



**DIRECCIÓN DE CIENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. CIENFUEGOS**

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

Título:

Intervención comunitaria en pacientes en riesgo de dependencia alcohólica.
Consultorio 4. Área I. Cienfuegos. 2022

Autor:

Dr. Asiel Millán Morejón *

Tutora:

Dra. Julia Megrís Hernández Mompié**

Asesora:

Lic. María Guillermina Yanes García***

* Residente de tercer año de MGI.

**Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente. Máster en Educación Médica.

***Licenciada en Psicología. Profesora Auxiliar. Máster en Psicología de la salud.

Cienfuegos

2023



Exergo



Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un
esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi



Dedicatoria



A mis padres por ser los autores principales de mi vida, por sus consejos, su amor y dedicación. A mis profesores por su paciencia infinita, y apoyo incondicional sin su orientación este logro no hubiese sido posible.



Agradecimientos



El principal agradecimiento a mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios. A todos mis profesores que de una forma u otra me apoyaron en la realización de este trabajo.

Muchas gracias.



Índice



Resumen	11
Introducción	13
Marco teórico conceptual	23
Objetivos	35
Material y método	37
Resultados	39
Análisis de los resultados	47
Resultados fundamentales	52
Conclusiones	54
Sugerencias	56
Bibliografía	58
Anexos	68



Resumen



RESUMEN

Introducción: Desde hace años el alcoholismo ha sido objeto de varias investigaciones comunitarias a nivel mundial y específicamente en Cuba, tratado desde disímiles ciencias, enfocadas en poder brindar una solución que logre disminuir y prevenir a su vez el número de personas altamente consumidoras de alcohol. **Objetivo:** Evaluar las modificaciones en el conocimiento y prácticas en pacientes riesgo de dependencia alcohólica, luego de una intervención comunitaria. **Método:** Se realizó una intervención comunitaria con un con un esquema de antes y después para evaluar los resultados. Universo: los 502 pacientes entre 24 y 49 años de edad dispensarizados en el consultorio No.4 del área I. Muestra: 30 pacientes del universo definido que ingieren bebidas alcohólicas del universo definido. La investigación será concebida por etapas: diagnóstica; el procesamiento y análisis de la información. Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 15,0; Los resultados se expresan mediante números y por cientos. **Resultados fundamentales:** predominio de la edad entre 29 y 34 años, escolaridad técnico medio y ocupación con vínculo laboral, edad de comienzo entre 13-16 años, lo habitual es beber fines de semana; con la intervención educativa se evidenció que cambios en el conocimiento sobre el alcoholismo fueron notables.

Palabras Claves: Alcoholismo, Intervención educativa.



Introducción

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su primer proyecto para el Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 con el fin de fortalecer la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, y que fue publicado en julio de 2021, señala que su uso está profundamente arraigado en el paisaje social de muchas sociedades, y que cerca de 2300 millones de personas consumen bebidas alcohólicas en la mayor parte del mundo. ¹

Diversos factores importantes influyen en los niveles y patrones de consumo de alcohol en las poblaciones, como son las tendencias históricas, la disponibilidad del mismo, la cultura, la situación económica y las medidas de control aplicadas. A nivel individual los patrones y niveles de consumo dependen de múltiples factores como son el sexo, la edad, la vulnerabilidad socioeconómica y biológica individual y el entorno normativo. Las normas sociales imperantes que respaldan las conductas de consumo y los mensajes contradictorios sobre los perjuicios y beneficios de dicho consumo pueden fomentar el consumo de bebidas alcohólicas, retrasar la oportuna búsqueda de atención de salud y debilitar la acción comunitaria. ¹

Los datos probatorios acumulados indican que el consumo está asociado a riesgos inherentes para la salud, aunque estos varían significativamente de un consumidor a otro en cuanto a su magnitud y consecuencias. Diversos aspectos del acto de beber influyen en las consecuencias que la ingestión de alcohol tiene para la salud: el volumen ingerido en el tiempo, el patrón de consumo, en particular el beber hasta la embriaguez, el ambiente de consumo y, por último, la calidad de la bebida alcohólica o su adulteración con sustancias tóxicas como el metanol. ¹

