

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa sobre dependencia del alcohol en adultos mayores del consultorio 13 del Policlínico Belkis Sotomayor.

Autora: Dra.Elaine Murgas López.

Ciego de Ávila  
2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa sobre dependencia del alcohol en adultos mayores del consultorio 13 del Policlínico Belkis Sotomayor.

Autora: Dra: Elaine Murgas López.

Aspirante a Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Ana Isis Ocaña Leal

Especialista de 1er grado en Psiquiatría.

Profesora auxiliar

Tesis para optar por el título de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2019

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio cuasi experimental para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la dependencia del alcohol en adultos mayores pertenecientes a un consultorio del área de salud Policlínico Belkis Sotomayor ; en el periodo comprendido entre abril de 2018 a julio de 2019. El universo de estudio estuvo constituido por un total de 95 adultos mayores, y la muestra quedó conformada por 45 con edades superiores a los 60 años. Para el análisis de los datos se empleó la prueba de McNemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimiento final sobre la dependencia del alcohol.

**Palabras clave:** intervención educativa, dependencia del alcohol, nivel de conocimiento.

## ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Material y Método.....	17
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	25
▪ Conclusiones.....	32
▪ Recomendaciones.....	33
▪ Referencias bibliográficas	
▪ Anexos	

## **PENSAMIENTO**

Pero en el futuro las perspectivas hay que buscarlas más en lo preventivo, en eliminar factores que reducen las posibilidades de vida.

Fidel Castro Ruz.

## **DEDICATORIA**

A mi madre por haberme guiado por los mejores caminos, transmitiéndome confianza, amor y seguridad.

A mi esposo por su amor y apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A mi niña por ser mi estrella inspiradora.

A mi tutora con todo el amor del mundo.

A la Revolución por el apoyo y confianza depositada en nosotros, médicos generales integrales.

## **AGRADECIMIENTOS**

La acción de agradecer es tan grande como la de crear, ésta actúa sobre los hombres como enzima que estimula el noble afán de dar sin intención de recibir.

Es por ello que dirijo mis más profundos agradecimientos a todos aquellos que de una forma u otra hicieron posible la realización de éste trabajo:

A mi tutora y asesores por el apoyo y la dedicación durante la realización del mismo.

A los profesores de la especialidad por sus sabias orientaciones.

A todos mis compañeros por su ayuda.

A todos, muchas gracias.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, como otras toxicomanías ha adquirido tal magnitud en la actualidad, que se ha convertido en un problema de salud prioritario tanto para el individuo como para la sociedad.<sup>1</sup>

El enfoque de esta enfermedad de amplias dimensiones sociales exige su tratamiento integral desde el control y la producción del alcohol, así como la prevención de la dependencia del alcohol, asistencia y rehabilitación del paciente dependiente del alcohol con su consecuente reinserción social.<sup>1</sup>

El alcohol, del árabe *alkuhi* (esencia o espíritu), es la droga más consumida en el mundo. Su uso en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad y la ingestión inicial, vinculada con actividades religiosas, dio paso a su consumo colectivo.<sup>2</sup>

Desde épocas muy remotas el alcohol estuvo muy vinculado a las celebraciones religiosas, aspectos que se reflejan en la Biblia. La palabra alcohol proviene del vocablo árabe *alkuhe* que significa esencia. En Arabia 800 años a.n.e. fue descubierto el proceso de destilación, y 400 años más tarde ya Hipócrates habló de la locura alcohólica.<sup>2</sup>

Ya desde el siglo XIX se consideraba al alcoholismo una enfermedad y en 1819 BrulhCramer le denomina dipsomanía, también fue llamada monomanía de la embriaguez. Según Ananka Cortina este fue el primer esfuerzo científico por liberar al paciente de las ancestrales concepciones que lo valoraban como un delincuente, perverso o débil moral.<sup>2</sup>

El hombre primitivo identificaba el alcohol con el fervor religioso. La intoxicación ampliaba los límites de su realidad, le daba un sentimiento de poder, creaba sensaciones de éxtasis y le facilitaba la conversación con los dioses. Los indios de Centro y Sudamérica obtenían el alcohol a partir del maíz. Los griegos y romanos de la antigüedad proporcionaban grandes libaciones en sus fiestas, mientras los dioses

grecolatinos, según la mitología, decidían la vida de los mortales en las copas de un licor supuestamente afrodisíaco. Los cultos africanos que se practican en Cuba incluyen el aguardiente entre las ofrendas a sus Orishas.<sup>2</sup>

Desde el surgimiento del alcohol, los hombres se dividieron en 2 grandes grupos fácilmente identificables: los que lo beben y los que no lo beben. En nuestros días cada grupo representa aproximadamente la mitad de la población mundial, aunque en la actualidad en muchos países se acepta que la proporción de personas que toman es mayor, considerándose que el 70 % de la población mundial lo realiza, y que este fenómeno no se comporta igual en todos los países, ya que algunas culturas como las musulmanas no ingiera bebidas alcohólicas.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en forma limitada e indispensable para el metabolismo adecuado de las grasas.<sup>3</sup>

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 llevaría posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos.<sup>2</sup>

El alcohol tiene la condición de antienergético, 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 7cal, estas no son capaces de producir energía ni de

almacenarse para uso posterior, se utiliza por las células para su metabolismo basal.<sup>2,3</sup>

Con el término síndrome de dependencia del alcohol se ha descrito al trastorno crónico de la conducta, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol, de manera repetida, continua o periódica respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, para experimentar efectos psíquicos, los cuales acaban interfiriendo en la salud y las funciones socioeconómicas del bebedor.<sup>2</sup>

En consideración con la citación anterior sabemos que el alcohol es la droga más antigua conocida y más consumida en la actualidad por lo que su consumo excesivo tiene repercusiones en todos los ámbitos de la sociedad, tanto a nivel individual como en la comunidad.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista económico los problemas relacionados con el alcohol le cuestan a la sociedad aproximadamente 100 billones de dólares por año. El costo en vidas es incalculable, sin dejar de mencionar como afecta además la calidad de estas.<sup>5</sup>

El diagnóstico de la dependencia del alcohol y las complicaciones que ocasiona en los adultos mayores probablemente adquiera una importancia creciente, dado que este grupo etario es el segmento poblacional que aumenta con mayor celeridad en los países avanzados, el cual se presupone alcanzaría 20 % del total en el año 2030.<sup>6</sup>

La prevalencia del abuso y dependencia del alcohol en mayores de 60 años varía entre 1 y el 3 % de la población general, entre el 5 y el 10 % de los pacientes de atención primaria, entre el 7 y 22 % de los pacientes internados y del 10 al 15 % de las consultas de adultos mayores en servicios de emergencias en el mundo.<sup>3,6</sup>

La dependencia del alcohol constituye en los momentos actuales una de las principales tragedias que enfrenta el mundo, debido a que un tercio de la población mundial padece sus consecuencias negativas<sup>7,8</sup>

Algunos autores consideran que el consumo de bebidas debe ser controlado mediante la enseñanza de procedimientos que puedan medir la cantidad de alcohol ingerido, estos aspectos se tomaron en cuenta en Ciego de Ávila al aplicar estrategias educativas cuyos resultados fueron expuestos en el Taller Nacional de Prevención del Consumo Indebido de Alcohol en Ciudad de La Habana.<sup>9-11</sup>

El consumo inadecuado de bebidas alcohólicas es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al uso nocivo del alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El alcohol se cobra también importantes costos a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo y consultas a los servicios de salud.<sup>1, 14</sup>

Es por ello que la OMS ha implementado la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol que representa un compromiso colectivo de los estados miembros de dicha organización para aplicar medidas encaminadas a reducir la carga mundial de morbilidad causada por el consumo de bebidas alcohólicas, y con ello mejorar el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

