

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“JOSÉ ASSEF YARA”

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “NGUYEN-VAN-TROI”

CIEGO DE ÁVILA

**Intervención preventiva educativa vinculada a los problemas
relacionados con el alcohol en el sexo femenino en Ciego de
Ávila.**

Tesis presentada para optar por el título de Especialista de primer grado en
Psiquiatría General.

Autora: Dra. Maday Molina Pérez.

Tutor: Dr. León Mármol Soñora

Ciego de Ávila

2014

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A las familias que fueron objeto de estudio, por su cooperación durante la investigación.

A mi tutor DrC: León Mármol Soñora por sus enseñanzas y su disposición a trabajar en la confección de este trabajo.

A mi querido esposo por ser mi más grande motivación.

A todos los que de una forma u otra pusieron su granito de arena en esta investigación para ayudarme a que saliera adelante, con la seguridad de que la omisión de sus nombres no lleva implícito el olvido sino mis más sinceros agradecimientos y absoluto respeto.

A todos Muchas Gracias

El Autor.

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A mis padres y mi hermano.

A mi esposo.

RESUMEN.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas por parte de la población femenina es un fenómeno social que muestra una tendencia creciente a nivel mundial y Cuba no constituye una excepción. Se realizó un estudio observacional descriptivo y se aplicó una intervención educativa para prevenir riesgos y Problemas Relacionados con el Alcohol en una población femenina. Se evalúa la utilidad de esta intervención con una muestra de 299 mujeres las cuales fueron caracterizadas desde el punto de vista sociodemográfico. Las seis mujeres clasificadas como de riesgo severo fueron identificadas como dependientes del alcohol y derivadas hacia la atención secundaria de salud. Se realizan pruebas no paramétricas y los resultados se exponen en tablas y gráficos.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	7
3. CONCLUSIONES	50
4. RECOMENDACIONES	52
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
6. ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones educativas para atender los problemas relacionados con el alcohol han sido eficaces en países como EUA, específicamente aplicados a la población femenina(1,2).

En la Biblia se habla del consumo excesivo de alcohol, se refiere que Noé había prometido al señor no embriagarse y después del diluvio tomó excesivamente (3).

La dependencia del alcohol constituye en los momentos actuales una de las principales tragedias que enfrenta el mundo, donde un tercio de la población mundial padece sus consecuencias negativas (4). En Cuba se expone que 2,5 % de la población presentó dependencia del alcohol y el porcentaje de los hombres duplicó al de las mujeres; también se encontró que la prevalencia de esta entidad en los habitantes de Ciego de Ávila fue 2,8 %.

de los hombres duplicó al de las mujeres; también se encontró que la prevalencia de esta entidad en los habitantes de Ciego de Ávila fue 2,8 %(5).

En Camagüey en el año 2002, se encontró que la frecuencia de aparición de dependencia del alcohol en mujeres fue de 4%, resultados que coincidieron con investigaciones efectuadas en Ciego de Ávila (6,7).

Algunos autores consideran que el consumo de bebidas debe ser controlado mediante la enseñanza de procedimientos que puedan medir la cantidad de

alcohol ingerido (8-12), 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 (13).

Los planteamientos expuestos por los expertos cubanos coinciden con la opinión de autores internacionales(14).

En el Hospital Marqués de Valdecilla (15), de Cantabria, España, se desarrolló una intervención educativa denominada Programa Focal Cantabria (PFC) para instruir a la población general sobre las cantidades de alcohol ingeridas que no ocasionan daños a la salud. En este estudio se opera con los llamados Problemas Relacionados con el Alcohol (PRA), una categoría reservada para denominar las consecuencias que afectan a las personas que se exceden en sus incursiones con esta sustancia y que no cumplen los criterios para el diagnóstico de dependencia alcohólica.

Estos criterios han sido utilizados en Ciudad de La Habana para conocer la magnitud de las consecuencias del uso nocivo de alcohol en una población general y han aportado un referente necesario para el desarrollo de este trabajo (16), que incluye como primer requisito dirigir las acciones preventivas de salud a personas que no sean dependientes del alcohol (17).

Existe evidencia de los daños durante la gestación y la lactancia. El uso nocivo de alcohol constituye el factor de riesgo principal para enfermar en países subdesarrollados y en vías de desarrollo y el tercero en importancia para los países industrializados (17-24).

Por estas razones, en Cuba se ha estudiado el comportamiento de las mujeres en relación con el consumo de bebidas y para su control se han elaborado estrategias que están implícitas en el Programa de Prevención de la Conducta Alcohólica desde el año 1985, el cual se actualizó en octubre de 2007 y está argumentado por las teorías de los expertos (5, 7, 13,21-26).

Las personas dependientes son diferidas a los grupos de ayuda mutua (27).

En el 2006 en Ciego de Ávila se incorporó la categoría Problemas Relacionados con el Alcohol al trabajo preventivo, se aplicaron intervenciones educativas breves(28-30,31).

Se realiza este trabajo por la morbilidad del uso nocivo de alcohol del área en estudio y ante la necesidad de realizar intervenciones breves para instruir a la población, referente a las consecuencias negativas del uso del mismo(1, 2, 4, 12, 14,18).

Por ser el uso excesivo de alcohol en las mujeres un problema de salud se decide realizar la presente investigación que se propone los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar una Intervención Educativa para disminuir riesgos, Problemas Relacionados con el Alcohol y prevenir la aparición de dependencia del alcohol en mujeres del área del policlínico Belkis del municipio de Ciego de Ávila.

ESPECÍFICOS.

1.-Caracterizar la población en estudio de acuerdo a:

- Tipos de riesgo y PRA.
- Dependencia del alcohol.
- Comportamiento de algunas variables epidemiológicas de acuerdo al tipo de riesgo y dependencia del alcohol.

**MARCO
TEÓRICO**

Existen evidencias de rasgos que distinguen el consumo excesivo de alcohol en el sexo femenino, con manifestaciones clínicas muy especiales (1,2,20,24), a continuación se ofrecen algunas de las posibles causas más frecuentes de abuso de alcohol que se evidencian en las mujeres objeto de la intervención de Ciego de Ávila, que coinciden con expertos en el tema: las restricciones socio familiares, la frecuente inducción por parte del esposo o compañero, la preferencia de bebidas azucaradas, el incremento en edades de 30 a 40 años(33)

Algunas mujeres experimentan sentimientos de soledad, baja autoestima e incapacidad para asumir la doble jornada del trabajo y el hogar, estas situaciones unidas a la automedicación con sedantes e hipnóticos también pueden estar presentes en estos casos y estimular el abuso de alcohol en ellas (34).

La presencia de algunas situaciones específicas como la tensión premenstrual, los abortos espontáneos, el climaterio, así como otras situaciones, entre ellas los trastornos de estrés postraumáticos, pueden involucrar a algunas mujeres con el uso nocivo de alcohol (35).

La diferencia entre ambos sexos en cuanto a la asimilación del alcohol, se debe, a que existe una mayor sensibilidad por parte de las mujeres para degradar la sustancia tóxica, dado por su menor cantidad de agua corporal con respecto al sexo masculino, lo que hace que al ingerirla, se concentre mucho más que en los varones, el agua ocupa en el cuerpo del hombre de 55 a 65 % de su peso corporal y en la mujer de 45 a 55 %, además, la actividad de la enzima alcohol deshidrogenasa, que participa como catalizadora en el

primer paso del metabolismo del alcohol, es menor, lo que hace que se intoxiquen más y más rápidamente (19,24,36).

Son típicas las depresiones, mucho más intensas que en los varones; además, socioculturalmente, se ha otorgado injustamente una connotación sexual a la ingestión de bebidas alcohólicas de forma abusiva por las mujeres, quienes en algunos casos son víctimas de violencia (1,2, 37).

Las bebedoras excesivas no suelen solicitar ayuda oportuna, esto obliga a las autoridades sanitarias a ir en busca del problema en la población general, mediante programas de aplicación preventiva y de promoción de salud; así es importante inferir el problema relacionado con el alcohol (PRA) ante determinados estereotipos femeninos: la consulta por depresión en una paciente puede ser un síntoma de consumo excesivo de alcohol, en aproximadamente 40% de todos los casos (24,38).

La mujer se demora mucho más que el hombre en solicitar asistencia médica con la consiguiente aparición de complicaciones (19)

Una mujer que consuma una cantidad de 80 gramos de alcohol puro diario (equivalentes a ocho cervezas, o un litro de vino, o un cuarto de botella de ron), durante 10 años, puede contraer cirrosis hepática con mayor frecuencia que un hombre y casi siempre estas lesiones del hígado se acompañan de hipertrofia de las glándulas parótidas (36).

El uso abusivo del alcohol afecta la estética femenina al competir esta sustancia con el estrógeno y disminuir sus niveles en sangre, las principales consecuencias provocadas por la ingestión excesiva de bebidas son las siguientes: la piel se torna seca y quebradiza, el pelo ralo y escaso, los globos oculares protruyen, debido al cúmulo de grasa en el lecho retro orbitario por

el fenómeno de la arteriosclerosis precoz, la voz adquiere un tono grave, estos acontecimientos físicos desfavorecen la imagen de la mujer y alimentan la depresión subyacente que incrementa la dañada autoestima (6,8).

La violencia y el uso nocivo de alcohol se vinculan estrechamente, constituyen categorías que se complementan y pueden ser neutralizadas con métodos educativos (29,30).

