Esto podría explicarse porque al encontrarse inactivos, disponen menos cantidad de dinero para adquirir las bebidas alcohólicas.

Tabla 6: Distribución de alcohólicos según funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	No.	%
Disfuncional	63	72,4
Funcional	24	27,6
Total	87	100,0

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 6 se puede observar que el 72.41% de las familias de los alcohólicos estudiados fueron evaluadas de disfuncionales. Este resultado concuerda con el reporte de Villarreal-González ⁷³, que señala el vínculo entre el consumo de alcohol y el mal funcionamiento familiar. En tanto que Moral ⁷⁴, al analizar el comportamiento de la funcionabilidad familiar y su relación con los estilos de vida nocivos, detectó que todas las familias de los pacientes alcohólicos son disfuncionales, resultado que tiene similitud con la serie estudiada donde la mayoría de las familias fueron evaluadas de disfuncionales.

Un estudio efectuado por Jiménez ⁷⁵, que analizó el comportamiento del funcionamiento familiar de alcohólicos refleja que en la población estudiada predominó la variable familia disfuncional, al igual que en la presente investigación.

Cid ⁷⁶, encontró los adolescentes alcohólicos en su mayor totalidad provenían de familias disfuncionales, lo que implica que estas familias presentaron dificultades en la armonía, adaptabilidad, rol, afectividad, comunicación, permeabilidad y cohesión, y considera que es un factor de riesgo que favorece esta adicción.

Investigaciones han mostrado que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de sustancias psicoactivas. La familia y las relaciones dentro de ella influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros y desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la personalidad drogadicta

^{77,78}.

Tabla 7: Distribución de las consecuencias orgánicas.

Consecuencias orgánicas (n=87)	No.	%
Gastritis	46	52,9
Hipertensión arterial	17	19,5
Úlcera gastroduodenal	14	16,1
Desnutrición	5	5,7
Neuropatía	4	4,6
Cirrosis hepática	1	1,1

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 7 se puede observar entre las consecuencias orgánicas encontradas en los pacientes alcohólicos predominó la gastritis en el 52.87%, seguida de la hipertensión arterial en el 19.54% y la úlcera gastroduodenal en el 16.09%. Otras consecuencias del alcoholismo fueron la desnutrición en el 5.47%, la neuropatía en el 4.49% de los casos y la cirrosis hepática en el 1.14% de la serie estudiada.

Respecto a las consecuencias orgánicas del consumo de alcohol, el resultado encontrado coincide con el informe de un estudio realizado por Brito Sosa y cols.⁵², en el CMF-13 del policlínico "Manuel Antonio de Varona" al encontrar que la complicación biológica más frecuente fue la gastritis. Informes de otros trabajos nacionales^{55,79,80}, muestran similitud con los hallazgos de la presente investigación al encontrar que las consecuencias del consumo de alcohol son más frecuentes en el aparato digestivo debido a que el alcohol es absorbido en un alto por ciento a nivel del estómago y el resto en las primeras porciones del intestino delgado provocando irritación directa de las mucosas de los mismos.

Otro trabajo nacional efectuado en el Servicio de Medicina del Hospital Psiquiátrico Provincial "Comandante Gustavo Machín" de Santiago de Cuba, Molina⁸¹, destaca que la malnutrición proteico-energética y hepatopatía alcohólica fueron las complicaciones que se observaron con mayor frecuencia en la serie estudiada. Mientras, Canciano⁸², respecto al comportamiento de las complicaciones en pacientes alcohólicos señala el predominio de la neuropatía periférica sensitiva, al igual que Tamayo⁵⁴.

Tabla 8: Distribución de las consecuencias psicosociales.

Complicaciones psicosociales (n=87)	No.	%
Conflictos familiares	31	35,6
Problemas con la pareja	17	19,5
Accidentes del tránsito	14	16,1
Problemas laborales	9	10,3
Conducta suicida	7	8,0
Trastornos del estado del ánimo	5	5,7
Hechos delictivos	4	4,6

Fuente: planilla de recolección de datos

En la tabla 8 se observa que en algunos coincidió más de una consecuencia psicosocial del alcoholismo, las que prevalecieron en la serie de alcohólicos estudiados fueron: los conflictos familiares en el 35.63% de los pacientes, los problemas con la pareja en el 19.54% y los accidentes del tránsito en el 16.09%.