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 70 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 30 y 65 años.<sup>12</sup>

Según los resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, la proporción de hombres que bebe alcohol es superior a la proporción en la mujer. Asimismo la citada encuesta señala que, el consumo de alcohol es más común en el área urbana, tanto entre las mujeres como entre los hombres.<sup>10, 12</sup>

En las mujeres, el consumo de alcohol es más común en la capital (23%), mientras que en los hombres, el porcentaje de consumo de alcohol más elevado se identifica en el centro del país, con un porcentaje del 53%.<sup>1</sup>

Por su parte el Anuario Estadístico de Salud reportó en 2016, 505 defunciones por trastornos mentales debidos al uso del alcohol, para una tasa de 4,5 por 100 mil habitantes.<sup>13</sup>

En nuestro país según encuestas oficiales el consumo regular de riesgo ( $\geq 2$  tragos día para hombres y  $\geq 1$  trago día para mujeres) en mayores de 60 años sería de 11.6%. Se estima que cerca del 50% de los adultos mayores consumen bebidas alcohólicas.<sup>14</sup>

Ciego de Ávila no queda exento de esta situación encontrándose estadísticamente un 25 % de la población de adultos mayores con consumos de riesgos alcohol .En el Policlínico Belkis objeto del estudio aproximadamente el 12% de la población de pacientes mayores de 60 años presentan tipos de consumos perjudiciales para este grupo etario tan vulnerable .<sup>10,18</sup>

Problema:

Justificación: El alcoholismo en la tercera edad es un fenómeno que va en aumento, debido a que generalmente realizan el consumo de forma oculta, por ser un problema en el área de salud objeto de estudio se decide realizar una intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los daños que produce la ingestión de esta sustancia a nivel del individuo, la familia y la comunidad.

Problema de Investigación. ¿Será posible elevar el nivel de conocimiento sobre la dependencia del alcohol en adultos mayores que permita evitar los efectos nocivos o agravantes que este produce?

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el consumo de alcohol en un grupo de adultos mayores del Policlínico Belkis Sotomayor.

### Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los adultos mayores según algunas variables socio demográficas
2. Determinar el nivel de conocimiento de adultos mayores sobre la dependencia del alcohol.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en los adultos mayores.
4. .Evaluar efectividad de la intervención educativa.

## MARCO TEÓRICO

El consumo de bebidas alcohólicas se remonta a los orígenes mismo de la historia del hombre. Es utilizado en ceremonias religiosas, celebraciones sociales y forma parte de la vida diaria en un porcentaje altísimo de la población, afortunadamente en la mayoría de ellas dentro de patrones de consumo leves o moderados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene catalogada a la enfermedad alcohólica como un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas., una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio - cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que pueden sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales.<sup>14</sup> Definición que armoniza con las aportadas por otras instituciones de salud o el concepto como enfermedad, que está marcado por la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible.

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado (alcoholismo beta en la tipología de Jellinek). Más adelante, Jellinek y otros autores emplearon el término para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). Jellinek subdividió el alcoholismo así definido en una serie de “especies” designadas con letras griegas. Pese a su significado ambiguo, el término todavía se utiliza de forma generalizada con fines diagnósticos y descriptivos.<sup>1,14</sup>

La imprecisión del término hizo que un Comité de Experto de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia del alcohol.

En 1990 la American Society of Addiction Medicine definió el alcoholismo como una “enfermedad crónica primaria en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad suele ser progresiva y fatal. Se caracteriza por los siguientes rasgos, que pueden ser continuos o periódicos: deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo, negación.” Otras clasificaciones han dividido el alcoholismo en varios tipos, algunos de ellos considerados enfermedades otros no.<sup>4, 14</sup>

También se refiere a un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol en que el planteamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.<sup>14</sup>

La dependencia del alcohol generalmente se caracteriza por la necesidad imperiosa de beber alcohol y la incapacidad para limitar la cantidad dejar de beber una vez que comenzó a hacerlo. Esto se conoce como tolerancia alcohólica y tiene un rol en una persona que se convierte en adicta al alcohol.

Otros síntomas de la dependencia del alcohol incluyen: negar otros intereses en favor de actividades que implican beber alcohol, pasar más tiempo que antes bebiendo y recuperándose de los efectos del alcohol, beber antes del mediodía, ansiedad o irritabilidad, sentir que no puede dejar de beber a pesar de los signos que le indican que está dañando su salud psicológica o física, sus relaciones personales o su trabajo.<sup>19</sup>

Otro signo de que depende del alcohol es si sufre de síntomas físicos de abstinencia cuando deja de beber. Puede sentir la necesidad de beber para evitar o aliviar esos síntomas. Los síntomas de abstinencia incluyen: Temblores, malestar o sensación de

malestar temprano en la mañana sudoración excesiva, dificultad para dormir, sensación de que el corazón late rápido, ansiedad o irritabilidad.

Complicaciones de la dependencia del alcohol: enfermedad hepática (como hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica o cirrosis alcohólica), presión arterial alta y otros problemas cardíacos (como daño en el músculo cardíaco, cardiopatía y accidente cerebrovascular), cáncer (por ejemplo, cáncer de hígado, estómago, intestino, recto, pulmón, páncreas y mamas), pérdida de la memoria, depresión, sentimientos suicidas, problemas con la vida sexual, demencia alcohólica, pancreatitis.<sup>20</sup>

Otra posible complicación es el delirium tremens, que puede ocurrir con la abstinencia del alcohol. Esto causa síntomas tales como temblores, sudoración, diarrea y convulsiones. También puede causar ansiedad, confusión, paranoia y alucinaciones (donde ve y/o escucha cosas que no existen). El delirium tremens requiere atención médica urgente ya que puede poner en riesgo la vida.<sup>19</sup>

De todas las adicciones conocidas el consumo de alcohol es la que afecta al mayor número de personas en todas las edades, tiene un amplio arraigo social, es fácil de conseguir y su uso genera escasa percepción de riesgo, sin embargo tiene importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas.<sup>19</sup>

La problemática de las adicciones y el consumo de alcohol ha sido poco jerarquizada, su patrón de consumo y sus consecuencias cambian a medida que se envejece, elemento a destacar para los futuros estudios en la población mayor de las próximas generaciones de ancianos. Esta difiere respecto a los jóvenes por causas biológicas, patrones de consumo, uso de medicación concomitante y enfermedades crónicas.<sup>17, 19, 20</sup>

Los patrones de consumo suelen mantenerse estables en el tiempo pero existe un substancial número de adultos que incrementan o comienzan a tomar en edades avanzadas. Afortunadamente no todos son efectos nocivos, múltiples trabajos documentan efectos beneficiosos del consumo moderado en el aparato cardiovascular y en el área cognitiva.<sup>17</sup>

En lo referente al efecto del consumo en el anciano se analiza como los cambios biológicos alteran el efecto del alcohol y su interacción con drogas y enfermedades preexistentes.<sup>17</sup>

La detección de los problemas relacionados al consumo de alcohol, en los ancianos, puede manifestarse por problemas clínicos y/o psicosociales como puede ser hepatopatía, demencia, neuropatía periférica, insomnio, depresión, disminución o pérdida del deseo sexual, convulsiones, síndrome confusional agudo, gastritis, desnutrición, incontinencia, diarrea, miopatía, hiponatremia, insuficiencia cardíaca, anemia macrocítica, hipertensión arterial, caídas, fracturas, descuido del aseo personal, efectos adversos con los medicamentos, trastornos de la vida familiar, rechazo social, aislamiento y globalmente mayor vulnerabilidad.<sup>20</sup>

