



Enero 2020 - ISSN: 2254-7630

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALCOHOLISMO EN PACIENTES CON RIESGO. GUAIMARO 2018

Lic. Ilieth Acosta Nápoles

Jefa del Departamento Docente, Hospital Docente Armando E. Cardoso, Guáimaro.
Camagüey. Cuba
Licenciada en Educación Especialidad Biología. ISP José Martí Camagüey Cuba
ian.cmw@infomed.sld.cu

MsC. Liset Roquero Gracia

CUM Guáimaro. Profesor Asistente
Camagüey. Cuba
Licenciada en Educación Especialidad Biología. ISP José Martí Camagüey Cuba

Lic. Liliana María Afonso Sánchez

Bibliotecaria, Hospital Docente Armando E. Cardoso, Guáimaro, Camagüey, Cuba.
Licenciada en Gestión de la Información en Salud. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba

Dr. Rey Carlos Velázquez Borges

Médico del Hospital del Servicio de Ginecología
Doctor en Medicina. Especialista en Ginecología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Ilieth Acosta Nápoles, Liset Roquero Gracia, Liliana María Afonso Sánchez y Rey Carlos Velázquez Borges (2020): "Intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre alcoholismo en pacientes con riesgo. Guaimaro 2018", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea:
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/01/alcoholismo-pacientes-riesgo.html>

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en el Consultorio del Médico de la Familia No 16, perteneciente al Policlínico Docente Victoria de Girón, Guáimaro en el período comprendido entre octubre del 2017 a junio del 2018, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en pacientes con riesgo de adicción entre 20 y 59 años. El universo de estudio estuvo constituido por 62 sujetos aleatoriamente seleccionados como consumidores de riesgo y la muestra por 48 de ellos. La información se obtuvo de la historia clínica

individual, el examen clínico. Se empleó como instrumento una entrevista (Test de Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT)) y un cuestionario, que incluyó variables relacionadas con el conocimiento sobre el alcoholismo, factores de riesgo y complicaciones. Este constituyó el registro primario. Los datos se procesaron de forma computarizada y los resultados se ilustraron en tablas y texto. Existió un predominio del sexo masculino, prevaleciendo el rango entre 40 y 49 años de edad. El nivel de escolaridad en los pacientes encuestados, tuvo un predominio del nivel secundario. Se evidenció que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos sobre los riesgos y complicaciones del consumo de alcohol y su dependencia. Se concluye que la intervención ofreció resultados positivos, al lograr modificar el nivel de conocimiento en la muestra seleccionada.

SUMMARY

Came true a study of intervention at the Doctor's Office of the Doctor of the Family No 16, perteneciente to the Teaching Poly-Clinician Girón's, Gu's Victory imaro in the period understood between October of the 2017 to June of the 2018, for the sake of modifying the level of knowledge on alcoholism in patients at the risk of addiction between 20 and 59 years. The universe of study was constituted for 62 subjects aloetiquetados like consumers of risk and the sign for 48 of them. You got the information from the individual case history, the clinical exam. An interview was used as instrument (AUDIT)) and a questionnaire, the fact that you included variables related with the knowledge on the alcoholismo, risk factors and complications (Identificación's Test of Trastornos for consumption of Alcohol. This constituted the primary record. They processed the data of computerized form and they illustrated the results in tie and text. You existed one you predominated of the masculine sex, prevailing the range between 40 and 49 elderly years. The level of scholarship in the polled patients, you had a predominance of the secondary level. It became evident than the knowledge on risks and complications of the consumption of alcohol and his dependence were only a few before receiving the educational works. It is concluded that intervention offered positive results, when modicar achieved the level of knowledge in the selected sign.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo, una drogadicción lícita, tan antigua como la historia de la humanidad, constituye en este momento un grave problema de salud y un serio problema social en todo el mundo. Es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico en forma de que exista una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol.^{1,2}

En el año 800 a .n.e. se descubrió el proceso de destilación del alcohol y ya 400 años después Hipócrates describió "la locura alcohólica". Desde entonces se usa y abusa del alcohol, tanto es así que a pesar de sus efectos tóxicos en el organismo es considerada una droga lícita, quiere decir, un hábito permisible.³

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.^{4,5}

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo el Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo.^{6,7}

El aprendizaje de hábitos inadecuados de conducta desde edades tempranas condiciona que se encuentre la presentación de la misma en la adolescencia más temprana, destacándose con frecuencia el comienzo entre los 15 y 20 años de edad. Mientras más temprano sea en la vida del individuo, más frecuente será la adicción o dependencia y más la frecuencia de que sean bebedores con problemas.^{8,9}