Otras complicaciones relacionadas con esta esfera que se encontraron en la casuística estudiada fueron los problemas laborales en el 10.34% de los casos, la conducta suicida en 8.04%, los trastornos del estado del ánimo en el 5.74% y los actos delictivos en el 4.59%.

Este resultado coincide con el informe de un estudio efectuado por Martínez ⁸³, en Morón al señalar que las mayores repercusiones se encuentran en la esfera familiar. Otro informe nacional, Castañeda ⁸⁴, al referirse a las consecuencias socio-familiares del alcoholismo destaca que las más frecuentes están relacionadas con la violencia, la agresividad, las riñas, las agresiones, el desorden público, los incumplimientos laborales, los actos delictivos y la violencia intrafamiliar.

Respecto a la repercusión social del alcoholismo, Herrera ⁸⁵, informa que la violencia y el maltrato familiar se han reconocido como un problema socialmente vinculado al alcoholismo. En tanto que otros autores ^{86,87}, destacan que dentro de los problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol se encuentran los conflictos familiares; los enfrentamientos físicos o problemas con la autoridad o la policía y los problemas académicos, y las manifestaciones

psíquicas comienzan como modificaciones del carácter: aumento de la emotividad, irritabilidad, impulsividad, celos, inestabilidad del humor, con crisis depresivas frecuentes. Conjuntamente aparecen las alteraciones intelectuales, con disminución del rendimiento, dificultad para concentrarse y en la atención, cierta confusión de los procesos intelectuales, reducción de la eficiencia profesional, ausentismo y regresión del comportamiento y de las relaciones sociales. Para corroborar esto se fue necesario elaborar una escala Likert que demostrara el comportamiento que tiene el paciente. (Anexo III)

CONCLUSIONES

Predominaron las edades sobre la quinta década de la vida y el sexo masculino así como el nivel primario de escolaridad. Casi la mitad de los pacientes estaban divorciados y desvinculados profesionalmente. La gran mayoría vivían en familias disfuncionales y la gastritis y los conflictos familiares resultaron las principales consecuencias orgánicas y psicosociales respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:492-501.
2. Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*. 2014; 375:1355–1364.
3. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS; 2017.
4. González R. Variedades de alcoholismo. *Rev Hosp Psiquiatra La Habana* 1983;24(4):523-9.
5. Sánchez JF, Rodríguez JJ. Seguimiento de pacientes alcohólicos tras 2 años de tratamiento. *Anales en Psiquiatría* 2017; 24(2).
6. Antoñanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Barco E, Ramírez M, Pinillos M. Alcohol consumption in the EU: health economics and policy issues under a permanent debate. *Eur J Health Econ*. 2015;9(1):1-6.
7. Antoñanzas Villar F, Puy Martínez-Zárate M, Pradas Velasco R. Las bebidas alcohólicas en salud y economía. *Gac Sanit*. 2018; 22(3).
8. Ivano Scandurra R, García-Altés A, Nebot M. Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado Español. Consumo, coste y políticas. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 85: 141-147.
9. Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra, 2016.
10. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med*. 2014;37(6):556-69.
11. Cabrerizo S, Docampo PC. Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente *Arch Argent Pediatr* 2014;108(5):e111-e113
12. Salvador CM. Expectativas de los jóvenes respecto al consumo de alcohol: La práctica del botellón. *Rev Esp Drogodependencias* 2017;34:62-73.
13. Rosen SM, Miller TR, Simon M. The cost of alcohol in California. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;32(11):1925-1936.
14. González Menéndez R. La atención integral al alcoholismo: experiencia cubana. *Rev cubana med [Internet]*. 2014 Jun [citado 2018 Mar 22];