Las interacciones entre los medicamentos y el alcohol, una manifestación recurrente en la población anciana, radica en que entre el 60% a 80% de la población mayor de 60 años recibe medicamentos que interactúan con el alcohol y aproximadamente el 50% consume alcohol. Estos son potencialmente peligrosos, agravado por los frecuentes cambios en la composición corporal (disminución del agua y aumento proporcional de la grasa) con afectación de la distribución y metabolismo, mayor sensibilidad cerebral a sus efectos, menor capacidad homeostática y enfermedades crónicas que pueden empeorar por el consumo concomitante de alcohol.<sup>21</sup>

En los ancianos estas interacciones pueden ocurrir aún en aquellos que consumen poca cantidad. Muchos medicamentos, como los recetados, los que se venden sin receta médica o los remedios herbales, pueden ser peligrosos y hasta mortales cuando se mezclan con alcohol.<sup>9, 17</sup>

Vemos en el consumo de alcohol en los adultos mayores un tema complejo, con un abanico de patrones de consumo que va de un consumo moderado, de poco o nulo riesgo o aún beneficioso al consumo de riesgo o dependencia, que en la población anciana suele ser bajo. Los valores elevados de consumo son particularmente

peligrosos en personas ancianas debido a la menor tolerancia a sus efectos adversos.<sup>22</sup>

Se ha observado en estos estudios que el consumo excesivo de alcohol se asocia con frecuencia con determinados factores como el sexo masculino, la pérdida de apoyo social, las enfermedades médicas, los trastornos psiquiátricos, fundamentalmente ansiedad y depresión e insomnio. Con respecto a la edad, se ha observado que aunque el consumo de alcohol disminuye con la edad, hay un segundo pico de prevalencia entre los 60 y los 74 años.<sup>23</sup>

Sin embargo, la manera en que el cuerpo maneja el alcohol puede cambiar con la edad. En las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman, y aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas, fracturas y accidentes de automóvil.<sup>8, 19, 25, 26</sup>

Con frecuencia los afectados por alcoholismo de inicio tardío, comienzan a beber en respuesta a un hecho o pérdida traumáticos como el divorcio, fallecimiento del cónyuge, enfermedad grave o jubilación, aunque a veces, el problema del uso de alcohol en las personas mayores se confunde erróneamente con otras condiciones relacionadas al envejecimiento. En tanto que los grupos de inicio temprano y tardío parecen responder en forma similar al tratamiento, los últimos tienden a suspender la bebida más a menudo que los primeros.<sup>8, 17</sup>

El equipo de salud vinculado a los adultos mayores tanto en su entorno directo como indirecto, debe saber reconocer el alcoholismo en los pacientes añosos, que muchas veces lo mantienen oculto simulando otras patologías, y negando su dependencia. También debe diferenciar una intoxicación aguda de una crónica, derivar a los especialistas, descartar otras patologías orgánica o comorbilidades asociadas al alcoholismo. La contención de estos pacientes es multidisciplinaria interviniendo desde todos los ámbitos que rodean al adulto mayor.<sup>19, 23, 24</sup>

Después de haber logrado dejar de beber, es común volver a comenzar (tener una recaída). Existen varias formas en que puede planificar de antemano y minimizar los

riesgos de que le ocurra esto. Es importante recordar que el tratamiento para la dependencia del alcohol es un proceso continuo. Es más probable que tenga éxito en dejar de beber si recibe ayuda y apoyo de familiares y amigos, grupos de apoyo de ayuda mutua, su médico de cabecera o un consejero.

Hay medicamentos que su médico puede recetarle para ayudar a prevenir el deseo de beber alcohol (como calcio acamprosato) u otros medicamentos (como disulfiram), que ayudan a disuadirlo de la necesidad de beber al darle síntomas desagradables como vómitos o dolor de cabeza si bebe alcohol.<sup>16</sup>

La OMS adopta una estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol a través de políticas de salud pública, basado en su comienzo a edades juveniles y su vínculo con trastornos cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de cáncer, lo que provoca la muerte de 2,3 millones de personas cada año, de las que 320 000 son jóvenes de 15 a 29 años, el vínculo entre la ingesta de alcohol y el riesgo de padecer el SIDA y la tuberculosis, también el consumo de alcohol es responsable de la mayoría de los accidentes del tránsito, la violencia y el suicidio.<sup>23,24</sup>

La acción preventiva actúa sobre la base de las políticas de cada país y ministerio de salud. Por ello se orienta a incentivar procesos culturales e interpersonales propicios al afianzamiento de actitudes, valores y estrategias comunicativas que favorezcan la neutralización de los factores de riesgo y la aparición de factores protectores, recurriendo para ello a metodologías que apoyan el incremento del protagonismo social, el desarrollo personal y grupal, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia.

En todos los niveles de la prevención juegan un papel importante la acción educativa relacionada con el enriquecimiento y desarrollo del medio familiar y social, objetivos solo cumplidos sobre la base de una sólida relación familia –comunidad, de ahí que se le otorga en la investigación significación al funcionamiento familiar y a la escala de evaluación geriátrica funcional.

Se define la intervención educativa como:

Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general.<sup>28</sup>

Objetivos de la intervención

La intervención psico-educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.<sup>29</sup>

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.<sup>29</sup>

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco

comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.<sup>28, 29</sup>

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización. El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.<sup>30</sup>

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.

Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.<sup>28-30</sup>

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan.<sup>24-25</sup>

### Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

Entre profesionales y para profesional.

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.<sup>10</sup>

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo.<sup>27, 28</sup>

Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).

Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera).

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario.<sup>29-32</sup>

#### Carácter científico de la intervención

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios.<sup>28-30</sup>

#### Hipótesis de investigación:

Una intervención educativa, permite elevar el nivel de conocimiento sobre la dependencia del alcohol en adultos mayores pertenecientes al consultorio 13 del área de salud Policlínico Belkis Sotomayor.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio cuasi experimental del tipo antes y después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la dependencia del alcohol en adultos mayores pertenecientes al consultorio<sup>13</sup> del área de salud Policlínico Belkis Sotomayor en el periodo comprendido entre abril 2018 a junio 2019.

### Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por un total de 95 adultos mayores, con edades superiores a los 60 años perteneciente al un consultorio del área de salud Policlínico Belkis Sotomayor. La muestra fue conformada por 45 adultos mayores por cumplir con los criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión

1 Adultos mayores de ambos sexos que dieron su disposición a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (anexo 1).

### Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adultos mayores que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

### Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

El diagnóstico de la dependencia del alcohol en esta intervención se realizó a partir del Cuestionario CAGE, un instrumento de alta fidelidad, creado por expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría que clasifica el tipo de consumo en social , de riesgo ,perjudicial y dependencia alcohólica .

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas Cut down, Annoyed, Guilty, Early-morning<sup>31</sup> (CAGE)(ver anexo II) inicialmente, aplicándose después la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimiento relacionado con el consumo dañino de alcohol en la muestra de estudio; posteriormente se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

#### Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicado antes y después; creado por la autora y aprobada por el tutor.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, realizándose después la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimiento relacionado con el consumo dañino de alcohol en la muestra de estudio; posteriormente se aplicó en un segundo momento la encuesta, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa, constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: los conocimientos sobre el riesgo de padecer de dependencia al alcohol fueron identificados utilizando un cuestionario, y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo de 45 adultos mayores. La intervención se planificó para impartirla en un período de 3 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas educativas y técnicas participativas con una duración de 50 minutos.

Etapa evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa debido a que la evaluación del aprendizaje es

una parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje que posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que el auditorio adquiere en el transcurso de la estrategia, al comprobar el grado con que se alcanzan los objetivos propuestos.

Métodos del nivel teórico:

Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud del Policlínico Belkis Sotomayor, y cómo se ha comportado el desarrollo del consumo dañino de alcohol en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

Analítico-Sintético: Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan el desconocimiento sobre la dependencia al alcohol.

Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a capacitar a los adultos mayores en el área de salud del Policlínico Belkis Sotomayor, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Se procesaron estadísticamente los datos buscando generalizar la información que describió cada uno de los encuestados.

Análisis estadístico:

Medidas de resumen porcentaje en el análisis descriptivo

La prueba de Mc Nemar para muestras relacionadas. Se prefijó el valor del nivel de significación en  $\alpha = 0,05$  y se realizó el procesamiento estadístico de la información haciendo uso del software SPSS (Versión 21.0).

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicó la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial era igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasificó el conocimiento de las personas de las seis variables en estudio, es decir satisfactorio (1) e insatisfactorio (0). Esto facilitó la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Esto conllevó al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: Intervención no efectiva.

H1: Intervención efectiva.

Esta prueba permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS pudimos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad  $p$ . En caso de que  $p \leq 0.05$  entonces existe significación y rechaza la hipótesis Ho.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización	Indicador
----------	------	--------------------	-----------

		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	60-65 66-70 71-75 76-màs	Según edad biológica de pertenencia
			Porcentaje según categorías.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico
			Porcentaje según categorías
Color de piel	Cualitativa nominal dicotómica	Blanca Negra	Según color de piel biológica
			Porcentaje según categorías
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria no terminada Primaria terminada Secundaria no terminada Secundaria terminada Universidad no terminada Universidad terminada	Según último grado vencido
			Porcentaje según categorías
Ocupación	Cualitativa ordinal	Jubilado Sin vinculo laboral Trabajador	Según ocupación
			Cuestionario

Antecedentes patológicos personales de dependencia del alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según antecedentes personales.	Cuestionario
Antecedentes patológicos familiares de dependencia del alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según antecedentes familiares	Cuestionario
Estado Civil	Cualitativa nominal dicotómica	Soltero Casado Viudo	Según estado civil	Cuestionario
Funcionamiento Familiar	Cualitativa nominal politómica	Funcional Disfuncional	Según funcionamiento familiar	Cuestionario
Según escala geriátrica de evaluación funcional	Cualitativa nominal politómica	Frágil No frágil	Según escala de evaluación geriátrica	Porcentaje según categorías
Nivel de conocimiento acerca de la prevención de la dependencia del alcohol	Cualitativa nominal politómica	Satisfactorio una respuesta correcta Insatisfactorio dos o más respuestas	Expresa la muestra según la prevención	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de	Cualitativa	Satisfactorio	Expresa la	

conocimiento acerca de los síntomas y signos de la dependencia del alcohol	a nominal politomica	cuatro o más respuestas correctas.	Insatisfactorio menos de cuatro respuestas correctas	muestra según signos y síntomas de la enfermedad	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento acerca de las complicaciones de la dependencia del alcohol	Cualitativ a nominal politomica	Satisfactorio cinco o más respuestas correctas.	Insatisfactorio menos de tres respuestas correctas	Expresa la muestra según complicaciones de la dependencia del alcohol	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento acerca de las causas de la dependencia del alcohol	Cualitativ a nominal politomica	Satisfactorio una respuesta o más correctas.	Insatisfactorio no dar ninguna respuesta.	Expresa la muestra según causas de la dependencia del alcohol	Satisfactorio Insatisfactorio

#### Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba Mc Nemar para muestras relacionadas con la finalidad de hallar las diferencias significativas entre el nivel de conocimiento, antes y después de la aplicación del programa educativo.

#### Aspectos éticos

Se pidió a todos los encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, el sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

TITULO: Intervención Educativa sobre dependencia del alcohol en adultos mayores pertenecientes al área de salud Policlínico Belkis Sotomayor.

Tabla 1. Grupos de edades de los adultos mayores

Edades	Sexo		No	%
	Masculino	Femenino		
60 a 65	26	3	29	64.6
66 a 70	11	1	12	26.6
71 a 75	3	0	3	6.6
75 o más	1	0	1	2.2
Total	41	4	45	100

Fuente Historia Clínica Individual

En la siguiente tabla 1, se observa la distribución de la población según grupos de edades donde existe un predominio de personas comprendidas en las edades de 60 a 65 años constituyendo el 64.6 %, predominando el sexo masculino sobre el femenino representando el 91.1 % por solo un 8.9 % de este último.

Resultados similares a esta investigación fueron publicados por diferentes autores por estrategias realizadas para el manejo de los trastornos por consumo de alcohol, donde el 90 % de los afectados fueron hombres adultos mayores, la mitad de ellos lo consumirían en forma habitual y presentarían problemas de dependencia entre el 2 y el 9% y el consumo sería mayor en los hombres.<sup>21, 24</sup>

En América Latina países como Puerto Rico, Argentina, Chile se determinó que 59% de los hombres y 36% de las mujeres habían consumido alcohol en el último año, cifras que para el sexo masculino se mantenían bastante estables en los diferentes

grupos de edades; a la par, disminuyó la edad de comienzo, a lo que se suman las mujeres.<sup>15, 25, 34</sup>

Tabla 2. Tipos de consumo de la población de adultos mayores.

Tipos de consumo	No.	%
Consumo social	13	28.8
Consumo de riesgo	19	42.2
Consumo perjudicial	5	11.1
Dependencia alcohólica	8	17.9
Total	45	100

Fuente: cuestionario

La tabla 2 muestra los tipos de consumo observándose que 45 del total de adultos mayores en estudio 13 resultaron consumidores sociales representando el 28.8 %,19 presentaron un consumo de riesgo constituyendo el 42.2%, con un consumo perjudicial resultaron 5 para un 11.1% del total y 8 de ellos presentaron dependencia al alcohol para corresponder a un 17.9 %.

En estudios realizados por los doctores Montanet, Martínez, Castañeda y otros reflejan resultados similares con el estudio realizado, donde el consumo social fue el más frecuente según el resultado del cuestionario CAGE: 120 (45,9)<sup>31, 33, 34, 35</sup>

Tabla 3. Causas más frecuentes de la dependencia del alcohol.

Nivel de conocimiento	Causas más frecuentes de la dependencia del alcohol			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	13	28.9	39	86.7
Insatisfactorio	32	71.1	6	13.3
Total	45	100,0	45	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar  $p=0,000$

La tabla 3 muestra el nivel de conocimiento satisfactorio o insatisfactorio sobre el consumo dañino de alcohol de los participantes en el estudio, evaluado antes y después de realizar las actividades de capacitación.

Se puede observar que antes de la intervención solo un 28.9% del total, presentaban un nivel de conocimiento calificado como satisfactorio y el 71.1%, fueron evaluados con conocimiento insuficiente sobre la materia en cuestión.

Al terminar las actividades educativas con el grupo, la cifra final de personas con nivel de conocimientos adecuado, se elevó a 86.7% mientras que el 13.3% de ellos permanecían con deficiencias en el dominio de la pregunta elaborada y evaluada.

Autores nacionales en relación con las causas más frecuentes de la dependencia del alcohol muestran diversos resultados. Moyano<sup>36</sup> en su investigación Abuso y dependencia del alcohol, de 65 adultos mayores el 87, 2 % representado el 47 ancianos, alcanzaron el conocimiento de causas más frecuentes del alcoholismo coincide con nuestra investigación. <sup>37-39,</sup>

Tabla 4 Síntomas y signos más frecuentes.

Nivel de conocimiento	Síntomas y signos más frecuentes			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	12	26.7	38	84.4
Insatisfactorio	33	73.3	7	15.6
Total	45	100,0	45	100,0

McNemar  $p=0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según la evaluación de conocimiento sobre síntomas más frecuentes, en respuestas antes y después de la intervención realizada.

Se pudo observar que antes de la actividad educativa, el 26.7% respondieron la pregunta de referencia de forma satisfactoria, mientras que el 73.3%, indicaban las respuestas insatisfactorias en la encuesta.