Al igual que en muchos países del mundo, en México el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol representan un problema de principal magnitud, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y familias. Se ha estimado que en México el abuso de alcohol, por sí solo, representa el 9% del peso total de la enfermedad y que los padecimientos asociados como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones producidas por vehículos de motor, los homicidios y los suicidios representan causas importantes en cuanto a nivel de pérdida de años de vida saludable. Por lo que se refiere al individuo, el alcoholismo implica aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, dependencia económica y sufrimiento moral, con las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiares y comunitarios.¹⁰

La solución de este problema resolvería serios gastos que en el mundo se invierten cada año en el

tratamiento y la liquidación de las consecuencias que trae consigo el uso y abuso del alcohol. Se ahorrarían los gastos inherentes a tratamientos ambulatorios y en hospitales. Aumentaría la productividad y el hombre sería más útil socialmente. Se señala que en los EE.UU. se invierten 100 billones de dólares cada año en estos fines.¹¹

Salvo algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencias religiosas, alrededor del 70 % de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemas en algún momento de su vida.¹²

Actualmente España ocupa el 4to lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4 % de la población española (1 600 000 personas) consume diariamente más de 100 g. Se considera que existe un incremento de consumo de alcohol de alrededor del 30 % en los países desarrollados durante los últimos 20 años, índice muy superior al esperado por el aumento de la población en esta etapa.¹³

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 20 y 44 años.¹⁴

Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente en nuestro país, que el 90,4 % de la población inicia la ingestión del tóxico antes de los 25 años y que la mayoría de los bebedores problema se encuentra entre 25 y 42 años. Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40 % en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2 % de los enfermos que ingresan en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.¹⁵

En la provincia de Camagüey y específicamente en nuestro municipio, ha ido aumentando considerablemente el consumo de alcohol desde edades tempranas, y no existe una conciencia en la población para disminuir los efectos nocivos de la adicción.

Justificación

El alcoholismo es una enfermedad que influye en el desarrollo social de las funciones del individuo. Se estima que el 70% de la población cubana consume alcohol. Por lo que constituye un problema de salud emergente.

En las escasas áreas de recreación existentes en el municipio es común la venta de bebidas alcohólicas, lo que promueve su consumo tanto por hombres como mujeres, observándose una actitud de tolerancia y pareciera desconocerse todavía por la comunidad la significación del alcohol como la más trascendente adicción de nuestros días.

La población perteneciente al Consultorio No 16 está inmersa en este problema, pues consumen bebidas alcohólicas con mucha frecuencia y en grandes cantidades y se incrementa en días festivos en los cuales también se ve un aumento de los accidentes de tránsito, la violencia en todas sus variantes y otras indisciplinas sociales relacionadas directamente al consumo desmedido de bebidas alcohólicas. Esto lo corrobora el ASS del área.

Nuestro sistema de Salud acoge esta situación como el problema social que constituye y se toman alternativas en todos sus niveles. Aunque son más frecuentes los bebedores sociales y bien tolerados por la sociedad en general, nos preocupa el incremento de los bebedores en riesgo (moderados) y esto nos alerta para la toma de medidas oportunas.

El médico de la Atención Primaria de Salud juega un papel importante en la prevención de adicciones, a partir de la labor que debe desarrollar de conjunto con otros factores, a través del desarrollo de estrategias que modifiquen los conocimientos sobre la temática abordada.

Pero se ha visto en la práctica que no existen registros de evidencias de intervenciones al respecto, es por ello que se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Cómo modificar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en pacientes con riesgo de adicción entre 20 y 59 años?

Fundamentación Teórica.

Según Díaz Martínez, et al.,¹⁶ la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene catalogada a la enfermedad alcohólica entre las no transmisibles. Lo define 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.

Para Barroetabeña, et al.,¹⁷ es 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.

Braitman y colaboradores¹⁸ definen el alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) como un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Su molécula pequeña es y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías. Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte

del alcohol se metaboliza en estomago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

Para los mismos autores no todas las personas que consumen alcohol, son adictos a este. En los alcohólicos se encuentran característica, tales como: El deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte o compulsiva de beber alcohol, pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado, dependencia física: la ocurrencia de síntomas de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante, tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse drogado o intoxicado.¹⁸

Ochoa Mangado, et al.,¹⁹ asumen que antes de llegar a la dependencia alcohólica el individuo pasa por dos etapas que de seguir aumentando el consumo, bajará de un peldaño a otro hasta llegar irremediamente al alcoholismo. Estas etapas son las de *consumo de riesgo* y la de *consumo perjudicial de alcohol*.