El consumo indebido de alcohol puede causar en algunas mujeres una muerte prematura, como consecuencia de serios daños ocasionados por el tóxico y en la tercera parte de las dependientes a la sustancia, el suicidio puede aparecer como complicación de una depresión no tratada (19).

Según el criterio de algunos autores internacionales, el daño del alcohol es más intenso en el sexo femenino, debido a la mayor vascularización de sus órganos, los cuales deben estar preparados para la gestación, por tanto, ellas necesitan altos volúmenes de flujo sanguíneo con mayor probabilidad de intoxicación si la sangre contiene etanol. Dentro de las zonas más irrigadas están: el corazón, el hígado y la región pre frontal supra orbitaria del cerebro, en esta última se encuentran estructuras que rigen la espiritualidad del ser humano, cualquier lesión a ese nivel puede provocar serios trastornos de la conducta (39).

Existen evidencias de la asociación entre la ingestión de alimentos en forma de picos o bingos y la ingestión de alcohol de igual forma, sobre todo en mujeres, estas características justifican el carácter plural del uso de alteradores del estado de ánimo (40-43).

Autores norteamericanos del Hospital Universitario del Estado de La Florida, en un estudio comparativo entre pacientes de ambos sexos, ingresados en

una sala con diagnóstico de dependencia del alcohol, tomaron una muestra de 34 personas de cada sexo, admitidas en el primer semestre de 2006 en el mencionado centro asistencial, se estudiaron los trastornos de la personalidad atribuibles al tóxico, entre otros aspectos, los autores concluyeron que las mujeres presentaron mayor prevalencia de alteraciones de conducta que los hombres (22,2% y 12,5% respectivamente) (44).

La dependencia del alcohol afecta en Estados Unidos de América a 12 millones de hombres y 4 millones de mujeres, en la mayoría de los países del mundo más de 10 % de la población bebe de forma abusiva, la relación de hombre a mujer que presentan abuso de alcohol o dependencia ha disminuido de 10:1 a 4:1 en los tiempos actuales, esta situación ha preocupado a los expertos en el tema de las adicciones (1, 2,19, 24,34).

En Japón 2 % de la población presenta uso nocivo de alcohol, de ellos 40% son mujeres; esto se debe a factores socioculturales que promueven indirectamente estos consumos entre los habitantes de este país asiático, se señala la propaganda ingenua en los medios de difusión masiva (45,46).

El patrón de consumo de Cuba se comporta en consonancia con el modelo Latinoamericano y Caribeño, en forma de picos o bingos los fines de semana (18), en la provincia de Ciego de Ávila se ha podido constatar que algunas familias suelen almacenar bebidas con alto grado de alcohol en la casa y el lugar escogido como sede de fiestas en las cuales se ingiere alcohol de forma excesiva (30).

En los tiempos actuales los términos: alcoholismo y adicción se tratan de sustituir por otros que no ofrezcan una connotación peyorativa, con estos fines

existe una tendencia al uso de la palabra trastorno al referirse a una enfermedad (19).

Las categorías actuales que sugieren los expertos de la OMS son las que se relacionan con el término uso nocivo de alcohol, como contrapartida del consumo social de bebida e incluye el mal uso, con sus variantes: uso irresponsable, uso inoportuno y uso embriagante; el consumo de riesgo en pacientes aún no enfermos; además, las formas nosográficas: uso abusivo o bebedor perjudicial y la dependencia del alcohol (16).

Algunos autores consideran que la palabra alcoholismo conecta con experiencias desagradables del consumo activo del tóxico, por lo que se considera durante las instrucciones: tener en cuenta la enseñanza de un vocabulario substitutivo para referirse a esta entidad, de carácter emancipador, que libere a las personas afectadas de ataduras a determinadas enfermedades (50). En Ciego de Ávila, estos aspectos se han tomado en cuenta en las labores de tratamiento de personas afectadas por la dependencia, quienes en las sesiones terapéuticas han rechazado la denominación de alcohólicos, sin embargo han aceptado otros vocablos que se refieren a la entidad adictiva.

Actualmente se utiliza el término conductas bajo influencia, llamado por algunos autores alcoholismo agudo, para definir las consecuencias negativas provocadas por el uso de alcohol de forma esporádica, fugaz, sin cumplir los criterios para el diagnóstico de la dependencia de esta sustancia o el consumo perjudicial, los daños producidos por estas conductas son incluso más importantes y de mayor magnitud en ocasiones que aquellos inherentes a las categorías nosográficas (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (12), estableció en 1996 el Grupo de Intervenciones Breves, dirigidas a la prevención de los elevados consumos de alcohol, los especialistas de esta institución se refirieron a la efectividad de las actividades preventivas de corta duración y a la mayor disposición para los cambios positivos que muestran los bebedores excesivos.

También la OMS en la Resolución 58, emitida en la I Conferencia Panamericana sobre Políticas en Alcohol en Brasilia (21), reclama al gremio médico para que actualice sus conocimientos en relación con los PRA, incorpore habilidades que permitan educar a la población hacia un consumo razonable que no comprometa la salud. Esta organización enfatiza en lograr el estado de sobriedad en la conducción de vehículos, para evitar accidentes del tránsito y en el caso de las mujeres embarazadas y las que se encuentren en la etapa de lactancia, se aboga por la proscripción de sustancias psicoactivas, por los efectos negativos conocidos a la salud del feto o neonato (21-24).

El trabajo educativo debe permitir la participación activa de la población, utilizando técnicas de comunicación con buenos resultados (28, 29,30).

En un trabajo realizado en Estados Unidos de América en una población de alumnos que asistían habitualmente a fiestas fraternales, se estudiaron los consumos elevados de alcohol en ellos y se realizó una intervención basada en incentivar y recompensar a quienes ingerían bebidas por debajo de niveles de concentración de alcohol en sangre de 0.05 (5 mg por cada 100 ml). Los participantes fueron 702 estudiantes (447 varones y 225 hembras), quienes asistían habitualmente a celebraciones en Blacksburg. Se realizó una estrategia educativa y la misma logró disminuir significativamente el consumo

de alcohol entre los alumnos, quienes recibieron premios después de alcanzados los niveles que no dañaban la salud (51).

La técnica de la autorregulación y el auto monitoreo del consumo de alcohol permite al individuo ser protagonista de la intervención quien se interesa por dirigir las acciones de salud en su propio beneficio y es participante activo de las técnicas psicoterapéuticas(15).

Algunos autores están de acuerdo en la eficacia de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo, sin embargo, otros no se ponen de acuerdo en si la meta primaria debe ser facilitar la motivación al cambio o desarrollar habilidades que permitan rechazar ofertas de bebidas (10).

En la actualidad se conoce que el problema debe ser controlado de forma integral, con una perspectiva transdisciplinar que incorpore las voluntades de asesores y directivos. En este empeño se encuentran: educadores, legistas, autoridades, el equipo de salud, gastronómicos, entre otros (16).

Se debe fomentar la participación de la familia, la escuela y la comunidad (53)

La intención de los programas de intervención breve es lograr una educación suficiente, que permita su uso con moderación y experimentar sus efectos positivos, tanto para la salud física o como elemento recreativo en las actividades festivas, así como admitir los llamados pros del alcohol, dados por su efecto anti agregante plaquetario, que evita el infarto cardiaco, la arteriosclerosis precoz y sus consecuencias, la litiasis de la vesícula biliar, cuando se ingiere en forma de vino tinto al acompañar las comidas (18,21).

Específicamente, en las mujeres, el alcohol tomado a bajas dosis, incrementa discretamente la concentración de hormonas femeninas (estrógenos) y provoca un efecto favorable sobre ellas (21).

En EUA se realizó una intervención(54), para reducir riesgos en el consumo de alcohol entre estudiantes que se excedían, pertenecientes a una escuela de nivel medio superior en Estados Unidos de América, se utilizó la escala conocida como “Entrevista Motivacional”, adaptada para jóvenes de pregrado y se validaron estrategias empíricas para prevenir los problemas del alcohol en esta población.

Es necesario enfatizar sobre las conductas de los bebedores problemas, quienes experimentan serias alteraciones de salud, susceptibles de ser erradicadas con técnicas educativas y se debe intervenir en los hogares donde existan mujeres portadoras de riesgo alto ante el consumo de alcohol (55,56).

Las razones expuestas con anterioridad justifican que las intervenciones en las mujeres bebedoras deben ser más vigorosas y precoces en comparación con el consumo excesivo de los hombres (19).

El indicador de mortalidad mundial atribuible al alcohol anualmente es de 4 %; en el sexo femenino alcanza 1,6 % en países subdesarrollados y en vías de desarrollo y 0,3 en países industrializados. El indicador en el sexo masculino supera ocho veces estas cifras aproximadamente.

Anualmente se pierden 58 millones de años por concepto de discapacidades y muertes atribuibles al uso nocivo de alcohol, sólo superado por el hábito de fumar que es de 59 millones de años (21).

Se debe de crear una cultura de tolerancia condicionada, que critique la intoxicación aguda, este aspecto está contemplado en el Programa de Control del Uso Indebido de Alcohol en Cuba, el cual tiene previsto realizar estrategias educativas, que incluyan medidas de prevención para disminuir los

daños ocasionados por el tóxico, dirigida a grupos vulnerables; según el programa nacional cubano, se debe efectuar el diagnóstico precoz, seguimiento y rehabilitación de los dependientes y estratificar acciones de salud. Entre los daños sociales importantes que cabe relacionar con el consumo de alcohol figuran los problemas familiares y otros problemas interpersonales, los problemas en el trabajo, los delitos violentos y de otra índole, y la marginación social. El patrón de consumo de alcohol de un individuo puede tener efectos adversos en su propia vida, destruir su matrimonio y su vida familiar, provocar la pérdida del trabajo y con ello el desempleo, desencadenar la comisión de un delito que desemboque en una detención, o precipitar una situación de falta de vivienda u otra forma de marginación o estigmatización.