Al concluir el programa capacitante, la cifra de personas con dominio de la temática evaluada se elevó a un 84.4%, quedando solo el 15.6% con nivel inadecuado de conocimiento según validación de la encuesta aplicada. Se demostró el cambio en la competencia de estos adultos mayores con riesgo de alcoholismo.<sup>40-43</sup>

Tabla 5. Complicaciones de la dependencia del alcohol en el adulto mayor.

Nivel de conocimiento	Complicaciones de la dependencia del alcohol			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	7	15.6	38	84.4
Insatisfactorio	38	84.4	7	15.6
Total	45	100,0	45	100,0

Mc Nemar p=0,000

La tabla 5 muestra la distribución de participantes antes y después de la intervención educativa realizada, con respecto al nivel de conocimiento mostrado sobre complicaciones de la dependencia del alcohol.

Se pudo observar que el 15.6% de los adultos mayores pudieron identificar de forma satisfactoria las complicaciones del consumo excesivo de alcohol en la encuesta inicial realizada mientras que el 84.4% no eran capaces de demostrar conocimiento adecuado sobre el tema.

Al terminar las actividades con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el tema el 84.4% presentaron dominio sobre la temática cuestionada y solo el 15.6% mantenían deficiencias en el dominio del tema.

Se evidenció en la calificación total de los conocimientos (sobre los síntomas, signos, y complicaciones de la dependencia del alcohol) al inicio del estudio bajo grado de conocimientos y gran necesidad de instrucción a estos pacientes.<sup>44-47</sup>

Tabla 6. Medidas de prevención de la dependencia del alcohol.

Nivel de conocimiento	Medidas de prevención de la dependencia del alcohol			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	6	13.3	42	93.3
Insatisfactorio	39	86.7	3	6.7
Total	45	100,0	45	100,0

McNemar  $p=0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimiento mostrado sobre medidas de prevención de la dependencia del alcohol.

Antes de iniciar las sesiones de capacitación sobre las diferentes temáticas de la investigación se comprobó que el 13.3% de los participantes en el presente trabajo poseían un correcto nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de la dependencia al alcohol y solo el 86.7% no dominaban a profundidad este tema.

En la evaluación final de los participantes, el grupo con nivel adecuado de conocimiento se elevó hasta el 93.3% del total y solo el 6.7% no demostró un nivel de competencia aceptable en este acápite.

Al igual que en otras investigaciones se constató asociación entre el consumo excesivo e irresponsable de alcohol y las medidas de prevención, pues no solo es el resultado de comportamientos individuales. Hay que tener en cuenta además, la influencia del contexto social, de ahí lo frecuente de la vía sociocultural. Factores genéticos, ambientales y sociales aumentan la vulnerabilidad a la adicción incluyéndose entre ellos los antecedentes familiares. <sup>48-51</sup>

Tabla 7. Nivel de conocimiento general sobre dependencia del alcohol.

Nivel de conocimiento general	Dependencia del alcohol.			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%

Satisfactorio	15	33.3	30	66.7
Insatisfactorio	30	66.7	15	33.3
Total	45	100,0	45	100,0

Mc Nemar  $p=0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según la percepción general sobre los riesgos que implica la dependencia del alcohol, evaluada antes y después de la intervención.

Llama la atención que solo el 33,3% en la encuesta inicial, indicaron las respuestas satisfactorias sobre el conocimiento general de la dependencia al alcohol mientras que el 66,7% de ellos mostraron un nivel inadecuado de conocimiento.

Estos porcentajes se invirtieron al terminar la investigación con un 66,7% respondiendo de forma satisfactoria las preguntas de referencia y el 33,3% que aún no fueron capaces de indicar conocimiento de forma general sobre la dependencia al alcohol y sus riesgos.

La modificación del conocimiento observada en los cambios de porcentajes, se vio avalada con la prueba empleada demostrando un nivel de conocimiento significativamente mayor en la encuesta final con relación al diagnóstico inicial. Similar al resto de las investigaciones.<sup>52-56</sup>

Tabla 8. Funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	Familia	
	No.	%
Funcional	0	0
Disfuncional	45	100
Total	45	100

Fuente: fichas familiares

La tabla 8 muestra el funcionamiento familiar de los participantes en el estudio encontrándose que de un total de 45 familias todas eran disfuncionales constituyendo el 100 %.

Tabla 9. Evaluación geriátrica funcional.

Evaluación geriátrica funcional.	No	%
Frágil	20	44,4
No frágil	25	55,6
Total	45	100

Fuente: historia clínica individual

La tabla 9 muestra la evaluación geriátrica funcional de los participantes encontrándose que 20 ancianos eran frágiles representando el 44.4% y 25 eran no frágiles representando el 55.6%.

En la investigación se valora el nivel de conocimiento que poseían los adultos mayores sobre la dependencia del alcohol y la efectividad de la implementación de un programa de intervención educativa para elevar este concepto, lo que demuestra que la labor educativa es sumamente importante para transmitir conocimiento.

El estudio permitió incrementar el nivel de conocimiento acerca del comportamiento de la dependencia del alcohol en adultos mayores y las consecuencias que traen para la salud, lo que contribuye a concientizar sobre la importancia del abandono de este hábito para así evitar futuras complicaciones.

## CONCLUSIONES

Luego de aplicada la intervención educativa se encontró un bajo nivel inicial de conocimiento sobre causas más frecuentes de la dependencia del alcohol, aspectos en los que se logró una modificación significativa en la encuesta final. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimiento final, sobre síntomas más frecuentes, complicaciones de la dependencia del alcohol, así como en el nivel de conocimiento general de los participantes. Existió un predominio de personas comprendidas en las edades de 60 a 65 años constituyendo el 64.6 %, predominando el sexo masculino sobre el femenino representando el 91.1 % por solo un 8.9 de este último. La tabla 2 muestra los tipos de consumo observándose que del total de 45 adultos mayores en estudio 13 resultaron consumidores sociales representando el 28.8 %, 19 presentaron un consumo de riesgo constituyendo el 42.2%, con un consumo perjudicial resultaron 5 para un 11.1% del total y 8 de ellos presentaron dependencia al alcohol para corresponder un 17.9 %.

## RECOMENDACIONES

Aplicar intervenciones educativas sobre la dependencia del alcohol en diferentes áreas de salud del Policlínico Belkis Sotomayor, para elevar el conocimiento de los adultos mayores, causas, síntomas y medidas de prevención para evitar la dependencia del alcohol.

## REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Alcoholismo. Epidemiología y complicaciones. Cuba. Bibliomed [Internet]. 2018 Ene [citado 12 oct 2017];25(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-enero-2018.pdf>
2. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Modern synopsis of comprehensive text book of Psychiatry. 2 ed. Baltimore:Williams and Wilkins,1977.
3. El alcoholismo en la tercera edad, un problema escondido. Salud en la vejez. [Internet]. 2014 abril 9 [citado 2018/05/05]. Disponible en: <http://saludenlavejez.blogspot.com/2014/04/el-alcoholismo-en-la-tercera-edad-un.html>
4. Las drogas sociales [Internet]. [citado 25 Feb 2015]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ludicium%20prevenci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20alcohol%20mediante%20dramatizaci%C3%B3n%20judicial\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ludicium%20prevenci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20alcohol%20mediante%20dramatizaci%C3%B3n%20judicial_0.pdf)
5. Drogas legales [Internet]. [citado 17 Feb 2015]. Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Drogas\\_legales](http://www.ecured.cu/index.php/Drogas_legales).
6. Menninger JA. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. Bull MenningerClin. 2002; 66(2).
7. Alcoholismo en el adulto mayor. [Página de internet] Sanatorio Allende [aprox. 7 pantallas] Disponible en: [http://www.sanatorioallende.com/web/ES/alcoholismo\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.aspx](http://www.sanatorioallende.com/web/ES/alcoholismo_en_la_tercera_edad.aspx)
8. González MR. SOS alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997.
9. Campillo Motilva R, VizcayBasabe V. Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 10 May 2013]; 19(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-252003000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-252003000300004&script=sci_arttext)