González Menéndez y colaboradores²⁰ alegan que por *consumo de riesgo* se entiende cuando se consume con más frecuencia y en más cantidad que las normas establecidas socialmente. Un consumo regular diario de 40 a 60 g. de alcohol en el hombre o de 20 a 40 g, en la mujer, expresa altas probabilidades de daños para la salud o afectación de la imagen familiar, laboral o comunitaria así como de su economía personal. La frecuencia normal se refiere a no más de dos veces por semana, en tanto la cantidad a no más de un cuarto de botella de ron, coñac o whisky, o una botella de vino, o cinco latas de cerveza por cada día de consumo. Se incluye además dentro de esta etapa al estado de embriaguez ligera que ocurre más de una vez por mes.

Para García Gutiérrez, et al.,²¹ el *consumo perjudicial de alcohol* es el escalón que se encuentra entre el consumo de riesgo y la dependencia al alcohol o alcoholismo; el mismo se refiere a aquel estado en que el individuo comienza a presentar daños o afectaciones físicas, psíquicas o sociales.

Stolle, et al.,²² plantean que por otro lado, no todos los que consumen el producto se convierten en alcohólicos, e incluso a veces no llegan a incluirse en ninguna de las dos etapas previas al alcoholismo. Pero no por ello están exentos de riesgo. En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social.

Según Cavalcante y su equipo²³ los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a

otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio.

Armin, et al.,²⁴ asumen que el consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. El consumo crónico produce deseo de consumo por disminución niveles de dopamina, incremento canales del calcio, incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gabaérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo puede provocar alucinaciones en el delirium.

Para este equipo no existe una causa común conocida del abuso del alcohol y del alcoholismo. Aunque se conoce que aquellas personas en riesgo de desarrollar alcoholismo abarcan: Hombres que tomen 15 o más tragos a la semana (Una copa o trago se define como una botella de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas o una 1 ½ onzas de un trago de licor), mujeres que tomen 12 o más tragos a la semana, cualquier persona que tome cinco o más tragos por ocasión al menos una vez por semana.²⁴

Para Ribera, et al.,²⁵ hasta el momento no existe una causa común conocida para esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo. Destacándose la presencia de una historia familiar de abuso de alcohol, se ha encontrado una prevalencia de alcoholismo paterno que puede alcanzar hasta un 60%. En aquellos casos con antecedentes familiares de alcoholismo se produce un inicio más temprano del abuso del alcohol, tienen un peor pronóstico y una mayor asociación con otros trastornos psiquiátricos. Es por ello que una persona que tenga un padre alcohólico es más propensa a volverse alcohólico que una persona sin alcoholismo en la familia inmediata.

Los estudios realizados en distintas latitudes a pacientes alcohólicos reflejan llamada herencia psicológica para hijos de padres alcohólicos al producir imitación o rechazo de los patrones paternos que favorecen su propio alcoholismo, el casamiento con una pareja alcohólica o una conducta de total abstinencia.²⁶

Otras personas que pueden ser más propensas a abusar del alcohol o volverse dependientes abarcan aquellas que: Están bajo la presión de compañeros, sobre todo adolescentes y estudiantes universitarios, tengan depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad o esquizofrenia, tengan acceso fácil al alcohol, tengan baja autoestima o problemas con las relaciones interpersonales, lleven un estilo de vida estresante, vivan en una cultura donde haya alta aceptación social del consumo de alcohol.²⁷

Según Piedra Herrera²⁸ el paciente alcohólico complicado presenta alteraciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis. El consumo de alcohol se hace prolongado y excesivo, ocurre una significativa disminución de la capacidad de trabajo y manifestaciones del síndrome de dependencia del alcohol o psicosis alcohólica que puede ocasionar muerte prematura. La ingestión de bebidas alcohólicas se ha asociado con cáncer de la boca, faringe, esófago, laringe, estómago, colon, recto e hígado, así como de mama y pulmones.