El consumo de alcohol por una persona también puede afectar a otras. La calidad de vida de los miembros de la familia puede verse negativamente afectada (26); los compañeros de trabajo han de realizar las tareas del empleado que falta al trabajo por culpa de la resaca; y una agresión por un borracho tendrá una víctima. Aparte de los problemas interpersonales, el consumo de alcohol puede tener efectos adversos en grupos sociales más amplios o en la sociedad. Por ejemplo, un mal desempeño en el trabajo puede influir en la productividad de una empresa; las ruidosas masas de jóvenes ebrios pueden hacer que el centro de la ciudad se convierta en una zona vedada a los ciudadanos de más edad en las noches del fin de semana. Los efectos adversos a nivel de sociedad pueden ser más fáciles de reconocer en las sociedades pequeñas. Por ejemplo, los rituales sociales y religiosos que cohesionan a una sociedad aborígen pueden verse perturbados o destruidos

por la embriaguez recurrente (27); existen muchos relatos de los efectos devastadores de la embriaguez endémica en las sociedades indígenas. En las sociedades grandes y complejas, también pueden observarse efectos graves a nivel colectivo, aunque son más difíciles de reconocer salvo en circunstancias tan excepcionales como un cambio obligado y súbito en el consumo según edades y sexos (58).

La mujer que suele embriagarse puede crear una situación adversa en su casa al enajenarse y renunciar al desempeño de sus labores hogareñas, habitualmente está imposibilitada para aportar valor útil, sus familiares cercanos generalmente tienen que ausentarse de los centros laborales para cuidar de ella, todo esto se revierte en un gasto económico considerable en los recursos del hogar y desde el punto de vista macro social en la sociedad (24).

Los hijos en la mayoría de las ocasiones, sienten vergüenza de una madre que no ha reconocido sus problemas con el alcohol, es común que la familia no admita la visita de amistades, que oculten a la bebedora, quien se aísla en su propio hogar en detrimento de sus relaciones interpersonales y de su estabilidad emocional, esta situación favorece e intensifica la depresión subyacente (19).

Para evitar el hábito de ingerir alcohol de forma indebida se han propuesto diferentes estrategias, una de ellas está dirigida a evitar el uso de esta sustancia por la vía sintomática, en este caso se propuso en el Formulario Nacional de Medicamentos que el alcohol sólo se debe prescribir en los siguientes casos: como antídoto del envenenamiento por metanol, neurolítico en el dolor severo y persistente, en el tratamiento de la espasticidad, escleroterapia, en la terapéutica del síndrome de Wolff Parkinson White, como

desinfectante, astringente, hemostático, ingrediente y solvente en preparados farmacéuticos, se debe tener en cuenta el sexo, debido a que los efectos adversos del alcohol en las mujeres suelen ser más intensos (57).

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, avalada por la 63.a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010, reconoce los vínculos estrechos que existen entre dicho uso y el desarrollo socioeconómico. Representa el compromiso de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud para actuar de manera continua a todos los niveles. Asimismo, aprovecha varias iniciativas estratégicas mundiales y regionales para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, en particular el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008.

Es fundamental evitar el consumo de alcohol por la gestante, una dosis aparentemente reducida pudiera resultar dañina, debido a que la sangre una vez que atraviesa la placenta, disminuye la velocidad del flujo en el organismo fetal, por esta razón los efectos negativos del alcohol contenido en su torrente circulatorio son mayores (24).

Se conoce, que el hijo de una madre consumidora del tóxico, puede nacer con un síndrome de abstinencia. Este cuadro clínico es grave, requiere del ingreso del lactante en terapia intensiva (22,23).

El momento de la fecundación es importante en el desarrollo del individuo, autores plantean, que un progenitor embriagado durante el coito fecundante, puede engendrar un hijo con severas alteraciones del comportamiento (teratogenia conductual), conocido en la literatura como hijo de sábado (24).

Es importante además, incluir dentro de los riesgos, el período de lactancia debido a la solubilidad del alcohol en la leche materna, en este caso el recién nacido recibe una dosis de etanol que le es difícil degradar adecuadamente, debido a la poca actividad de la enzima alcohol deshidrogenasa, dificultad metabólica que se incrementa en el caso de las hembras (22-24).

Se han empleado distintos cuestionarios para diagnosticar las diferentes conductas ante el alcohol, dentro de los cuales se encuentra el CAGE, con las siguientes ventajas: son factibles en estudios masivos, tienen una breve duración, fáciles de calificar y de bajo costo; las desventajas están relacionadas con su escaso número de preguntas, su sensibilidad y especificidad se reducen en estudios de terreno, tiene una sensibilidad de 80% de enfermos identificados, 11% de no enfermos incluidos erróneamente, en resumen, tiene una especificidad de 89% (59).

El mismo consta de cuatro preguntas y en escala de 0 a 4, teniendo en cuenta el número de respuestas positivas, se clasifican en consumo social, consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia del alcohol(59).

El abuso de alcohol en la mujer repercute negativamente en la familia (60); los roles de madre se diluyen por la alienación mental que provocan las intoxicaciones, por tanto, las hijas generalmente tienen que asumir la responsabilidad maternal, fenómeno llamado por Salvador Minuchin, experto en terapia familiar como parentificación; este es el caso de los niños y niñas descendientes de padres alcohólicos (ACOAs: Adults Children Of Alcoholics o Niños Adultos Hijos de Alcohólicos) son conocidas además como madres niñas (61).

El uso nocivo de alcohol es una de las 25 fuentes de tensión familiar, la cual puede relacionarse con otros aspectos de disfunción en el hogar(62).

Las alteraciones familiares en los hogares donde habitan personas que se exceden en los consumos de alcohol pueden llegar a ser severas, se plantea incluso que 50% de las hijas de bebedores nocivos pueden ser víctimas de comportamientos incestuosos por sus propios progenitores masculinos (33).

En el contexto internacional se ha producido un auge de la aplicación de estrategias educativas para prevenir el consumo excesivo del alcohol, lo cual ha influido positivamente en los especialistas cubanos, enfrascados en el momento actual en la aplicación de estos nuevos conceptos y procedimientos preventivos.

El presente trabajo constituye un acercamiento al problema del abuso del alcohol por la población femenina avileña y pretende brindar suficiente instrucción para evitar los efectos dañinos a la salud.

MÉTODO

MÉTODO

Se implementa una intervención educativa breve para instruir a las mujeres en estudio a beber dentro de los parámetros considerados para el riesgo ligero, evitar o controlar los Problemas Relacionados con el Alcohol, así como identificar las mujeres dependientes del alcohol para indicarles tratamientos rehabilitatorios.

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, de intervención (63), se aplicó la intervención educativa después de caracterizar la situación inicial que presentaba la población objeto de estudio. Se escogió este diseño por cuanto las alternativas de cambio que se proponen, parten de problemas detectados en la práctica por autores experimentados en este tema.

Población: La población escogida consistió en 583 mujeres pertenecientes a la primera área priorizada del policlínico Belkis de Ciego de Ávila, relacionadas en el registro primario (ficha familiar) de los 2 consultorios que participaron del estudio.

Obtención de la muestra: la muestra fue probabilística, para lo cual fue necesario calcular su tamaño y elegir el método de selección.

El tamaño de la muestra fue de 299 mujeres, se calculó a partir de la fórmula:

$$n = S^2 / V^2$$

Donde S^2 = varianza de la muestra; V^2 = varianza de la población

$$Se = \text{error estándar de } 0,018; V = Se^2 = (0,018)^2 = 0,00034$$

$S^2 = 0,7 (1 - 0,7) = 0,21$ se calculó según criterios de especialistas que plantean que aproximadamente 70 % de las mujeres beben de alguna forma, por tanto la probabilidad fue de 0,7.

$$n' = S^2 / V^2 \quad n' = 0,21 / 0,00034 = 615$$

$$n' = n' / 1 + n' / N$$

$$615 / 1 + n' / N = 615 / 1 + 615 / 583 = 615 / 1198 / 583$$

$$615 \times 583 / 1198 = 299$$

Criterios de inclusión: toda la población femenina mayor de 15 años, con funciones de síntesis conservadas.

Criterios de exclusión: personas con déficit cognitivo evidenciado clínicamente, demencias, deterioro, trastornos psicóticos, alteraciones graves de la personalidad, personas que no estuvieran de acuerdo a cooperar con la investigación.

Bioética: Se solicitó a las participantes el consentimiento informado, para participar en la investigación, según lo establecido en el Código Internacional de Bioética para las investigaciones científicas (anexo 1).

Control semántico: Auto monitoreo, es una técnica enseñada a las personas para evaluar por sí mismas la cantidad de bebida ingerida, consta de una hoja de papel donde deben anotar diariamente la cantidad y forma de presentación de los preparados (cerveza, ron, vino, bebida artesanal), así como otorgarle un valor en unidades, las cuales se suman y al finalizar la semana pueden conocer si se han excedido en el consumo (15).