- 47(2): [Aprox.11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000200012&lng=es.
15. Guthrie HA. Introductory nutrition. Guías de la Asociación Dietética Americana para promover buena nutrición y actividad física. 2014:625.
 16. Fernández OP, Louro BI, Hernández MP. Elaboración de una estrategia educativa para la familia del alcohólico. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):330-6.
 17. Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. JAMA 2016;276(24):1964-7.
 18. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. WHO, 2014.
 19. Health and Social Care Information Centre. Statistics on alcohol: England, 2013. HSCIC, 2014.
 20. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS;2015.
 21. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. 2014. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/OOOO000897ent-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf
 22. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report on Alcohol and Health. Ginebra, Suiza. 2015.
 23. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas 2017(1). Recuperado de file:///C:/Users/MI/Downloads/JWDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.
 24. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas en las Américas: Alcances de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública. 2014 Recuperado de http://WNW.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Abordaje~salud~publica_Alfonzo_OPS.pdf?ua=1
 25. Guerra, A., & García, L. Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. Centro de Información sobre Salud y

- Alcohol (CISA). 2014. Recuperado de: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-es-cap2.pdf>
26. Rodríguez, P. L. Valores Terminales e Instrumentales y Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Preparatoria (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, NL, México. 2014.
 27. Romer, D., Duckworth, A., Sznitman, S. & Park, S. Can Adolescents Learn Self-control? Delay of Gratification in the Development of Control over risk Taking. Society for Prevention Research. 2015.
 28. March, C. J., Prieto, R. M., Danet, A., Suess, A., Ruiz, R. P., & García, T. N. El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. Atención Primaria, 2014. 44(9), 527-531.
 29. Superva, P. U., Bordas, C. S., Lorente, V. M., y Orozco, A M. Relación conductual de la motivación y el auto concepto físico en el consumo de drogas de adolescentes deportistas. Retos. nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, 2018. (33), 40-45. Recuperado de <http://www.repositorio.cepal.org/bitstream/handle/s11812/5330617235411PB.pdf>
 30. Palacios, J. Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. Psicóloga Iberoamericana, 2015. 20(1), 29-39. Recuperado de <https://estadisticapsicologia.wordpress.com/2017/06/24/exploración-de-los-motivos-para-consumir-alcohol-en-adolescentes/>
 31. Guerra, A., & García, L. Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. Centro de Información sobre Salud y Alcohol (CISA). 2014. Recuperado de: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-es-cap2.pdf>
 32. Pilatti, A., Godoy, J., & Brussino, S. Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol en niños: Un path análisis prospectivo. Health and addictions, 2014. 1578-5319.
 33. Volkow ND, Ma Y, Zhu W, Fowler JS, Li J, Rao M et al. Moderate doses of alcohol disrupt the functional organization of the human brain. Psychiatry Res. 2018; 162 (3): 205-213.
 34. Ruiz CAE, Méndez DM, Prieto GB, Romano A, Caynas S, Próspero GO. El Cerebro, las drogas y los genes. Salud Ment. 2014; 33 (6): 535-542.

35. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, VillalpandoHernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2014.
36. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2014; 346: e8501.
37. Ministry of Health and Long-Term Careo. Substance Use Prevention and Harm Reduction Guideline. Recuperado de http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/protocols_guidelines/Substance_Use_Prevention_and_Harm_Reduction_Guideline_2018.pdf.
38. National Institute on Drug Abuse. Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. 2018. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>
39. National Institute on Drug Abuse. Enfoques de tratamiento para la drogadicción. NIDA, 2015.
40. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 481-503.
41. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P et al. Screening and brief intervention for prevention and early identification of alcohol use disorder in adults and young people. School of Health and Related Research (SchARR) Public Health Collaborating Center, 2014.
42. Buti M; San Miguel R; Brosa M, ET AL. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver-related morbidity, mortality and costs related to chronic hepatitis C. *J Hepatol*. 2015; 42 (5): 639-45.
43. Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas CEDRO. Junio 2005. Ed. Alfonso Zavaleta Martínez- Vargas y Ramiro Castro de la Mata. 2014.