Para Anderson, et al.²⁹ los pacientes alcohólicos generalmente no suelen llevar una dieta equilibrada, además, debido a la ingestión del tóxico pueden sufrir alteraciones en cuanto a la absorción y el aprovechamiento de los nutrientes, por lo que en estos pacientes se puede observar un estado de malnutrición, el cual refleja con cierta aproximación el total de calorías que se ingieren diariamente en forma de alcohol. Si la ingestión de alcohol supera al 30 % del aporte calórico total es habitual que se reduzca significativamente la ingestión de hidratos de carbono, proteínas y grasas; además, el consumo de vitaminas. Se conoce que el contenido primario es agua, alcohol puro (etanol) y cantidades variables de azúcares, mientras que las proporciones de proteínas, vitaminas o minerales son irrelevantes o nulas; por tanto, el aporte calórico que puede brindar proviene de los azúcares y del propio alcohol, variando en relación con el tipo de bebida. Así, las calorías derivadas del alcohol, como poseen menor valor biológico no son útiles para producir o mantener la masa corporal.

Según plantean Chen y colaboradores³⁰ el alcohol tiene como resultado final hipertensión arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona. Estudios científicos demuestran el efecto tóxico directo sobre el hígado y el cerebro, que dan lugar a deficiencias en el funcionamiento hepático (cirrosis hepática) y a disminución de la memoria y de las capacidades intelectuales del enfermo alcohólico respectivamente. En el 10 % de los pacientes alcohólicos crónicos presentan un cuadro de trastorno mental grave que les impide mantener una vida social normal (demencia alcohólica), entre el 50 y el 70 % de ellos presentan un déficit cognitivo más o menos acusado, que traduce la existencia de lesiones neurológicas del SNC.

Por su parte Molina Hechavarría, et al.,³¹ cuando la persona es alcohólica, el consumo del alcohol repercute en forma muy negativa sobre la producción de hormonas hipofisarias y testiculares; y aparece disminución del vello facial, afinamiento de la voz, atrofia testicular e incremento del volumen de las mamas en el hombre.

Los problemas sociales que se provocan como consecuencia del alcoholismo pueden incluir la pérdida del puesto del trabajo, problemas financieros, conflictos conyugales y divorcios, condenas por crímenes tales como conducción bajo la influencia del alcohol, desórdenes públicos o maltratos, marginación.³²

Esta enfermedad (alcoholismo) no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en que vive. El primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor, empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes. Otro hecho vinculado con el paciente alcohólico radica en el contexto de la familia, en sus hogares, por lo general, hay carencia de estímulos, con descuidos para garantizar las necesidades y cuidados de los niños, se producen maltratos físicos al menor y discusiones entre los padres en presencia de los hijos.³³

En relación al tratamiento de la adicción al alcohol, numerosos estudios han documentado la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinados o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo, pero el éxito del tratamiento de las personas con una adicción al alcohol depende del reconocimiento del problema, ya que el alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento y la mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento.^{34, 35}

HIPÓTESIS

Una intervención educativa sobre el alcoholismo en pacientes con riesgo modificará los conocimientos sobre las adicciones en el rango entre 20 y 59 años del Consultorio No 16 en el municipio Guàimaro.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Modificar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en pacientes con riesgo entre 20 y 59 años del Consultorio del Médico de la Familia No 16, perteneciente al Policlínico Docente Victoria de Girón, Guàimaro, en el período comprendido entre octubre del 2017 a junio del 2018.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Caracterizar la muestra objeto de estudio según variables demográficas: edad, sexo y escolaridad.
- 2.- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo del alcoholismo presentes en la población objeto de estudio.
- 3.- Aplicar un programa educativo a la muestra seleccionada
- 4.- Evaluar el nivel de conocimiento de los participantes, antes y después de la intervención:
 - Nivel de conocimientos sobre la definición de alcoholismo,
 - Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo para el desarrollo del alcoholismo
 - Nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la enfermedad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un de intervención en el Consultorio No 16 perteneciente al Policlínico Docente Victoria de Girón, Guàimaro, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo en pacientes con riesgo entre 20 y 59 años, en el período comprendido entre octubre del 2017 a junio del 2018.

Universo y muestra de estudio:

El universo de estudio estuvo conformado por 62 sujetos clasificados como consumidores de riesgo entre 20 y 59 años y la muestra fue 48 de ellos seleccionados mediante **criterios de inclusión** establecidos:

- Disposición voluntaria del paciente para su participación en el estudio previo consentimiento informado. (Anexo No 1)
- Ser consumidor de riesgo a partir de la evaluación según Test de Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT). (Anexo No 2).