Autorregulación del consumo: capacidad de las personas para reconocer las cantidades de alcohol ingeridas y ser conscientes de las mismas, proceso que les permite controlar la ingestión de alcohol, detener el consumo o abstenerse según convenga para su salud.

Bebida: toda sustancia química que contenga alcohol.

Beber: consumir preparados de contenido alcohólico.

Beber dentro de límites normales: categoría reservada a aquellos que beben dentro de la clasificación del tipo de riesgo ligero, en quienes en la mayoría de las ocasiones no es atribuible un problema de salud vinculado con el alcohol, es llamado también consumo sin transgredir normas dietéticas.

Uso nocivo de bebidas: esta definición se refiere a todas las variantes de consumo que pueden provocar efectos adversos a las personas (físicos,

mentales o sociales), en este aspecto se incluye el mal uso o uso indebido, las conductas de riesgo altos y severo, además las categorías nosográficas: abuso o consumo perjudicial y dependencia del alcohol.

El diseño y la estructura de la intervención educativa se basaron en programas aplicados con anterioridad en otros países y en Ciego de Ávila(4,15,16,19)el

Las personas en estudio se caracterizaron de acuerdo al tipo de riesgo ante el consumo de alcohol, según una tabla para el auto monitoreo .Además se relacionaron sus aspectos sociodemográficos y epidemiológicos contenidos en la encuesta aplicada (anexo VI).

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

-Edad: Según años cumplidos se agruparon en: de 15 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54 y de 55 años o más.

-Escolaridad: según grado terminado, primaria, secundaria, media superior y universitaria

-Ocupación: según labor que desempeña, estudiante, ama de casa, trabajadora, jubilada.

-Estado Civil: se tomaron en cuenta dos categorías, aquellas que mantenían unión estable con una pareja, formalizada legalmente o no (casadas) y aquellas que no tenían estabilidad de pareja o vivían solas (solteras).

-Hábitos tóxicos: tabaco y psicofármacos.

-Uso nocivo de alcohol en padres o cónyuge: si está o no presente

-Tipos de riesgos: esto se determina después que se realiza el ejercicio de auto monitoreo, el cual permitió que las personas en estudio se clasificaran

a sí mismas, de acuerdo a las unidades semanales ingeridas, por lo que fueron clasificadas al inicio de la intervención en las siguientes categorías:

Riesgo Nulo: aquellas que no consumieron alcohol durante el año anterior a la intervención o que no lo hicieron después de la aplicación de la estrategia educativa.

Riesgo Ligero: aquellas cuyos consumos fluctúan desde una unidad hasta 13 unidades semanales.

Riesgo Medio: se incluyeron en esta categoría todas las personas que tomaban entre 14 y 20 unidades semanales.

Riesgo Alto: las que tomaron entre 21 y 35 unidades.

Riesgo Severo: personas que toman en una cantidad equivalente a más de 36 unidades a la semana (anexo 2).

PRA. Esta categoría incluye todos los síntomas, trastornos físicos, mentales o sociales, atribuibles al consumo de alcohol. En este caso se clasificaron problemas psicológicos, referidos específicamente a la depresión y la ansiedad; dificultades gastrointestinales, del tipo de la gastritis, daños hepáticos; trastornos de la conducta, asociados al consumo de alcohol y otras dificultades que motivaron disfunción familiar.

Para acceder a los datos relativos a los Problemas Relacionados con el Alcohol se realizó una entrevista estructurada, utilizada en investigaciones anteriores (6,15, 16).

Se aplicó el CAGE para clasificar las personas según riesgos ante el alcohol en la población femenina que reside en un área priorizada que pertenece al policlínico Belkis Sotomayor.

Para diseñar esta intervención se realizó una revisión documental de los fundamentos teóricos sobre las intervenciones educativas, así como de las técnicas didácticas necesarias para asumir el aprendizaje de las mujeres sobre el modo correcto de consumo de alcohol.

Se tuvo en cuenta el carácter intensivo, breve, con énfasis en la instrucción de las personas convocadas en grupos, por lo cual se realizaron cuatro sesiones con periodicidad diaria, de treinta minutos de duración cada una, se enseñó la técnica de auto monitoreo, la cual se interpreta según una tabla de valores (anexo V).

Antes de aplicar la Intervención Educativa se entrenó al equipo del CCSM sobre las técnicas y terminología empleadas en el presente estudio. Las intervenciones se realizaron en los locales del médico de familia.

El inicio de la presente intervención se llevó a cabo en cuatro semanas; el primer día se entregó la planilla para la auto identificación del consumo, las personas clasificadas en riesgo nulo y ligero integraron 11 grupos de veinte personas y uno de 22, a quienes se les administró la intervención educativa con objetivos de mantener la abstinencia o el consumo ligero de alcohol, según el caso.

Las mujeres de riesgo medio integraron 2 grupos, uno de 15 y uno de 13, en este caso el objetivo de la intervención estuvo dirigido a la necesidad del cambio hacia formas de consumo de alcohol de menos peligro para la salud.

Quienes se instruyeron en los grupos anteriormente mencionados concluyeron su adiestramiento en los siguientes cuatro días.

Se aplicó el CAGE para conocer la clasificación de las bebedoras de riesgo alto y severo (anexo VII).

Procedimiento estadístico: Para procesar los datos se utilizó el “Paquete de Programas Estadísticos para las Ciencias Sociales” (SPSS), computadoras Pentium IV, las pruebas estadísticas utilizadas fueron las siguientes:

Análisis de por cientos, prueba de Chi cuadrado de Pearson, para la cual se trabajó con un valor de alfa de 0,05, cuando el valor de p resultaba menor que alfa era interpretado como un dato significativo desde el punto de vista estadístico. El Chi cuadrado fue útil para valorar si existía dependencia entre dos variables mediante el uso de una tabla de contingencia.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Las intervenciones educativas tienen como objetivo primordial prevenir el consumo excesivo del alcohol, motivar al cambio hacia la ingestión de bebidas dentro de límites normales o lograr la abstinencia total (14).

La efectividad de estas intervenciones se basa en la aceptación de que los médicos generales y el equipo de salud son elementos básicos a la hora de planificar acciones educativas para la población en su área de influencia. Estos programas se escalonan según su amplitud poblacional, los más consistentes resultan las intervenciones informativas por medio de la actividad clínica diaria y los programas individuales o grupales de intervención breve en consumo y PRA, dos de las herramientas más importantes a desarrollar en Atención Primaria (65)

Los especialistas en Adicciones se han referido a la importancia de tener en cuenta los principios básicos de las acciones de salud que no deben ser olvidados en las intervenciones educativas, razón por la cual se han referido al acrónimo FRAMES (15,65), que muestra las iniciales de las palabras que nombran las principales características de las actividades instructivas, a continuación se analizan cada una de acuerdo a sus letras:

F.- Feedback o retroalimentación específica, dada por medio de una información intensa y extensa de los riesgos de salud basados en los resultados de la propia evaluación del consumo.

R.- Responsability, responsabilidad propia, focalizada en la creencia en el cambio como una tarea personal.

A.- Advise, consejo para el cambio, al sugerir explícitamente la necesidad de reducir o abandonar el consumo, con posible apoyo.

M.- Menu, menú de alternativas, ofrecer opciones para el cambio y estrategias específicas adecuadas para cada sujeto.

E.- Empathy, empatía de los terapeutas, con estilo cálido, comprensivo.

S.- Self efficacy, auto eficacia de los sujetos, para aumentar el sentimiento acerca de la posibilidad del cambio y la seguridad de contar con los recursos para llevarlo a cabo.

Algunos aspectos son objetivables y susceptibles de normalizarse al protocolizar una intervención de este tipo. Entre estas es posible incluir la información a suministrar, cómo explorar y evaluar el consumo o los mensajes para reducirlo o abandonarlo y las estrategias para el cambio.

Existen otros elementos difíciles de protocolizar: el convencimiento de que el cambio es responsabilidad personal y que es posible, así como el estilo de trabajo empático del equipo de salud mental (15).

Se aplicó una intervención basada en la experiencia de autores reconocidos e internacionales (65).

Se reconoce que existen consumidores de bebidas alcohólicas, que sin cumplir con los criterios de dependencia del tóxico ya presentan síntomas físicos, mentales, problemas familiares, sociolaborales, que pueden ser atribuibles al uso de la sustancia (anexo 2) y también enfatiza que en la mayoría de los casos que clasifican como bebedores de riesgo severo ya presentan la enfermedad.

Los programas de intervención breve no se dedican a la exposición del consejo inespecífico, útil también, sino a brindar una herramienta concreta con objetivos muy bien definidos para conseguir evaluar el consumo, ofrecer información al participante sobre las consecuencias del beber y proporcionarle estrategias para modificar sus pautas de consumo y adaptarlas a la forma de tomar con pocos peligros para la salud.

Esta intervención instruyó a las mujeres en estudio sobre los siguientes aspectos (anexo 2):

- Relación existente entre la ingestión excesiva de alcohol y las dificultades físicas, mentales o sociales asociadas.
- Los daños que pueden ocasionar las ingestiones elevadas de esta sustancia.
- Los síntomas que son característicos de la dependencia del tóxico, el concepto de PRA y las peculiaridades de cada bebida, sus formas de elaboración, su metabolismo una vez ingerido.

-Los peligros que suele provocar en el sexo femenino, sobre todo durante el embarazo y la lactancia.

-Se incluyó el tema de la prevención de los accidentes que se pueden provocar por el uso de bebidas en el hogar, específicamente en los niños, el coma alcohólico pediátrico y la repercusión negativa en los adolescentes debido a descuidos al beber generalmente en la casa (66,67).