44. Clínica DAM Madrid. Miocardiopatía alcohólica. [Online].; 2006 [cited 2016 oct 26. Available from: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000174.html>.
45. Salud y Bienestar. Los efectos del alcohol sobre la presión sanguínea. [Online]; 2014 [cited 2016 oct 26. Available from: <http://lasaludi.info/efectos-del-alcohol-sobre-la-presionsanguinea.html>.
46. Montaner J. Alcohol e insuficiencia cardiaca. [Online]; 2016 [cited 2017 oct 26. Available from: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2006/09/27/155803.php.
47. Marco J. El consumo excesivo de alcohol duplica el riesgo de arritmia. Corazón. [Online]; 2015 [cited 2016 oct 26. Available from: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/09/13/corazon/1126602089.html>.
48. Lasdrogas.com. Alcohol. [Online]; 2014 [cited 2016 oct 23. Available from: <http://lasdrogas.net/alcohol/>.
49. Arredondo Bruce A, Risco Morales O. La acción cardioprotectora del uso moderado de alcohol. Revista Médica Electrónica. 2014 mar; 36(2).
50. Texas Heart Institute. Centro de Información Cardiovascular. [Online]; 2016 [cited 2016 oct 23. Available from: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm.
51. Anatomía Humana. Conceptos Básicos del Sistema Cardiovascular. [Online]. [cited 2016 oct 26. Available from: <http://www.anatomiahumana.ucv.cl/efi/modulo24.html>.
52. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM, Albuquerque Fernández F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 23]; 27(3): [Aprox.5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300006&lng=es
53. Sarmiento Ducónger R, Carbonell García IC, Plasencia Asorey C, Ducónger Castellanos R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. MEDISAN [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Jul 23]; 15(4): [Aprox.7 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000400014&lng=es

54. Tamayo Velasco Y, Pérez Rey L, Planas Linares Y. Caracterización de pacientes alcohólicos del sector 9 Policlínico “Armando García”. 2010/2011. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual [Internet]. 2012 [citado 2018 Abril 23] [Aprox.5 p.]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper/738>
55. Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH. Patrones de consumo alcohólico en un consultorio del médico de la familia. Rev. Avanzada Científica [Internet]. 2010 [citado 2018 Mayo 12]; 9(2): [Aprox.5 p.]. Disponible en: <http://avanzada.idict.cu/index.php/avanzada/article/view/140>
56. Vargas D, Oliveira MA, Antonia Villar LM. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta paul. enferm. [Internet]. 2014 [cited 2018 April 31] ; 23(1): [About 6 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100012&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002010000100012.
57. Alpízar López M, Pérez Hoz G, García Hernández I. Previniendo el alcoholismo. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2011 Sep [citado 2017 Enero 23]; 34(3): [Aprox.7 p.].Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300012&lng=en. doi: 10.1590/S0864-34662008000300012.
58. Rocha Rodríguez MR, Adán Plata MR, Cruz Díaz AB, Luna Ramírez YC, Méndez Bernal M.Y, Muñoz Torres T.J, Nava Medina AG, Rodríguez Martínez A. Factores sociodemográficos que influyen en el consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis [Internet]. 2011[citado 25 abril 2018]; [Aprox.5 p.]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/765>
59. Ardila MF, Herrán OF. Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. Rev Méd Chile 2014; 136: 73-82.
60. Gual A, Bravo F, Lligoña A, Colom J. Treatment for Alcohol Dependence in Catalonia: Health Outcomes and Stability of Drinking Patterns over 20 Years in 850 Patients. Alcohol Alcohol 2014; 44: 409-15.

61. Fiestas F, Ponce J, Gallo C, Bustamante I, Ordonez C, Mazzotti G. Factores predictores de uso problemático de alcohol en personas atendidas en una sala de emergencia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;28(1):54-61.
62. Belló M, Puentes-Rosas E, Icaza, Medina-Mora E. El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2008 Apr [citado 2017 Abril 03]; 23(4): [About.5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000400002>.
63. Monras Arnau M. Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2010; 22 (4): 339-352
64. Alderete E, Bianchini P. Consumo de alcohol en la consulta de una sala de emergencia. *Medicina (B. Aires) [Internet]*. 2010 Feb [citado 2017 Enero 31]; 68(1): [Aprox.5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802008000100005&lng=es
65. Figueroa, Elida N. Alcoholismo: Funciones superiores. *Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy [Internet]*. 2014 [citado 2017 Abril 07];37: [Aprox.13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200012&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-8104.
66. Chang de la RM, Cañizares Pérez M. Alcohol consumption and social context. A multilevel approach. *Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]*. 2010 Ago [cited 2018 Jan 03]; 48(2): [About.8 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200002&lng=es.
67. Díaz López RC, Llerena Álvarez A. Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas. Junio 2008-junio 2009. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2010[citado: 28 enero 2018];32(4) [Aprox.5 p.]. Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol4%202010/tema08.htm>.