- Estar presentes en el área de salud en el periodo de la investigación.
- Aptos psíquicamente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes incluidos en otras categorías como: consumidores perjudiciales y dependientes.
- Ausentes en el área de salud en el momento de aplicar el cuestionario.

Métodos aplicados para realizar la investigación:

Teóricos:

Histórico-lógico: permitió analizar la evolución histórica del alcoholismo, antecedentes, comportamiento y tendencias actuales, lo cual posibilitó establecer las bases teóricas que sustentan y reflejan de forma lógica la esencia, necesidad y regularidad del conocimiento.

Análítico-sintético: permitió el estudio del comportamiento de los factores de riesgo y complicaciones en pacientes seleccionados

Inducción-deducción: permitió la valoración de los resultados de los diversos instrumentos utilizados en la investigación, así como las vías lógicas seguida para la solución del problema científico.

Análisis de las fuentes de información: permitió analizar y estudiar documentos, artículos, resúmenes de investigaciones, tesis de maestrías, doctorados y literatura científica en general relacionada con el tema de investigación.

Empíricos:

Observación: permitió valorar la conducta de los pacientes objeto de investigación que constituirá la muestra, lo que ayudó a la formulación y fundamentación del problema.

Encuesta: se les aplicó a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión seleccionados para obtener información acerca del conocimiento que poseen sobre el alcoholismo. (Anexo No 3)

Para la ejecución de la intervención se cumplieron cuatro etapas de trabajo:

Etapas I. Coordinación

En esta etapa se valoró con los diferentes factores que formarían parte de la investigación, para la asistencia del personal, considerando los puestos de trabajo y estudio de los participantes.

Etapas II. Diagnóstica.

Consistió en la aplicación del cuestionario (Anexo No 3) elaborado por la autora con la participación y criterio de especialistas en la materia para evaluar el conocimiento sobre alcoholismo en pacientes con riesgo entre 20 y 59 años de edad antes de efectuar el programa, también elaborado con la consulta de especialistas. La misma aplicó el instrumento y dió las instrucciones completas, aclaró los términos dudosos o desconocidos y les recordó que sus respuestas eran totalmente confidenciales. La aplicación duró alrededor de unos 50 minutos.

A la muestra seleccionada se le aplicó con anterioridad el Test de Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT). (Anexo No 2).

Etapa III. Intervención educativa.

En esta etapa se desarrolló un programa educativo

(Anexo No 4) que incluyó temas relacionados con el alcoholismo, factores de riesgos y complicaciones.

Para llevar a cabo el programa se tuvo en cuenta las bases psicopedagógicas de la educación para la salud. El programa se confeccionó para una duración de 5 semanas, con un encuentro semanal de una hora o más según cada frecuencia y tema.

Este programa contó con un sistema de actividades cuyos objetivos estaban en correspondencia con la temática, de forma tal que los pacientes alcanzaran una percepción adecuada de la necesidad de conocer aspectos relacionados con la enfermedad, de adquirir recursos psicológicos para enfrentarla y valorar de manera adecuada la importancia de la inserción social y laboral.

Etapa IV. Evaluación.

Al término del programa se realizó una evaluación del nivel de conocimientos alcanzado por los participantes, mediante las respuestas a las preguntas del cuestionario inicial (Anexo No 3).

La intervención se evaluó desde un punto de vista cualitativo y se obtuvo explorando la percepción de los participantes con respecto a las expectativas, sugerencias y experiencias, así como las deficiencias encontradas durante la aplicación del programa educativo.

Fue evaluada de satisfactoria la intervención educativa, cuando al realizar la evaluación del cuestionario se observó un aumento estadísticamente significativo en el nivel de conocimientos de los pacientes acerca del tema.

Instrumento, técnicas para la obtención y recolección de la información.

Para conocer el patrón de consumo se aplicó la versión de entrevista del Test de Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) (Anexo No 2). Luego se aplicó un cuestionario (Anexo No 3), en la primera parte del mismo fueron recolectados datos que permitieron caracterizar a los participantes: edad, sexo, y escolaridad. La segunda parte tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los pacientes con riesgo acerca de la definición de alcoholismo, los factores de riesgo y complicaciones orgánicas y sociales.

Según las respuestas a las preguntas de este instrumento, se calificó el conocimiento sobre cada aspecto de suficiente e insuficiente. Para explorar el nivel de conocimientos se tomó en cuenta los aspectos siguientes:

Conocimiento sobre la definición de alcoholismo

Se consideró:

- Suficiente: Si respondió correctamente la pregunta 4, los incisos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.6.