-Fueron abordadas las falsas creencias o mitos en relación con supuestas bondades del alcohol, utilizadas generalmente como justificación en los bebedores abusivos (33).

-Durante las sesiones se enseñaron técnicas para evitar situaciones proclives para beber, se incluyeron lugares o personas con estas características, así como medidas específicas para reducir los consumos o abandonarlo según el caso (15).

-Se subrayó la necesidad de evitar el alcohol cuando su uso ha sido excesivo y las ventajas de los cambios hacia formas de beber que no comprometan la salud, criterios avalados por expertos (17,68), quienes se refieren a la mayor disposición para el cambio de aquellos que se exceden en el consumo del tóxico.

-Se enfatizó en la prevención del cáncer, se explicó que la ingestión excesiva de alcohol es una de las causas más frecuentes de neoplasias de la boca, esófago y laringe (59).

-Las complicaciones relacionadas con el uso excesivo de alcohol y su vínculo con el SIDA fueron expuestas en las instrucciones, las enfermedades de doble diagnóstico constituyeron temas obligados en las sesiones, como evidencia de la asociación entre abuso de alcohol y SIDA, para lo cual se contó con

manuales acerca de esta entidad infecciosa y su manejo por la familia, así como los riesgos que se presentan por irresponsabilidad en el desempeño sexual (69,70).

-Se entregaron tarjetas en las cuales se sugieren medidas a tomar en cuenta para prevenir el uso del tóxico y garantizar el trabajo instructivo fuera de sesión (working through) (71) (anexo 2).

Al propio tiempo en que se efectuaba la intervención se elaboró propaganda preventiva para instruir a la población general, exhibida en murales públicos de los consultorios y en La Casa de Orientación de la Mujer y la Familia.

Los médicos de los consultorios del área estudiada, ofrecieron un horario diario con el propósito de aclarar dudas u orientar en relación con las diferentes actividades educativas.

Se tomaron en cuenta los siguientes factores que facilitaron su aplicación en el área de estudio (13,15):

- Brevedad e intensidad: dadas por la información necesaria, administrada en un tiempo no mayor de 30 minutos para cada sesión.
- Las metas y propósitos dirigidos a lograr los cambios hacia consumos no dañinos y la enseñanza de habilidades para refutar la bebida cuando no es conveniente ingerirla, así como mantener activa la motivación en el ejercicio de esta estrategia instructiva.
- Accesibilidad, debido a la cercanía de los consultorios médicos y las residencias de las participantes.
- Pocos riesgos durante las intervenciones, no se utilizaron instrumentales o procedimientos médicos que pudieran invadir físicamente a las personas o provocar iatrogenia o efectos adversos.

- La escolaridad resultó relativamente elevada, lo que facilitó la comprensión del programa instructivo.
- Factores sociales: en la comunidad se encuentra localizada La Casa de Orientación de la Mujer y la Familia, una institución que cuenta con un ejecutivo de personas en función de promover el bienestar de las participantes, quienes contribuyeron con la aplicación de la intervención, facilitaron recursos para el trabajo, este centro fue sede de intercambios personales para esclarecer dudas a la población en relación con el consumo excesivo de alcohol.
- Los medios masivos de comunicación: se logró la participación de la prensa escrita, radial y televisiva en función de los mensajes favorables hacia consumos poco peligrosos para la salud. Estos recursos ofrecidos por la comunidad permitieron extender las enseñanzas a la comunidad, todo lo cual fue logrado con la participación activa de profesionales en los distintos programas, quienes esclarecieron con sus opiniones autorizadas las dudas de la población.
- La presencia de los Grupos Básicos de Trabajo y los Centros Comunitarios de Salud Mental, establecidos en todo el territorio, facilitan la implementación de las intervenciones, al propio tiempo en que se puede hacer uso de los procedimientos de la Medicina Comunitaria, mediante la interconsulta, que permite abordar a las pacientes con un carácter integral, las consultas del especialista en ginecología y obstetricia, pediatría, permitieron el intercambio entre los especialistas de los CCSM, en estrecha relación con las organizaciones de masas, que facilitaron las cuestiones operativas en este trabajo, el

cual también colaboró en la prevención del uso de otras sustancias psicoactivas, debido a la presencia de aproximadamente 40% de mujeres que abusan del alcohol y consumen psicofármacos u otras drogas (24).

Se divulgaron medidas para evitar el uso nocivo de alcohol:

Medidas micro-sociales o del ámbito familiar:

- No almacenar botellas de ron en casa.
- No tomar bebidas alcohólicas en el hogar con fines recreativos, para estas actividades se debe elegir un espacio creado en la comunidad (clubes, cabarets y otros).
- Al tomar ron se debe ingerir un vaso de agua previo y otro después de cada trago para disminuir la gradación de alcohol puro.
- Preferir el vino, la cerveza, siempre asociado a los alimentos, antes que el ron.
- No ingerir ron artesanal (de fabricación no industrial) por sus demostrados efectos dañinos al organismo.
- En las celebraciones se deben realizar actividades físicas: bailar, no estacionarse exclusivamente para beber.
- Preferir el modelo mediterráneo de consumo, basado en la ingestión de bebidas siempre asociado a las comidas o el vino de mesa para acompañar las carnes u otros alimentos.

Medidas macro sociales o del ámbito comunitario:

- Disminución del valor aceptable para la concentración de alcohol en choferes que se encuentran conduciendo autos, se logró disminuir el indicador de 0.15% de alcohol puro en sangre a 0.8 %, debido a gestiones de los expertos

de la OMS (15). En la provincia de Ciego de Ávila, se ha propuesto en la presente investigación que los choferes no deben ingerir ningún tipo de bebida alcohólica durante el tiempo dedicado a la conducción de vehículos.

-Instruir al personal de gastronomía y servicios para que identifiquen las personas intoxicadas e interrumpir la venta a aquellos que se encuentren en estado de embriaguez, lo que constituye un peligro para su integridad.

-Evitar el ciclo objeto necesidad al prohibir que se beba en las calles, parques u otros lugares públicos.

-Instruir a las bebedoras para que eviten ingerir alcohol en los momentos en que experimenten emociones negativas, como tristeza, ansiedad, temores, para evitar entidades comórbidas o enfermedades de doble diagnóstico (70).

-Brindar información sobre la necesidad de la protección durante las prácticas sexuales, para evitar contagio de infecciones, específicamente SIDA (71).

Después de analizados todos los aspectos antes relacionados, se empleó una tabla de valores, para medir el volumen de alcohol ingerido.

En el estudio del área norte de Ciego de Ávila, se tomaron en cuenta los siguientes principios de la Bioética (71):

--Beneficencia, no maleficencia: para proteger la salud de las participantes, se otorgó prioridad a los aspectos relacionados con la integridad física y mental.

-Justicia: estuvo dada por un trato equitativo, independientemente a la forma de beber o procedencia social.

--Veracidad, respeto a las personas, derecho a la intimidad (confidencialidad), se protegió a las personas en el estudio, se les brindó confianza, se les explicó el acceso al secreto profesional.

--Paternalismo, evidenciado por la intención protectora del equipo hacia las personas en el estudio.

--Autonomía y el consentimiento informado, se respetó el deseo de participar de la investigación y su decisión para abandonarla.

A continuación se explican algunas técnicas que se aplicaron para la administración de la estrategia educativa, con el objetivo de lograr la mayor veracidad en los datos y crear un ambiente favorable a la investigación:

-- Tono amable y cálido en la relación interpersonal, sin amenazas.

--Se tuvo en cuenta que la persona no estuviera intoxicada por sustancias.

---El objetivo de la entrevista fue claramente enunciado en términos de la importancia para la salud de las personas en estudio.

---Se ofreció confianza, para que respondieran con la certeza de no comentar lo que planteaban.

Estas intervenciones breves han demostrado ser cada vez más efectivas, permiten el control de una parte de los altos consumidores excesivos de bebidas, al propio tiempo que facilitan la derivación de los dependientes al tóxico identificados para un tratamiento especializado (13).

Durante las intervenciones se tuvo en cuenta la teoría de los estadios del cambio (68), las cuales fueron identificadas en cada una de las personas en estudio y fueron descritas de la siguiente forma:

--Fase precontemplativa, en la cual la persona no identifica los daños provocados por su uso excesivo de alcohol, para este caso se recomienda promover la retroalimentación y se brinda suficiente información sobre los perjuicios del tóxico.

--Fase Contemplativa, el individuo reconoce los daños que le provoca el consumo excesivo de alcohol, pero manifiesta ambivalencia para cambiar. En este caso se debe explicar la necesidad de lograr una meta de consumo adecuado y ofrecer información sobre los PRA.

--Fase de Preparación: en este caso el bebedor manifiesta la decisión para cambiar y comienza la acción. Para esta etapa se debe brindar ánimo, apoyo y hablar de cómo conseguir una meta.

--Fase de Acción: los bebedores comienzan a reducir o detener el consumo, pero el cambio todavía no es permanente; se brindan consejos y apoyo.

-- Fase de Mantenimiento: en esta fase se ha conseguido un consumo moderado o la abstinencia de forma relativamente permanente, en estos casos se debe ofrecer apoyo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De las 299 mujeres estudiadas, 18 (6,2%) refirieron no consumir bebidas alcohólicas en ninguna ocasión, fueron consideradas de riesgo nulo.