68. Boo-Vera D, Martínez-Torres J, Montesinos-Balboa JE. influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. RESPYN [Internet]. 2010. [citado 2018 Febrero 23];11(2): [Aprox.5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2010/spn102f.pdf>
69. Díaz Martínez A, Díaz Martínez R, Hernández-Ávila CA, Narro Robles J, Fernández Varela H, Solís Torres C. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental 2015; 31:271-282.
70. Sánchez Cortés IA, Roa Sánchez V, Gómez Alonso C, Rodríguez-Orozco Alain R. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Marzo 31]; 80(4): [Aprox.5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000400005&lng=es
71. Arrieta Vergara KM. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. Rev. salud pública [Internet]. 2009 Dec [cited 2018 Abril 03]; 11(6): [Aprox.8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600004&lng=en.
72. Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 June [citado 2018 Abril 03]; 19(spe): [Aprox.10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700015&lng=en.
73. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. Intervención Psicosocial [Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Mayo 02]; 19(3): [Aprox.11 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300006&lng=es
74. Moral M de la V, Rodríguez FJ, Ovejero A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en españoles. Salud pública Méx [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Mayo 02]; 52(5): [Aprox.9 p.].

Disponible

en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000500008&lng=es.

75. Jiménez Chafey MI, Serra Taylor JA, Villafañe Santiago AA, Jiménez Pastrana W. Hijos adultos de madres/padres alcohólicos y factores de riesgo psicológicos en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación* 2011; 11: 1-20.
76. Cid-Monckton P, Pedrão Luiz J. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 June [citado 2018 May 02]; 19(spe): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700011&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700011>.
77. Irruarrizaga I. Evidencias científicas en el estudio y tratamiento de las conductas adictivas en la Revista de Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida. *Intervención Psicosocial*. 2010; 18:193-198.
78. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública Mex* 2014; 49:3-10.
79. Fernández Núñez D, Vargas Borroto I, Estrada Castillo Z, Besú Guevara B, Milanés Andrés R. Alcoholismo en la tercera edad. *Consultorio Médico de la Familia* 18. 2011. Níquero. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud Versión Virtual [Internet.]. 2012: [citado 2018 Abril 23]: [Aprox.5 p.]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper/675>
80. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM. Repercusión social y análisis bioético del alcoholismo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 23]; 27(3): [Aprox.15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300002&lng=es.

81. Molina Hechavarría V, Fernández Ferrer RA, Arrate Negret MM, Linares Despaigne M. Evaluación nutricional en pacientes con dependencia alcohólica Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2010 [citado 2018 Marzo 23]; 7(1): [Aprox.5 p.]. Disponible en: www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph04110.html.
82. Canciano Chirino E, Cruz Suárez D, Pérez Rodríguez JU. Demencia en alcohólicos, comportamiento clínico – epidemiológico – imagenológico en un centro comunitario de salud mental. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. [Internet]. 2009 [citado 2018 Mayo 30]; 6(2): [Aprox.7 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0209/hph04209.html>.
83. Martínez Leiva A, Castillo Rojas L, Guevara Sanabria M, Gutiérrez Villa N, Perdomo Gómez A. Caracterización socio-psicológica de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio Morón. MEDICIEGO [Internet]. 2010 [citado 2018 Marzo 23]; 16(Supl. 1) [Aprox.5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t5.pdf
84. Castañeda González H, Álvarez Acosta AE, Oramas Hernández L. Alcoholismo: criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlínico RAMPA. Rev haban cienc méd [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Mayo 23]; 7(2): [Aprox.5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200012&lng=es
85. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med. 2014;39(6):590-604.
86. Hernández Sampieri R, Fernández Baptista P. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill/Interamericana.
87. Herrera Paredes JM, Ventura Carla AA. Consumo de álcool e violência doméstica contra a mulher: estudo com estudantes universitárias mexicanas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 June [cited 2018 Jan 23]; 18(spe): [About 7 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700011&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692010000700011

88. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2014;66(3):260-6.

ANEXOS

Anexo I

CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation* = Evaluación General del Alcoholismo Crónico).

Estimado paciente se realiza una investigación para caracterizar el índice de alcoholismo en Ceballos. A continuación, se les muestra una serie de preguntas las cuales deben responder con sinceridad. La misma es de carácter anónimo. Gracias por su colaboración.