- Insuficiente: Cuando no se cumplió lo anterior y marcó los incisos incisos 4.4 y 4.5.

Conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar el alcoholismo.

Se consideró:

- Suficiente: Si respondió correctamente la pregunta 5, todos los incisos.
- Insuficiente: Cuando no se cumplió lo anterior.

Conocimiento sobre las complicaciones orgánicas del alcoholismo

Se consideró:

- Suficiente: Si respondió correctamente la pregunta 6, todos los incisos
- Insuficiente: Cuando no se cumplió lo anterior.

Conocimiento sobre las complicaciones sociales del alcoholismo

Se consideró:

- Suficiente: Si respondió correctamente la pregunta 7, todos los incisos
- Insuficiente: Cuando no se cumplió lo anterior.

Análisis estadístico.

La información recogida se llevó a la base de datos con una computadora Pentium IV en procesador de texto Word XP. La información se procesó mediante la estadística descriptiva para el análisis de distribución de frecuencias de datos cualitativos con una confiabilidad del 95% ($p < 0,05$). Las tablas se diseñaron en Excel XP en procesador estadístico SPSS. Versión 10 para Windows. Los resultados se presentaron en forma de texto y en tablas simples de distribución de frecuencias, expresados en frecuencia y porcentaje. para recolectar la información

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Tiempo vivido expresado en años cumplidos.	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Sexo biológico	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Básica Preuniversitario Universitario	Se tuvo en cuenta el nivel de escolaridad de las pacientes Participante en el estudio	Frecuencia y porcentaje
Conocimiento sobre la	Cualitativa nominal	Insuficiente	Se evaluó según la	Frecuencia y porcentaje

definición de alcoholismo	dicotómica	Suficiente	respuesta a la pregunta 4	ciento
Conocimiento sobre los factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Insuficiente Suficiente	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 5	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre las complicaciones orgánicas	Cualitativa nominal dicotómica	Insuficiente Suficiente	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 6	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre las complicaciones sociales	Cualitativa nominal dicotómica	Insuficiente Suficiente	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 7	Frecuencia y por ciento

Aspectos éticos.

El estudio se realizó cumpliendo con los principios Éticos para la Investigación Médica y fue además aprobado y seguido su ejecución hasta el final, por el Comité de Ética del Policlínico Docente Victoria de Girón, Guàimaro. (Anexo No 5)

CONCLUSIONES

Se concluye que:

- Predominó del sexo masculino, prevaleciendo el rango entre 40 y 49 años de edad.
- Existe un nivel de escolaridad en los pacientes encuestados, con predominio del nivel secundario.
- Antes de la intervención prevalecieron los pacientes con bajo nivel de conocimiento sobre los aspectos más significativos del alcoholismo, posterior a la intervención la mayoría incrementaron los conocimientos sobre el tema.
- Es efectiva la intervención a partir de los resultados obtenidos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda sistematizar este tipo de investigación, considerando la participación de organismos que ayuden en el seguimiento a la problemática, así como lograr extenderla a todas las áreas de salud. Proponemos además, trabajar dentro de las temáticas de los programas educativos las alternativas de solución para mejorar la calidad de vida, a partir del diagnóstico de la población que en su mayoría presenta un bajo nivel cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcoholismo [Internet]. 2013; disponible en: <http://hinari-gv.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom> [Consulta 5 junio 2014].
2. Alcoholismo [Internet]. 2014; disponible en: <http://hinari-gv.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom> [Consulta 16 de mayo 2015].
3. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 14 ed. USA: Harcourt S.A ; 2000.
4. Alcohol y salud [Internet]. 2016; disponible en:<http://www.greenfacts.org/es/alcohol/index.htm> [Consulta 18 junio 2017].
5. Alcoholismo y Adolescencia [Internet]. 2015; disponible en: <http://hinari-gv.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom> [Consulta 2 marzo 2016].
6. Bau C, Henrique D. Estado actual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. Cienc saúde coletiva 2002; 7 (1):90
7. Medina Mora ME. Women and alcohol in developing countries.Salud ment 2001; 24 (2): 3-10
8. Goldman L, Bennett J C. Cecil Textbook of Medicine. 21th Edit.USA:W B Saunders Company; 2000
9. Braundwald D, Fauci .Harrison's Principles of Internal Medicine.15 th.USA: Mc Grau Hill; 2001
10. García Gutiérrez E, Lima Mompò G, Aldana Vilas I, Casanova Carrillo, Feliciano Álvarez. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev. Cubana Med. Militar [en línea]. 2014; [Consulta 15 julio 2016].
11. Sandoval J E, Gutiérrez M E, Gutiérrez L. Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo.Rev cubana med gen integr 2001; 17(1)
12. González Menéndez R. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11(3):269-70
13. Muracén Disotuar I, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina JM, González Rodríguez MR. Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(1): 62-7.
14. Herrera Santí PM, Avilés Betancourt K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(2):134-7.
15. González Méndez R. SOS alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997. p.26-8.