10. Mármol L, Ocaña AI. Software educativo en la prevención del alcoholismo su aplicación en el área Norte de Ciego de Ávila en 2006. MediCiego [serie en Internet] 2007 [citado 6 May 2018] 13(1): [8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_02\\_07/comunicacion/cb2\\_v13\\_0207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/comunicacion/cb2_v13_0207.htm)
11. González R. Usted puede prevenir, detectar y vencer las adicciones. 1ra ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
12. Chang M, Cañizares M, Sandoval J, Bonet M, González R. Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana. RevHosp Psiqu. 1998; 39(3).
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2016. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, 2017. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>
14. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. 2008. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
15. Castro TR. Caracterización de pacientes de 60 años y más que ingresan a la salas de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas. Argentina diciembre de 2003 y octubre de 2005. Revista de Salud Pública [serie en Internet]. marzo de 2012 [citado 20 ene 2019]; XVI (1):48-62. Disponible en: [www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12\\_1\\_09\\_art6.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_1_09_art6.pdf)
16. Marin DJ. Consumo de Alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. Boletín observatorio Chileno de drogas [serie en Internet]. marzo 2015 [citado 20 ene 2019] (23): [5 p.]. Disponible en: [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)
17. Pay B. Consumo excesivo de alcohol y drogas entre los adultos mayores. Health Encyclopedia [Internet]. Screenings, Prevention & Planning. © 2017 North Shore University Health System; 2016 Nov3. [citado 2018/05/05]. Disponible en:

<http://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=ug4806&Lang=es-us>

18. Mármol Sónora L, Ocaña Leal AI, Díaz Hernández Y. Intervención focal educativa preventiva del alcoholismo femenino en el área norte de Ciego de Ávila en el año 2005. MediCiego [serie en Internet]. 2007 [citado 19 Oct 2018]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_01\\_07/articulos/a3\\_v13\\_0107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a3_v13_0107.htm)
19. González R. Variedades de alcoholismo. RevHospPsiquiátr. 1983; 24(4).
20. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol. La Habana: MINSAP, 2007.
21. González MR. Las adiciones ante la luz de las ciencias y el símil. 1ra edición. La Habana: Editora Política; 2009.
22. Palacios B. Propuesta de un programa radial dirigido por la enfermera comunitaria contra el alcoholismo en personas y comunidad ambulatorio urbano II Sarriá, municipio Libertador, Caracas, 2do semestre 2006 [monografía en Internet]. Venezuela;2011 [citado 23 Feb 2019] Disponible en: <http://saber.ucv.ve/123456789/464>
23. Suárez C, Gonzalo DM, Martínez B, Bev J, Musitu G. El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. Gac Sanit [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 Jun 30] ; 30( 1 ): 11-17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112016000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.004>.
24. ¿El uso de alcohol, tabaco, café y drogas de qué manera altera el normal funcionamiento del organismo humano? [Internet]. [citado 22 Feb 2015]. Disponible en: <http://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090507204159AANoViP>.
25. Alcohol, tabaco y drogas [Internet]. [citado 17 Feb 2015]. Disponible en [http://www.segsocial.es/ism/gsanitaria\\_es/ilustr\\_capitulo13/cap13\\_4\\_alcohol.htm](http://www.segsocial.es/ism/gsanitaria_es/ilustr_capitulo13/cap13_4_alcohol.htm).

26. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. 2da ed. Washington, D.C.: OPS; 2008.
27. Sotolongo Castillo MI, Curbelo Fajardo JC, Marante Pozo E, Betancourt Gener M. Intervención educativa en adultos mayores con riesgo de alcoholismo. Consejo Popular "Capitán San Luis", 2015. Salud med. [Internet] 2016 ene/feb [citado 2018/05/05]; 37(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003)
28. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2009 [citado 29 Oct 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>.
29. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
30. Principios de intervención educativa. Disponible en: <http://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentosacademicos/psicologia-educacional-y-tutorial/30.pdf>.
31. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE, Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Revista Colombiana de Psiquiatría [en línea]. 2009 [citado 2018/01/12];38(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/806/80615421006/>
32. Estrategias para el manejo de los trastornos por consumo de alcohol. 07 OCT 13 Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=81707>
33. Montanet Avendaño A, **Bravo Cruz CM, Díaz Valdes MM, Pérez Calzada M.** Seguimiento ambulatorio de pacientes alcohólicos. *Rev Ciencias Médicas*. Abr 2015; (2).

34. 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.* Jun 2008; 7(2).
35. Martínez Leiva A, Castillo Rojas L, Guevara Sanabria M, Gutiérrez Villa N, Perdomo Gómez A. Caracterización socio-psicológicas de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio Morón. *MediCiego* [serie en Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2019]; 16(Supl.1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl1\\_10/articulos/t-5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-5.html)
36. Moyano Crespo A. Abuso y dependencia del alcohol. [citado 2017 Jun 29] Disponible en: [www.sanatorioallende.com/web/ES/alcoholismo\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.aspx](http://www.sanatorioallende.com/web/ES/alcoholismo_en_la_tercera_edad.aspx)
37. Galán Beiro GM. Caracterización de drogodependientes cubanas que ingresan en el hospital psiquiátrico de La Habana, 2007. *Rev Hosp Psiquiatr* [serie en Internet]. 2008 [citado 15 Feb 2019]; 5(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0308/hph030508.html>
38. Estrategias para el manejo de los trastornos por consumo de alcohol. 07 OCT 13 <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=81707>
39. Hendrik S. Un reporte parcial del comportamiento de las adicciones en La Paz, Bolivia. *Rev Panem Salud Pública.* 2008; 5 (1).
40. Rojas Collado MJ. Eficacia de intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. *Rev metas de Enfermería.* [serie en Internet]. 2018 [citado 12 Feb 2019]; 21(5). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/81241/eficacia-de-intervenciones-educativas-en-la-prevencion-del-consumo-de-alcohol-en-adolescentes/>
41. Piedra Herrera BC, Acosta Piedra Y, Suárez Díaz T. Características clínicas del Alcoholismo en hombres de la tercera edad. *Rev. Ciencias Médicas.* [serie en Internet]. Enero-febrero, 2019 [citado 12 Mar 2019]; 23(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n1/1561-3194-rpr-23-01-32.pdf>
42. Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes: una revisión sistemática. *Rev Enfermería Global* [serie en Internet]. 9 Ene 2018

- [citado 12 Feb 2019]; (4). Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00529.pdf>
43. Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. Rev Panam Salud Pública. [serie en Internet]. 2013[citado 12 Feb 2019]; 34(4). Disponible en:  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v34n4/07.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v34n4/07.pdf)
44. Fernández Castillo E. Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara, 2017 Disponible en:  
<http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/8267/EVELYN%20FERNANDEZ%20CASTILLO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Hidalgo Bermudo P. Diseño de un programa educativo para la prevención de las adicciones para adolescentes y familias. Grado en Pedagogía Curso 2016/17. Disponible en:  
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/63006/TFG%20PAULA%20HIDALGO%20BERMUDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. García Martínez A, Fontaine Machado O, Hernández Meléndrez E, Castañeda Abascal I. Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad. Psicología y Salud. enero-junio de 2010; 20(1).
47. Guibert Reyes W, Cobas Ferrer FS, Reyes Sosa R, Govin Zuaznabar R. Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Abr [citado 2017 Jun 29];15(2).Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200001&lng=es).
48. Castañeda González H. Alcoholismo, criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlínico Rampa. Rev Haban Cienc Méd La Habana. 2008; 7 (2) abr-jun. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n2/rhcm12208.pdf>