Marque con una X en la que Ud. se vea identificado.

- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?
Si_____ No_____ A veces_____
- ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
Si_____ No_____ A veces_____
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?
Si_____ No_____ A veces_____
- ¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?
Si_____ No_____ A veces_____

Número de respuestas positivas

- Consumo social o bebedor social de 0 a 1
- Consumo de riesgo 2
- Consumo perjudicial 3
- Dependencia alcohólica 4

Anexo II.

Consentimiento informado

Yo (nombre y apellido del paciente) _____estoy dispuesto a participar en la investigación una vez que se me ha explicado el objetivo que persigue y los beneficios que reportaran los resultados de la investigación para la adopción de medidas que conduzcan a la disminución de este padecimiento en el municipio.

Se me ha informado que toda la información tendrá carácter anónimo y que solo se utilizará con fines investigativo.

El autor me explicó que tengo la posibilidad de retirarme de la misma sin que se convierta esto en medida represiva para mi persona.

Declaro que he recibido y entendido la información que se me ha ofrecido acerca de la investigación y sus objetivos.

Como constancia de que estoy dispuesto a participar en la investigación firmo este documento a los _____ días del mes de _____del año _____.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Anexo III

Planilla de vaciamiento

Objetivo: Constatar cuales son los elementos psicosociales y de morbilidad de los pacientes alcohólicos pertenecientes al área de salud de Ceballos.

1- Edad.

____ De 20 a 29 años

____ De 30 a 39 años

____ De 40 a 49 años

____ De 50 a 59 años

____ 60 o más años.

2- Sexo: Masculino _____ Femenino _____

3- Escolaridad

____ Primaria Secundaria _____ Preuniversitario Universitario _____

4- Ocupación.

Desvinculados _____ Obreros _____ Jubilados _____ Profesionales _____

Amas de casa _____

5- Estado Civil.

Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

6 -Funcionamiento Familiar

Funcional _____ Disfuncional _____

7- Consecuencias orgánicas que provoca el alcoholismo.

Gastritis _____ Hipertensión arterial _____. Úlcera gastroduodenal _____

Desnutrición _____ Neuropatía _____ Cirrosis hepática _____

Insomnio. _____

8- Consecuencias psicosociales que provoca el alcoholismo

Conflictos familiares. _____ Problemas con la pareja. _____ Accidentes del tránsito _____ Problemas laborales _____ Conducta suicida _____

Trastornos del estado del ánimo _____ Hechos delictivos _____

Anexo IV.

Escala de Likert de Hernández y Baptista para medir el comportamiento del paciente.

Objetivo: medir el comportamiento que tienen los pacientes.

Escala de Likert.

Estimado paciente se realiza una investigación para caracterizar el índice de alcoholismo en Ceballos. A continuación, se les muestra una serie de preguntas las cuales deben responder con sinceridad. La misma es de carácter anónimo. Gracias por su colaboración.

Marque con una X en la que Ud se vea identificado.

1. Acepto la responsabilidad que tengo en los conflictos familiares que ocurren en mi hogar.

1 Siempre	4 La mayoría de las veces no
2 La mayoría de las veces si	5 Nunca
3 Algunas veces sí y algunas veces no	

2. ¿Con que frecuencia tiene ud presenta problemas con la pareja?

1 Siempre	4 La mayoría de las veces no
2 La mayoría de las veces si	5 Nunca
3 Algunas veces sí y algunas veces no	

3. ¿En algún momento de su vida laboral ha presentado problemas?

5 Siempre	2 La mayoría de las veces no
4 La mayoría de las veces si	1 Nunca
3 Algunas veces sí y algunas veces no	

4. ¿Ha manifestado ud en algún momento una conducta suicida?

5 Siempre	2 La mayoría de las veces no
4 La mayoría de las veces si	1 Nunca
3 Algunas veces sí y algunas veces no	

5. ¿Acepta ud que ha tenido trastornos del estado del ánimo?

1 Siempre	4 La mayoría de las veces no
2 La mayoría de las veces si	5 Nunca
3 Algunas veces sí y algunas veces no	

6. ¿Ha cometido hechos delictivos?

5 Siempre	2 La mayoría de las veces no
4 La mayoría de las veces si	1 Nunca