16. Díaz Martínez A, Díaz Martínez R, Hernández-Ávila CA, Narro Robles J, Fernández Varela H, Solís Torres C. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental* 2008; 31:271-282.
17. Barroetabeña Y, Viñas C, Padierno N, Padierno R, Barreras OL. Intervención educativa sobre alcoholismo. *INTERPSIQUIS* [revista en la Internet]. 2016[23 de Marzo 2017]; 28(3). Disponible en: <http://www.Psiquiatria.com/articulos/adicciones/28322/>.
18. Braitman Abby.L, Kelley Michelle L, Ladage J, Schroeder V. Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 2009; 53: 69-78.
19. Ochoa Mangado Enriqueta, Madoz-Gúrpide Agustín, Vicente Muelas Natividad. Diagnosis and treatment of alcohol dependence. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2012 Abril 2015]; 55(214):26 -40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003&lng=es.doi:10.4321/S0465-546X2009000100003)
20. González Menéndez Ricardo. Un criterio taxonómico para los patrones de consumo étílico. *Rev Cuba Salud Pública* [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2014 Jul 28] ; 37(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100011&lng=es
21. García Gutiérrez Eulalia, Lima Mompó Gilda, Aldana Vilas Laura, Casanova Carrillo Pedro, Feliciano Álvarez Vladimir. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev Cub Med Mil* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2015 Jul 31] ; 33(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es.
22. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence. *Epidemiology, Consequences and Interventions. Dtsch Arztebl Int.* 2014;106(9):323-8.
23. Cavalcante MBPT, Alves MDS, Barroso MGTB. Adolescência, álcool e drogas: Uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 set; 12 (3): 555-59.
24. Armin B, Andreas J, Bartsch, György Homola, László Solymosi, Martin Bendszus. The effect of ethanol on human brain metabolites longitudinally characterized by proton MR spectroscopy. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism.* 2009;29:891-902.
25. Ribera M, Villar MA. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015; 13, 880-7.
26. Hernández Armas DM, Ríos Rodríguez M, Sánchez Sigler MR, Espinosa JC. Comportamiento del alcoholismo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [revista en la Internet]. 2014[citado 2015 Marzo 23]; 15 (1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol15_1_09/hab15109.htm.

27. Pérez Cruz Nuvia, Antón Lolo Manuel de Jesús. The role of genetics in alcoholism: An approach from diffuse logic. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2014 Jul 13]; 8(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100010&lng=es
28. Piedra Herrera B. Alcoholismo y sociedad. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2016 [consulta: 21 Abril 2017]; 28(5). Disponible en URL:[http://www.cpimtz.sld.cu/revista medica/año2006/tema12.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/a%C3%B1o2006/tema12.htm).
29. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol Alcohol. 2014;44(3):229-43.
30. Chen L, Gallicchio L, Boyd-Lindsley K, Tao XG, Robinson KA, Lam TK, et al. Alcohol consumption and the risk of nasopharyngeal carcinoma: a systematic review. Nutr Cancer. 2009;61(1):1-15.
31. Molina Hechavarría V, Fernández Ferrer RA, Arrate Negret MM, Linares Despaigne M. Evaluación nutricional en pacientes con dependencia alcohólica Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 Abril 11]; 7(1) Disponible en: www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph04110.html.
32. Canciano Chirino E, Cruz Suárez D, Pérez Rodríguez JU . Demencia en alcohólicos, comportamiento clínico – epidemiológico – imagenológico en un centro comunitario de salud mental. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2013, 6(2) <http://www.revistahph.sld.cu/hph0209/hph04209.html>.
33. Dios Blanco E, Pérez N, Batista A. Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2012 citado 2013 Jul 20];8(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>.
34. Ivano Scandurra R, García-Altés A, Nebot M. Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado Español. Consumo, coste y políticas. Rev Esp Salud Pública 2014; 85: 141-147.
35. Gourguet P, Esteva García S, Ramos Gorguet D. Intervención educativa comunitaria sobre alcoholismo y castigo corporal. Revista Española de Drogodependencias, 2014; 35 (2): 195-205. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=755720>.
36. Medina–Mora M, Villatoro J, Cravioto P, Fleiz C, Galván F et al. Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional Contra las Adicciones. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (eds). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones; 2003; 49–61.
37. Brown J, Babor TF, Litt MD, Kranzler HR. The Type A/Type B distinction, subtyping alcoholics according to indicators of vulnerability and severity. En: Babor TF, Hesselbrock V, Meyer RE, Shoemaker W, ed. Types of alcoholics, Evidence from clinical, experimental and genetic research. Annals of the New York Academy of Sciences, 1994;708:23-33.