La mayoría de las personas de la muestra presentaban algún tipo de riesgo, con predominio del ligero, las restantes clasificaron como riesgo medio, alto y severo y constituyeron 20% de la población objeto de estudio (tabla1).

Estos datos coinciden con un trabajo realizado en España, por Díez J. E. y col (15), en el cual se encontró que 23% de las mujeres estudiadas eran bebedoras de riesgo medio, alto y severo.

En un estudio realizado en junio de 2007 por Baer JS y Peterson PL (86), del Instituto de Investigaciones en Adicciones de Norteamérica, se comprobó que de una muestra de 102 adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos escogida al azar en una comunidad del Estado de New Jersey, 12 tomaban de forma excesiva (clasificados como bebedores de riesgo) de estos, cuatro pertenecían al sexo femenino (3,9%). Este dato, al igual que los

procedentes de un estudio realizado en Ciego de Ávila (27), reconoce la presencia de las mujeres en el consumo excesivo de alcohol.

En Estados Unidos de América, se estudiaron 112 pacientes (94 hombres y 18 mujeres) con problemas relacionados con el alcohol, quienes estaban ingresados en una sala del Hospital Lenox Hill de New Jersey, el seguimiento duró un año(82). Estas personas fueron sometidas a terapia de disminución de daños, la mayoría estaban diagnosticados como bebedores abusivos. El autor se refirió a la alta receptividad de las mujeres en estudio hacia las actividades instructivas dirigidas a disminuir el uso de alcohol.

En New Jersey se estudiaron 438 sujetos, 272 hombres y 166 mujeres que asistieron voluntariamente al servicio médico de un Hogar de Salud. Del total de personas del sexo femenino 65% refirieron beber de forma consuetudinaria y de ellas 14% presentaba algún síntoma atribuible al alcohol.

Los resultados de la presente investigación son comparables con la estadística de Caballero AJ (16), en población de Cayo Hueso, La Habana, quien encontró en la muestra estudiada 6% de mujeres abstemias e identificó 32 bebedoras de altos riesgos con problemas relacionados con el alcohol.

Widle M y col (84) realizaron un estudio con una muestra escogida al azar de 382 adolescentes y jóvenes adultos, 161 pertenecían al sexo femenino, de las cuales 14% se excedía en el consumo y presentaban PRA en más de 50% de los casos.

Westermeyer M y col (85) estudiaron 202 consumidores habituales seleccionados al azar, en una región de Connecticut, Estados Unidos de América, de la muestra escogida 94 eran mujeres, se interesaron por conocer la repercusión individual que ocasionaba la conducta de abuso de alcohol en

las respectivas familias, concluyeron que 42 de ellas convivían en núcleos familiares disfuncionales, estos autores aseveraron que esta dificultad familiar se debe al uso abusivo del alcohol en casi la mitad de los casos; este dato coincide con el presente trabajo, en el cual las mujeres altas consumidoras de alcohol presentaron alteraciones funcionales en sus familias de origen.

Este análisis demuestra que los problemas que hacen que las personas beban son universales, el estrés propio de la vida moderna, donde la mujer asume responsabilidades importantes, al igual que el hombre, propician el consumo excesivo del alcohol.

Las seis mujeres identificadas en el presente estudio como dependientes del alcohol coinciden con las clasificadas como riesgo severo y representaron 2,0 % de la muestra (tabla2).

Cepeda BA y col (87) realizaron una investigación en Estados Unidos de América, en la cual estudiaron 148 personas, 86 hombres y 62 mujeres, de estas últimas 4% presentaron algún grado de dependencia del tóxico. En la misma región Hatterma J y col (88) realizaron un trabajo para determinar la frecuencia de dependencia del alcohol en una población general, en el caso específico de las mujeres objeto de estudio 2,1 % cumplían los criterios para el diagnóstico de esta alteración.

En el estudio epidemiológico realizado en Cuba, por Sandoval JM, González R y col (5), se encontró una prevalencia de dependencia del alcohol en mujeres de 2%.

En la mayoría de las ocasiones, las personas con riesgo severo resultan diagnosticadas como dependientes del alcohol, después de ser sometidas a estudios clínicos, debido a que los altos volúmenes del tóxico ingerido

promueven los mecanismos de adaptación tisular a la sustancia química y determinan una enfermedad adictiva

-Edad: en riesgo severo predominaron las edades comprendidas de 35 a 44 y de más de 55 años, con dos mujeres en cada grupo (33,3%); de 35 a 44 años existió una frecuencia en riesgo alto de 7 (30,4%) y medio de 11 (39,2%).

De 224 mujeres en riesgo ligero, 71 (31,6%) se encontraban en edades comprendidas entre 15 a 34 años. En las mujeres de riesgo nulo predominó el grupo de edad mayor de 55 años (tabla 1).

En el estudio realizado en Santander, España, la mayor frecuencia de consumos elevados lo exhibieron personas de edades comprendidas entre 18 - 29 años (15). En el estudio de Cayo Hueso, La Habana, se encontró una mayor frecuencia de consumos en edades de 30 a 49 años (16).

Según estadísticas de Coviello DM y col, en Estados Unidos de América (89), 25% de jóvenes encuestados manifestaron beber en forma excesiva. Estos autores coinciden en la necesidad de insistir en las intervenciones educativas que involucren a la familia para lograr resultados más efectivos y refieren que las personas en edades más jóvenes son comúnmente más afectadas por los problemas relacionados con el alcohol.

En este trabajo los consumos más altos de alcohol estuvieron presentes en mujeres en edades medias de la vida, estas personas fueron observadas por el equipo de salud mental, debido a la facilidad que existe en la zona de estudio para obtener el alcohol, que cuenta con varios lugares de expendio de bebidas, en los que se incluyen termos de cerveza, bares y clubes donde

asiste la juventud. Existió asociación estadística entre los riesgos y los grupos de edades ($p = 0,033$).

-Escolaridad: el nivel de secundaria básica predominó en las participantes en el estudio, lo que pudiera corresponder con la escolaridad en la población de esta área. Las universitarias estuvieron representadas en riesgo alto por cuatro mujeres (17,3%). Resultó significativo desde el punto de vista estadístico la asociación entre los riesgos y los niveles de escolaridad ($p=0,029$) (tabla 2).

Caballero AJ en La Habana (16), no encontró diferencias significativas en cuanto a la escolaridad, aunque señaló la mayor frecuencia de bebedores habituales entre personas de escolaridad secundaria y preuniversitaria.

La escolaridad influyó, debido a que permitió la mayor comprensión en las actividades educativas e instructivas, el nivel de información permitió conocer la cantidad de alcohol ingerido y su conversión a unidades, todo lo cual facilita el procedimiento de auto monitoreo y autocontrol del consumo.

- Ocupación: las amas de casa estuvieron mayormente representadas entre las portadoras de riesgo severo, alto y medio con 4 (66,6%), 16 (69,5%) y 15(53,5%), respectivamente (tabla 3).

El alto consumo de alcohol encontrado entre amas de casa probablemente se relacionó en la mayoría de los casos con la sensación de soledad experimentada en el hogar por las mujeres, quienes han manifestado fatigas durante las labores de atención a la familia, así como sensación de baja autoestima, que han tratado de mitigar con el tóxico y las han motivado a beber de forma evasiva.

En Norteamérica Wang R y col (90), estudiaron un grupo de mujeres en edades comprendidas entre 18 y 30 años, consumidoras de alcohol, de ellas 10,7 % hacían uso excesivo de alcohol, un tercio de las mismas eran amas de casa.

En una investigación realizada por Padrón AI y col (91) en Ciudad de La Habana, se encontró que en la muestra participaron 36 amas de casa, de ellas 19,4% eran bebedoras abusivas.

En la investigación practicada en Camagüey (6), de 28 mujeres dependientes del alcohol identificadas en un área de salud, 12 (42,8%) eran amas de casa.

En la presente investigación 18 mujeres trabajadoras también constituyeron un grupo que consumía excesivamente alcohol, en los riesgos severo, alto y medio. Esto puede deberse al desarrollo de actividades festivas efectuadas en los centros de trabajo, que pudieron haber involucrado a las mujeres del estudio con el uso abusivo de alcohol. Existió asociación estadística entre la ocupación y los tipos de riesgo ($p=0,001$).

- Estado civil.

El estado civil soltera presentó mayor representatividad en los riesgos severo y alto, con una frecuencia de 5 (83,3%) y 13 (56,5%) respectivamente.

Predominó en los riesgos ligero y nulo las casadas, con 134 (59,8%) en el primer grupo y 13 (72,2%) en el segundo.

Los tipos de riesgo no presentaron asociación estadística con el estado civil (tabla 4).

En Estados Unidos de América Tucker JA y col (92) informaron que de 24 mujeres con problemas con el alcohol, 13 eran solteras, lo que representó 54,1% de la muestra.

Caballero A (16) encontró en su estudio, que las solteras eran quienes más se excedían en los consumos de bebidas alcohólicas. En los trabajos científicos realizados en la provincia de Ciego de Ávila y en Camagüey se encontró que la mayoría de las bebedoras abusivas no tenían relaciones de pareja estable (6,7).

El estado civil casado puede constituir un factor preventivo para evitar los PRA, si el cónyuge no exhibe un consumo nocivo de sustancias tóxicas.

Predominó el antecedente de uso nocivo de alcohol en el padre de mujeres con riesgo alto, quienes presentaron una frecuencia de 12 (52,1%), (Tabla 5).