49. Zambrano Guerra FX, Martínez Pérez M, Alonso Cordero ME, Álvarez Padilla AL. Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. Medimay [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Jun 29];23(2):[aprox.11p.]. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/100>
50. López Ramírez J H. La dependencia *al alcohol* es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. 2011[citado 2017 Jun 26] Disponible en: <https://bambooseniors.wordpress.com/.../el-consumo-de-alcohol-en-el-adulto-mayor-r>
51. Yu C CB, Rojas AV, Zalaquett RM, Torres SR, Ramírez CC, Román OF, et al . Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Jun 23]; 142(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001200004>.
52. Domínguez Basterrechea M, Pérez Melo M, Ramírez Rubio, Roberto Rosell Pardo M, Ulloa Enríquez M. Intervención comunitaria para disminuir el consumo de alcohol en adultos mayores. Rev. Cient. [Internet]. 2014 Feb [citado 2017 Jun 23]; 105. Disponible en: <http://newsmatic.com.ar/.../Intervencion-comunitaria-para-disminuir-el-consumo-de-alcohol>.
53. Consecuencias de su consumo alcohol, tabaco y café. [Internet]. [citado 17 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos96/consecuencias-su-consumo-alcohol-tabaco-y-cafe/consecuencias-su-consumo-alcohol-tabaco-y-cafe.shtml>.
54. Alcohol, tabaco y drogas [Internet]. [citado 17 Feb 2015]. Disponible en [http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria\\_es/ilustr\\_capitulo13/cap13\\_4\\_alcohol.htm](http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_es/ilustr_capitulo13/cap13_4_alcohol.htm).
55. González Hernández R. Introducción. En: Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004.p. 1-35.
56. Martínez Hurtado M. Alcoholismo, hombre y sociedad. En: Cuando el camino no se ve. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2005. p. 57.

57. Niapublications.org[página web en Internet]. Guía para la familia de un alcohólico. 2006[citado: marzo 2007]. Disponible En: <http://www.niapublications.org>.
58. Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. 19na ed. Vol. 1. En: Schuckit M A. Alcohol y alcoholismo. Sección 5. Trastornospsiquiátricos y adicciones. México: Mac Graw Hill Interamericana; 2016 p. 2723-2728.
59. Reina F. Alcoholismo en los mayores. Reflexiones sobre el alcoholismo. [Internet]. 2016 septiembre 21 [citado 2018/05/05]. Disponible en: <http://reflexionessobrealcoholismo.com/alcoholismo-los-mayores/>
60. Guimaraes BGL, Mendoza MMÁ, López BMÁ, García PJÁ, Velasco-Ángeles LR, María Beltrán SA, et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. Salud Ment México. [Internet] 2014 ene/feb [citado 2018/05/05]; 37(1). [Internet] 2014 ene/feb [citado 2018/05/05]; 37(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_ me encuentro en completa disposición para formar parte de este proyecto de investigación. Afirmo que se me ha explicado la gran importancia que reviste dicho trabajo, y los grandes beneficios que puede reportar para mí como paciente. Se me ha garantizado que toda la información aportada por mí, será de naturaleza y carácter confidencial y para fines puramente investigativos. El aplicador de dicha encuesta me da el libre derecho de interrumpir la investigación si lo considero necesario, sin que esto se convierta en un aspecto represivo contra mi persona.

Paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dr(a): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Cuestionario CAGE (OMS)

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?

¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?

¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Número de respuestas positivas

Consumo social o bebedor social de 0 a 1

Consumo de riesgo 2

Consumo perjudicial 3

Dependencia alcohólica 4

Anexo 3

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES DELCONSULTORIO 13 DEL  
POLICLINICO BELKIS SOTOMAYOR.

1. Edad

De 60- 65\_\_\_; 66-70\_\_\_; 71-75\_\_\_; 76- Más\_\_\_

2. Sexo

Femenino\_\_\_ Masculino\_\_\_

3. Color de la piel :

Blanco\_\_\_ Negro\_\_\_

4. Nivel de escolaridad:

Primaria no terminada \_\_\_ Secundaria no terminada \_\_\_ Universidad no terminada \_\_\_

Primaria terminada\_\_\_ Secundaria terminada \_\_\_ Universidad terminada \_\_\_

5. Ocupación

\_\_\_Sin vínculo laboral \_\_\_Jubilado \_\_\_Trabajador

6. Antecedentes patológicos personales de dependencia del alcohol.

Si\_\_\_ No\_\_\_

7. Antecedentes patológicos familiares de dependencia del alcohol.

Si\_\_\_ No\_\_\_

8. Estado Civil

Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Viudo\_\_\_

9. Funcionamiento familiar.

Funcional\_\_\_ Disfuncional\_\_\_

10. Según escala geriátrica de evaluación funcional.

Frágil \_\_\_ No frágil\_\_\_

11. Según tus conocimientos sobre el tipo de consumo para prevenir la dependencia del alcohol .Marque con una x el que considere correcto.

12. Según tus conocimientos cuáles son los signos y síntomas de un paciente con dependencia del alcohol .Marque con una x los que considere correctos.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Dolor de cabeza_____ | 5. Dolor abdominal_____ |
| 2. Vómitos._____        | 6. Pérdida de peso_____ |
| 3. Mareos.____          | 7. Palpitaciones_____   |
| 4. Acidez_____          | 8. Decaimiento_____     |

13. Algunos de los siguientes episodios pueden ser considerados como complicaciones de la dependencia del alcohol .Marque con una x las que consideres correctas.

- |                                    |   |   |                               |
|------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Temblores_____                     | Gastritis_____                              | Cáncer gástrico, de la boca y del esófago____ | Cirrosis hepática_____        |
| Convulsiones _____                 | Úlcera gastroduodenal_____                  | Pancreatitis crónica_____                     | Hipertensión arterial_____    |
| Intoxicación alcohólica aguda_____ | Várices esofágicas_____                     | hepatitis_____                                | Infarto del miocardio_____    |
| Disfunción sexual _____            | Depresión con ideas y conducta suicidas____ | Insomnio_____                                 | Alteraciones de conducta_____ |



### **Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)**

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

<b>Valores de la Escala</b>	
Casi Siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

<b>Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF-SIL.</b>	
FUNCIONAL	De 70 a 57 puntos
MODERADAMENTE FUNCIONAL	De 56 a 43 puntos
DISFUNCIONAL	De 42 a 28 puntos
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	De 27 a 14 puntos

## ESCALA GERIÁTRICA DE EVALUACION FUNCIONAL (EGEF)

Instrucciones: Defina el ítem por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems, marque el inferior.	
<b>CONTINENCIA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Perfectamente continente.</li> <li>4. Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.</li> <li>3. Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida diaria.</li> <li>2. Incontinencia urinaria, impide realizar su vida diaria o le obliga al sondaje.</li> <li>1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de la autonomía.</li> </ol>
<b>MOVILIDAD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Se moviliza sin limitaciones, tanto dentro como fuera del hogar.</li> <li>4. Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.</li> <li>3. Dificultades de la movilidad que limitan satisfacer su vida diaria.</li> <li>2. Depende para moverse de la ayuda de otra persona.</li> <li>1. Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.</li> </ol>
<b>EQUILIBRIO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. No refiere trastorno del equilibrio.</li> <li>4. Refiere trastorno del equilibrio pero no afecta su vida.</li> <li>3. Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.</li> <li>2. Trastornos del equilibrio, que lo hacen dependiente de ayuda en su vida diaria.</li> <li>1. La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado.</li> </ol>
<b>VISIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Tiene visión normal (aunque para ello use lentes).</li> <li>4. Refiere dificultad para ver, pero esto no limita en su vida cotidiana.</li> <li>3. Dificultad para ver, que limita su vida cotidiana.</li> <li>2. Problemas de visión, le obliga a depender de otra persona.</li> <li>1. Ciego o totalmente incapacitado por falta de la visión.</li> </ol>