38. Heath AC. Genetic influences on drinking behavior in humans. En: Begleiter H, Kissin B ed. The genetics of alcoholism. Nueva York: Oxford University Press, 1995:82-121.
39. EFDeportes.com, Revista Digital • Año 18 • N° 187 | Buenos Aires, Diciembre de 2013 © 1997-2013
Derechos reservados.
40. Borges G, Medina ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca Hidalgo. Salud Pública de México 2014;41(1):3-11.
41. Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina ME, Cherpitel C. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. Salud Mental 2013;24(5):3-10.
42. González JA. Etapas de adquisición y cambio en accidentes por consumo de alcohol y drogas. [Tesis de Maestría]. Monterrey (NL): Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002.
43. Alonso CM, Esparza AS. Intervención Breve: Una Estrategia para Disminución del Consumo de Alcohol en Personas que Sufrieron un Accidente Automovilístico. Desarrollo Científico de Enfermería 2013;11(1):6-11.
44. Oliva RN. Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol. [Tesis de Maestría] Monterrey (NL): Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014.
45. Mármol L, Ocaña AI. Caracterización de las mujeres alcohólicas egresadas del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila. Enlace [serie en Internet] 2013 actualizado 10 abril 2014 [citado 12 julio 2014] 8(46):12-22. Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>
46. Hernández Castro V, Cabrera Pérez C, Blanco García J A. Repercusión del Alcoholismo en la vida laboral de un complejo agroindustrial. Rev med electron 2003; 25 (1).
47. Monras M, Mondon S, Jou J. Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de BZD, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. Adicciones 2013; 22: 191-198.
48. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009- 2010. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
49. Santo-Domingo J. El desarrollo personal del joven y el alcohol. Trastornos adictivos [Publicación periódica en línea] 2013. [Citada 2014 Nov. 12]: 4(4). Se encuentra en: http://www.doyma.es/pdf/182/182v04n_04a13041849pdf001.pdf.
50. Rojas M, Castro de la Mata R. Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 1997: Encuesta de hogares. Lima: CEDRO; 1999. p. 79. (Monografía de Investigación N°17)

51. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD. Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *Am J Prev Med* 2011;41:51624.
52. Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Beekman AT, Penninx BW. Predictors of the 2year recurrence and persistence of alcohol dependence. *Addiction* 2013;107:163940.
53. Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, Maynard C, Bradley KA. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug Alcohol Depend* 2014;108:2936.
54. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD005191.
55. Nilsen P, McCambridge J, Karlsson N, Bendtsen P. Brief interventions in routine health care: a populationbased study of conversations about alcohol in Sweden. *Addiction* 2014;106:174856.
56. Bertholet N, Cheng DM, Palfai TP, Saitz R. Factors associated with favorable drinking outcome 12 months after hospitalization in a prospective cohort study of inpatients with unhealthy alcohol use. *J Gen Intern Med* 2013;25:10249.
57. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2014;29:63140.
58. González Menéndez R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en la Internet]*. 1995 Jun [citado 2012 Mar 24]; 11(3): 253-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300007&lng=es
59. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Bioméd. [serie en Internet]*. 2013 Mar [citado 2014 Jul 05]; 22(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es
60. Ruiz Juan F, Ruiz Risueño J .Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología* 2013;27(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122971>
61. Kelly JF, Hoepfner B, Stout RL, Pagano M. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction* 2013;107:28999.
62. Witbrodt J, Mertens J, Kaskutas LA, Bond J, Chi F, Do Weisner C. Do 12step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *J Subst Abuse Treat* 2014;43:3043.