El consumo indebido de bebidas en la madre estuvo presente en cuatro participantes de riesgo alto (17,3%), dos de riesgo medio (7,1%), 14 ligero (6,2%) (Tabla 6). Existió asociación estadística entre los tipos de riesgo y la presencia de uso abusivo de alcohol en los padres ($p < 0,005$).

Zweben JE y col (56), encontraron la presencia de 35% de mujeres con PRA que tenían familiares que usaban el alcohol de forma excesiva, sobre todo la presencia de esta afectación fue común en el padre. Alonso F (24), ha expresado que más de 20% de las dependientes del alcohol están unidas a un bebedor excesivo o dependiente de esta sustancia.

-Hábito de fumar.

El hábito de fumar estuvo más representado entre las mujeres de mayores riesgos, en relación con este aspecto fumaban cinco mujeres de riesgo severo, 16 alto (83,3%) y 18 medio (64,2%).

En los riesgos ligero y nulo consumían tabaco 66 (27,8%) y 2 (11,1%) (tabla 7).

En el presente estudio se evidenció asociación entre los tipos de riesgo y el hábito de fumar ($p= 0.008$).

La relación entre el consumo de alcohol y tabaco fue expuesta en estudios realizados en el año 2007 en Estados Unidos de América, por Wang R y col (90), además estos resultados fueron comparables con la investigación de Wakefield y col (93).

Apodaka T y col (94) estudiaron un grupo de adolescentes fumadores y bebedores que presentaban alteraciones psiquiátricas, a los cuales se les aplicó una intervención educativa para promover cambios, los autores plantearon que encontraron respuestas favorables a la erradicación de las dos sustancias tóxicas en 14% de la muestra.

Capelli JC y col (95) estudiaron la relación entre estos hábitos tóxicos y en sus estudios concluyeron que es frecuente la asociación entre el uso de varios alteradores del estado de ánimo.

Wayne F y col (96) estudiaron en el año 2006 un grupo de 191 adolescentes norteamericanos fumadores, que ingresaron en un servicio de Psiquiatría por otros diagnósticos de enfermedades mentales, 98 cumplían los parámetros de altos consumos de alcohol.

Los autores concluyeron que existe una asociación entre el uso de tabaco y alcohol, por lo que sugieren se realicen estrategias de intervención educativas para tratar de controlar el consumo de ambos tóxicos.

Lowinson JH y col (97) plantearon que la asociación que evidenciaron entre los hábitos de ingerir alcohol y fumar se debió en la mayoría de los casos estudiados al desconocimiento acerca de estas sustancias. En el caso del cigarro, de una muestra de 312 estudiantes de un instituto en Baltimore, 288 expresaron que el fumar les brindaba sensación de calma, antiestrés, al igual que la bebida alcohólica. Mediante una estrategia de intervención se logró reducir el riesgo en el consumo de alcohol en la mitad de las personas en estudio. Además, abandonaron el cigarro 30% de los encuestados.

Prochaska JO y col (98) encontraron relación entre fumadores y bebedores, al estudiar una muestra de 146 estudiantes universitarios, de ellos 112 presentaban consumos de tabaco y alcohol, lo que representó 76,7 %, los autores manifestaron que el hábito de fumar y beber en forma excesiva es una práctica que se asocia en la mayoría de los casos y se han referido al carácter "plural" del uso de sustancias alteradoras del estado de ánimo.

Gogh P (99) se refirió a la frecuente relación entre el consumo de alcohol y el hábito de fumar; en su artículo acotó el carácter paralelo entre ambos fenómenos.

En el presente estudio fue evidente la asociación entre los hábitos de fumar y beber, probablemente relacionados con aspectos arraigados a falsas creencias o mitos, vinculados con la moda, el deseo de ofrecer una imágenes más atractiva o tratar de demostrar mayor responsabilidad o madurez de la personalidad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Se aplicó la Intervención Educativa para evitar riesgos y Problemas Relacionados con el Alcohol. La mayoría de las personas se reconocieron como bebedoras de riesgo medio, alto y severo.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Aplicar intervenciones educativas breves, dirigidas a las mujeres, para lograr en ellas el autocontrol de la ingestión de bebidas.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2009.
2. Martínez M. Alcoholismo femenino. Problemática social [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2009; citado 3 Marzo 2010] Infomed.cu Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/search.php?query=&topic=14>
3. Biblia Latinoamericana. Edición Pastoral, Madrid, 1994.
4. González R. De mis apreciaciones ingenuas sobre las drogas, a las basadas en la experiencia de 30 años como terapeuta. Rev Cubana Med Gen Integr. [on line]. Mar.-abr. 2004, vol.20, no. 2 [citado 9 Marzo 2008], p.0-0.Disponible en:http://scielo.sld.cu/cielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252004000200010&Ing=es&nrm=iso>ISSN 0864-2125.
5. Chang de la Rosa M, Cañizares M, Sandoval JE, Bonet M, González R. Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana. Rev Hosp Psiquiatr Hab. 1998; 39(3): 257-263.
6. Mármol L. Determinación de un sistema de factores clínicos y socioculturales para trabajar en la prevención del alcoholismo femenino. [Tesis] Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2012.

7. Moreira R. Comportamientos ante el alcohol y caracterización epidemiológica en mujeres pertenecientes a un consultorio. [Tesis] Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2003.
8. Graves KN. Risks and protective factors associated with alcohol. *J Youth.* 2013; 4(2):379-387.
9. Sobell L, Sobell M. Time line follow back: A technique for assessing self reported ethanol consumption. *Measuring alcohol consumption.* The Humana Press, Totowa, 2009.
10. Miller WL. *Controlling your drinking, tools to make moderation work for you;* Guildford Press, New York, 2011.
11. Owen PL. *Change mechanism.* Guildford Press, New York, 2010.
12. World Health Organization. The WHO brief intervention study group. Brief intervention with heavy drinkers. *Am J Publ Health.* 1996; 86(12): 948-955.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Taller de prevención del uso indebido de alcohol.* La Habana, MINSAP, 2007.
14. Miller P, Ball AS, Todd M, Tennen H. Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addict Behav.* 2009; 32(6):1105-1118.
15. Díez Manrique JF. Análisis bibliográfico del concepto problemas relacionados con el alcohol. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1993; 21(2):44-50.
16. Caballero AJ. *Respuesta comunitaria: Problemas relacionados con el alcohol (PRA).* [Tesis] Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médica “Victoria de Girón”; 1995.
17. Prochaska JM, Prochaska JO, Cohen FC. The transtheoretical model of change for multi-level interventions for alcohol abuse on campus. *J Alcohol Drug Educ.* 2011; 47(3):34-50

18. González Menéndez R. Tabaco y alcohol. Las drogas bajo piel de cordero. [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2009; citado 2 Mayo 2010]Infomed.cu. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=GONZALEZ+MENENDEZ,+RICARDO>
19. Washton A, Zweben JE. Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice. Doing what works. Guilford Press, New York, 2011.
20. Ey H, Bernard P, Dashaies E. Manuel de psiquiatrie. Masson, Madrid, 2009.
21. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Brasilia. I Conferencia Panamericana de Políticas en Alcohol, Brasilia; 27-30 nov 2005
22. Sokol RJ. Fetal alcohol spectrum disorder. J Am Med Assoc. 2011; 290(22): 2926-2999.
23. Bertrard J. Fetal alcohol syndrome. Atlanta, GA: Centred for Disease Control and Prevention; 2010.
24. Alonso F. Los tres secretos del alcoholismo. Ediciones Libertarias, Madrid, 2009.
25. González R. Alcoholismo. Abordaje integral. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2009.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención y Control de la Conducta Alcohólica. MINSAP, 1985.
27. Mármol L, Ocaña AI. Caracterización de las mujeres alcohólicas egresadas del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila. Enlace [serie en Internet] 2011 actualizado 10 abril 2011 [citado 12 junio 2012] 8(46):12-22. Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>

28. 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] 2009 [citado 6 mayo 2010] 13(1): [8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/comunicacion/cb2_v13_0207.html
29. Mármol L, Ocaña AI. Intervención focal educativa preventiva del alcoholismo en el área Norte de Ciego de Ávila. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2009 [citado 6 mayo 2010] 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a3_v13_0107.htm
30. Mármol L. Estrategias educativas de prevención del uso nocivo de alcohol. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol. La Habana, MINSAP, 2007.
31. Mármol L, Ocaña AI. Uso abusivo de bebidas alcohólicas en el adulto mayor. A propósito de un caso. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2007 [citado 8 mayo 2007] 13 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c1_v13_0107.htm
32. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Versión 2.1. Ginebra, OMS, 2000.
33. Sandoval JE, Hernández AE. Alcohol, mito y realidad. Editorial Científico Técnica, La Habana, 2011.
34. González R. Contra las adicciones. Clínica y terapéutica. Editorial Científico técnica, La Habana, 2009.
35. Lis Turlejska M; Polar M. Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among alcohol dependent women. Polish Psychological Bulletin, 33(2): 13-20, 2011.