<b>AUDICIÓN</b>	<p>5- Tiene audición normal (aunque para ello use prótesis auditiva).</p> <p>4- Refiere dificultad para oír, pero esto no repercute en su vida diaria.</p> <p>3- Evidente dificultad para oír, con repercusión en su vida diaria.</p> <p>2- Severos problemas de audición que le limitan la comunicación.</p> <p>1- Sordo o aislado por falta de audición.</p>
<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	<p>5. Sin medicamentos, (no incluye vitaminas o productos naturales).</p> <p>4. Usa menos de 3 de forma habitual.</p> <p>3. Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicado por varios médicos.</p> <p>2. Usa más de 6 medicamentos.</p> <p>1. Se auto- médica o no lleva control de los medicamentos que toma.</p>
<b>SUEÑO</b>	<p>5. No refiere trastornos del sueño.</p> <p>4. Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos.</p> <p>3. Debe usar somníferos para lograr que el sueño lo satisfaga.</p> <p>2. Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.</p> <p>1. Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida cotidiana.</p>
<b>ESTADO EMOCIONAL</b>	<p>5. Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.</p> <p>4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda profesional.</p> <p>3. Trastornos emocionales, lo obligan al uso de tratamiento.</p> <p>2. Mantiene trastornos emocionales que lo limitan aun con tratamiento.</p> <p>1. Los trastornos emocionales lo limitan. Intento o idea suicida.</p>
<b>MEMORIA</b>	<p>5. Buena memoria niega; trastornos de la misma.</p> <p>4. Refiere trastornos de memoria, pero estos no limitan su vida.</p> <p>3. Trastornos de memoria, que le limitan para actividades de su vida.</p> <p>2. Trastornos de memoria que le obligan a ser dependiente una parte del tiempo.</p> <p>1. La pérdida de la memoria le mantiene incapacitado y dependiente total.</p>

<b>APOYO FAMILIAR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Cuenta con todo el apoyo familiar que demandan sus necesidades.</li> <li>4. Existe apoyo familiar, pero puede tener limitaciones en ocasiones.</li> <li>3. Apoyo familiar restringido a cuando el anciano tiene situaciones de crisis.</li> <li>2. Apoyo familiar inseguro, incluso en momentos de crisis para el anciano.</li> <li>1. Ausencia o abandono familiar.</li> </ol>
<b>APOYO SOCIAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Apoyo total y estricto por parte de vecinos y/o amigos.</li> <li>4. Cuenta con el apoyo de vecinos y amigos, pero limitadamente.</li> <li>3. Apoyo de vecinos y amigos, solo en momentos de crisis.</li> <li>2. Apoyo de vecinos y amigos inseguro aun en momentos de crisis.</li> <li>1. Aislado, ausencia total de apoyo por parte de vecinos y amigos.</li> </ol>
<b>SITUACIÓN ECONOMICA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Cubre todas sus necesidades económicas con ingresos propios.</li> <li>4. Cubre todas sus necesidades, pero lo logra con ayuda de otros.</li> <li>3. Cubre solo sus necesidades básicas, aun con la ayuda de otros.</li> <li>2. Tiene dificultad para cubrir todas sus necesidades básicas.</li> <li>1. Depende económicamente de la asistencia social.</li> </ol>
<b>ESTADO FUNCIONAL GLOBAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Es totalmente independiente y activo en su vida diaria.</li> <li>4. Es independiente, pero necesita ayuda no diaria para alguna.....</li> <li>3. Tiene limitaciones que exige ayuda diaria, pero puede pasar un día solo.</li> <li>2. Tiene limitaciones que le impide que permanezca más de 8 horas solo.</li> <li>1. Esta totalmente incapacitado y exige custodia permanente.</li> </ol>

## Programa de intervención educativa

Las actividades de intervención educativa constarán de 6 actividades que serán una vez por semana. Impartidas por médicos y enfermeras de los consultorios 12, 13 y 14 del área de salud del Policlínico Belkis Sotomayor.

Primer encuentro:

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos:

1. Realizar presentación del grupo mediante técnica participativa.
2. Realizar una breve introducción del curso y los objetivos que este persigue.
3. Explicar de manera breve aspectos relacionados con la dependencia al alcohol, abordando el concepto y sus principales características.
4. Explicar la diferencia del consumo de alcohol según las edades.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa:

-Técnicas participativas.

-Conferencia Debate.

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada uno de las participantes de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse una a una, momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Desarrollo: una vez concluido el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dará

a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes.

Se precedió luego a dar una conferencia debate sobre los objetivos de la sesión.

Segundo encuentro:

Título: Factores de riesgo para presentar dependencia del alcohol.

Objetivo:

1. Explicar brevemente aspectos esenciales relacionados con el consumo excesivo de alcohol, para ello se deben abordar el concepto de la misma, la clasificación, el modo de diagnosticar la enfermedad y las complicaciones.
2. Debatir sobre las principales forma del consumo de alcohol.
3. Valorar el papel individual en la prevención de la dependencia al alcohol.
4. Reflexionar en la necesidad de lograr un accionar preventivo entorno a esta temática para evitar las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que ocasionan esta enfermedad.

Tipo de actividad:

- Conferencia- debate.
- Técnicas participativas.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa: “*La sorpresa*”.

Introducción: Se comenzará realizando un recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: “la sorpresa” que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizó con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará temas acerca de los objetivos del encuentro.

Tercer encuentro:

Título: Incidencia de los factores de riesgos.

Objetivos:

1. Debatir sobre los factores de riesgos que traen aun adulto mayor sufrir de dependencia del alcohol.
2. Conocer las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer por la dependencia del alcohol en esta etapa de la vida.
3. Reflexionar en la necesidad de lograr conductas responsables, en cuanto al consumo no excesivo de alcohol, con el propósito de evitar la dependencia del alcohol.

Duración: 50 minutos.

Tipo de actividad:

- Conferencia
- Lluvia de ideas
- Técnica participativa.

Recursos:

1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

3- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a los participantes en qué consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos un factor de riesgo luego se procederá a explicar por parte del médico qué medidas tomar para evitar los mismo. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

Se abordará el tema mediante una pregunta hecha al grupo: ¿Sabe usted cuáles son las posibles complicaciones de la dependencia del alcohol y como pueden prevenirse?

Quinto encuentro:

Título: Orientar sobre las principales manifestaciones y el diagnóstico de la dependencia del alcohol.

Objetivos:

1. Explicar brevemente en qué consiste el consumo excesivo de alcohol, haciendo referencia a los peligros que puede traer consigo para los adultos mayores.
2. Comentar sobre métodos adecuados de consumo de alcohol.
3. Reflexionar sobre los riesgos que trae consigo el consumo de alcohol con algunos medicamentos.

Tipo de actividad:

- Conferencia.
- Lluvia de ideas

- Debate

Duración: 50 minutos.

Recursos:

1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

3- Computadora.

*Técnica participativa:* "¿Qué crees de la vida?"

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista y porque es importante vivir. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación de la dependencia al alcohol. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con los objetivos de la clase.

Al finalizar daremos una breve introducción sobre la importancia de realizar un diagnóstico precoz de la dependencia al alcohol y así lograremos un tratamiento eficaz de la misma.

Sexto encuentro:

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo:

1. Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.
2. Evaluación del conocimiento adquirido por los adultos mayores durante la estrategia, así como la satisfacción de los mismos.

Duración: 50 minutos.

Recursos:

1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica Participativa:

- Mesa redonda.

- Despedida.

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la "técnica de animación " "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresaran como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Al finalizar se volverá aplicar la encuesta inicial para evaluación del conocimiento.