36. Roca R. Temas de Medicina Interna. 4ta Ed. Editorial. Ciencias Médicas, La Habana, 2011.
37. Gorguet M. Violencia, sexualidad y drogas. Autoayuda. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2010.
38. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, Guilford Press, New York, 2002.
39. Merlin D. Gender differences appear in drug dispensing data. Psychiatric News, American Psychiatry Association, professionals News, 42(15) 9-11, 2011.
40. Stinsky IA, Stefan K. Binge drinking and health behavior. Addictive Behaviors.32 (3):505-514, 2011.
41. Cheryl D, Brich J, Sherry H. Exploring differential patterns of situational risk for eating and heavy drinking. Addictive Behaviors .32(3):439-448, 2011.
42. Keller S, Jason E. Binge drinking and health behaviors in medical students. Addictive Behaviors. 32(3):505-515, 2010.
43. Gill JS. Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within U. K. undergraduate student population over the last 25 years. Journal of Alcohol and Alcoholism.37 (2):109-120, 2010.
44. James LM, Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with alcohol use problems and cluster B personality. Addictive Behaviors.32 (4)710, 2009
45. Maruyama K., Mirle D. Japan grapples with alcoholism crisis. Addictive Behaviors. 32(1):24-36, 2011.
46. Goldman D, Alcohol related problem in Japan, Journal of Abnormal Psychology, 113(32):541-555, 2011.
47. Lau J, Hi Yi Tsu, Lam Lt. Alcohol consumption sex and use of psychotropic substances among Hong Kong -mainland China cross border substance users. Addictive Behaviors.32 (4):686-689, 2011.

48. Norico C, Sacker A, Smith EM. Psychological distress and misuse. *Addictive Behaviors*. 32(2):282-295, 2009.alcohol use and
49. Dregan M, Turlejska ML, Wilson TA. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors* 32(5): 902-912, 2011.
50. Grinder J, Bandler R. *The structure of magic*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1997.
51. Glindermann KE, Ehrhart I, Drake EA, Scout E. Reduction alcohol consumption at university fraternally parties: a cost-effective incentive-reward intervention. *Addictive Behaviors*. 32(1): 24-36, 2012.
52. Marlatt GA, Little J. Harm reduction psychotherapy: a new treatment for alcohol and drug problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(28):631-640, 2012.
53. Gutiérrez E, Bandera A, Gómez AM, Martínez M. *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. Editorial Científico- Técnica, Ciudad de La Habana, 2011.
54. La Brie J, Pedersen ER, Lamb T, Quirlamp T. A. campus –based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in college students. *Addictive Behaviors*. 32(5) 902, 2010.
55. De Jong P J, Weirs R W; van de Braak B, Huijding J. Relationship with drinking behavior and alcohol problems. *Addictive Behaviors*.32 (4):881-887; 2010.
56. Zweben J E, Washton A, Boundy L. *Women need special treatments*. Guilford Press, New York, 2010.
57. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Formulario Nacional de Medicamentos*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2006.

58. Ministerio de Salud Pública de Cuba: Programa Nacional de prevención y control del alcoholismo. Taller Nacional de actualización en tratamientos antialcohólicos, La Habana, marzo 2006.
59. González R. El alcoholismo y su atención específica. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1995.
60. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. El paciente drogodependiente. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Masson, Madrid, 2010.
61. Kelly ML, French A, Bountres K, Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. Addictive Behaviors. 32(4)734, 2011.
62. Clavijo A. Crisis, estrés y psicoterapia. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2000.
63. Hernández R. Metodología de la investigación. Editorial Félix Varela, La Habana, 2011.
64. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima Edición. Editorial Meditor, Madrid, 1992
65. Vázquez Barquero JL; Díez Manrique JF.; García Usieto ME. Psiquiatría en atención primaria. Grupo Aula Médica, Cantabria, 2005.
66. Anónimo, <http://www.mujeres.cubaweb.cu/espacio/tema.htm>
67. Mármol L, Ocaña AI. Presentación de un caso de uso abusivo de bebidas alcohólicas en una adolescente. MediCiego [serie en Internet] 2011 [citado 5 mayo 2012]13 (1): [aprox. 8 p.]. DiClemente, CC. Addiction and change: How addiction develops and addicted people recover. Guilford Press, New York, 2012.
68. Albear O, Lugo C. Conviviendo con VIH. Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH-SIDA en Cuba. Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH-SIDA, 2011.

69. Mueser KT. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. Guilford Press, New York, 2011.
70. Wahston, A., "Outpatients groups at different stages of substance abuse treatment: preparation initial abstinence, and relapse prevention". In D. W. Brook Ed. The group psychotherapy of substance abuse. Haworth. Medical Press, Binghamton, New York, USA, 2011.
71. Babor T; Caetano R. Evidence based alcohol policy in the Americas. Strengths weakness and future challenges. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(3-4) 3327-337,2011.
72. Bunke BL, Arkowitz, H, "The efficacy of motivational interviewing: a meta analysis of controlled clinical trials. Journal of studies on alcohol", 63 (5):559-567, 2012.
73. Apostolopoulos Y. Risk behaviors of American spring break vacationers: a case of situational disinhibition? International Journal of STD and AIDS, 13(2): 733-743, 2012.
74. Grindler J; Bandler R. Frogs into princes. De sapos a príncipes, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2011.
75. Barnett NP., Tevyay T., Fromme K. "Brief alcohol interventions with mandated in adulterated college students". Alcoholism. Clinical and experimental research, 28(6):966-975, 2010.
76. Sobell M.; Sobell L. Problems drinkers: Guided self-change treatment, Guilford Press, New York, 2009.
77. Mármol L, Ocaña AI. El Alcoholismo en la mujer: Mitos y realidades. Enlace [serie en Internet] actualizado 6 febrero 2009 [citado 8 junio 2010] 9(51):22-24 Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>

78. Bundio F. La gran diferencia ¿Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres? , Editorial Masson, Madrid, 2009.
79. Graham A W, Schultz T K., Mayo M. Principles of addiction medicine (3rd Ed.) Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine. (2011).
80. Washton A.M., Washton L.J. Finding silver linings in the clouds. Paper presented at the Annual Medical Scientific Conference of the American Society of Addiction Medicine, Atlanta, GA.,2002 Behaviors. 32 (1):115-127, 2011
81. Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy, a new treatment for alcohol and drug problems. Arouson, Northvale, New Jersey, 2010.
82. Denning P, Little J, Gickman A. Over the influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol. Guildford Press, New York, 2010.
83. Widle M, Schumann EG, Hamilton JR. Alcohol use among adolescents and young adults. Alcohol research and health, 27 (4):79-85, 2010.
84. Westermeyer M, White WJ, Phillips RY. Co-morbidity in heavy drinkers. Addictive Behaviors. 32 (4):674-682, 2010
85. Baer JS, Peterson PL. Motivational interviewing for adolescents and young adults. In W R Miller, 2nd Ed. The Guilford Press, New York, 2010.
86. Cepeda BA. Henry K, Gleaves D H, Fernandez M C. Cross-cultural investigations assessments, Journal of Consulting and Clinical Psychology.11 (2):152-159, 2009.
87. Hatterma J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing .Annual Reviews of Clinical Psychology. 1(2): 91-111, 2004.
88. Coviello DM, Alterman AI, Cacciola JC.The rol of family history in addiction severity and treatment response. Journal of Substance Abuse Treatment. 26(1):303-313, 2009.

89. Wang R, Shillington A, Clap J. Substance use disorders among women. *Addictive Behaviors*. 32 (2):44-46, 2009.
90. Padrón AI, Rangel R, Larrosa C. Aplicación del AUDIT en un consultorio del Médico de Familia. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol, La Habana: MINSAP, 2009.
91. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. Different variables are associated with help-seeking patterns and long term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviors*. 29, 433-439, 2009.
92. Wakefield F, Flay B, Nitcher M. The role of the media in influencing trajectories of smoking. *Addiction*, 98 (Suppl 1), 79-103, 2011.
93. Apodaka T, Abrantes AM, Strong D., Brown, R A. Readiness to change smoking behavior in adolescents with psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*. 32 (6):1119-1130, 2010.
94. Capelli JC, Bushmakin AG, Goldman EF. Confirmatory factor analyses and reliability of the modified cigarette evaluation questionnaire. *Addictive Behaviors*. 32(5):912-923, 2009.
95. Wayne F, Clap J., Brown RA. Binge drinking and smoking *Pharmacology, Biochemistry and Behaviors*, 78(24):611-622, 2009.
96. Lowinson JH, RuizP, Millman RB. Langrod, J. Substance abuse: a comprehensive textbook. Williams and Wilkins, Baltimore, 2009.
97. Prochaska JO, Velicier WF, Redding CA. Tailored communications for smoking cessation: Past successes and future directions, *Drug and Alcohol Review*, 25, 47-55, 2009.
98. Gogg P .Alcoholismo femenino. Enemigo en soledad (pagina en Internet). La Habana. Infomed.cu; 2007 (actualizado 3 Ene 2008; citado 3 Marzo 2008.

Disponible en: <http://www.radohoc.cu/espanol-sugerencias-nov06-alcoholismo.htm>.

99. Bot S; Engels R., Taylor SA. Pastime in a pub. *Addictive behaviors*. 32 (3):491-499, 2007.
100. Nolen E, Hoeksema, S. Gender differences in risks factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychological Review*, 24(8): 981-1010, 2011.
101. Brecht ML, Brown ML, Hunt SE. Substance use pathways. *Addictive Behaviors*, 32 (1):24-38, 2010.
102. Todd M, Arneli S. Ball S. Drinking to COPE. *Journal of studies on alcohol*, 66, 121-129.
103. Herrera Y, Pita C. Alcoholismo femenino. Abordaje del alcoholismo femenino en el primero y segundo nivel de atención. (pagina en Internet) . La Habana. Infomed.cu; 2007 (actualizado 3 Ene 2008; citado 3 marzo 2009). Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/mgi_publicacion_yanela.doc.