En 2019, se produjeron en todo el mundo 2,6 millones de muertes atribuibles al consumo de alcohol; de estas, 1,6 millones se debieron a enfermedades no transmisibles, 700 000, a traumatismos y 300 000, a enfermedades transmisibles, siendo más elevada entre los hombres, con 2 millones de muertes, que entre las mujeres, con 600 000 fallecimientos. Los niveles más altos de muertes relacionadas con su consumo por cada 100 000 personas se

observan en las regiones de Europa y de África de la OMS, con 52,9 y 52,2 muertes por cada 100 000 personas, respectivamente. ²

El consumo de esta sustancia afecta de manera desproporcionada a los jóvenes, de 20 a 39 años, y este grupo de edad concentró el mayor porcentaje (13%) de muertes atribuibles al alcohol en 2019; determinándose además, que unos 400 millones de personas (es decir el 7% de la población mundial) de 15 años o más viven con trastornos por consumo de bebidas alcohólicas, y unos 209 millones (3,7% de la población adulta mundial), con dependencia del alcohol. ²

Más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud se han relacionado y son consecuencia del consumo de alcohol. Con todo, la carga mundial de morbilidad y traumatismos causados por el mismo, sólo puede cuantificarse en 31 afecciones de salud, de acuerdo con la evidencia científica disponible acerca de la función que desempeña el consumo de esta sustancia en el desarrollo, la frecuencia y el desenlace de estas afecciones. Dentro de las enfermedades no transmisibles en las que se ha comprobado asociación entre el consumo y riesgo de aparición, se encuentran las enfermedades hepáticas, cardíacas y distintos tipos de cáncer, así como trastornos de salud mental y del comportamiento, como la depresión, la ansiedad. Por otra parte, también se ha determinado que el alcohol es un carcinógeno probado y su consumo aumenta el riesgo de sufrir distintos tipos de cáncer, como el de mama, hígado, cabeza y cuello, esófago y el colorrectal. ¹ En 2019, se estimaron que alrededor de 474 000 muertes debidas a enfermedades cardiovasculares; 401 000 muertes por cáncer y un 4,4% de todos los cánceres diagnosticados en el mundo, se relacionaron directamente con el consumo de alcohol. ²

El consumo de alcohol no solo causa daños importantes a la persona que lo consume, sino también a otras personas. Una parte importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol se debe a traumatismos como los accidentes de tránsito. En 2019, de un total de 298 000 muertes por accidentes de tránsito relacionados con el alcohol, 156 000 fueron el resultado de que otra persona había consumido alcohol. Otras lesiones, deliberadas o no, incluyen caídas, ahogamientos, quemaduras, agresiones sexuales, violencia de pareja y suicidios. A largo plazo, unos niveles nocivos y peligrosos de consumo de

alcohol pueden provocar problemas sociales, como problemas familiares, en el trabajo, financieros y la pérdida del empleo. ^{1,2}

Se ha establecido una relación causal entre el consumo de alcohol y la incidencia y el desenlace de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH. Cuando su consumo ocurre durante el embarazo aumenta el riesgo de dar a luz a un hijo que sufra trastornos del espectro alcohólico fetal, cuya forma más grave es el síndrome alcohólico fetal (SAF), que está asociado a discapacidades en cuanto al desarrollo y a defectos congénitos, también puede aumentar el riesgo de complicaciones en el parto prematuro, como abortos espontáneos, mortinatos y partos prematuros. ¹

Según la encuesta nacional sobre la salud y el consumo de drogas (NSDUH, por su sigla en inglés) de 2022, publicado en la página web oficial del Instituto Nacional sobre abuso de alcohol y alcoholismo de los Estados Unidos, en su última actualización (2024); un total de 29.5 millones de personas de 12 años y más (el 10.5% en este grupo de edad) presentaron trastorno por consumo de alcohol entre 2021 y 2022. ³ Mientras que el índice de todas las visitas al departamento de emergencias relacionadas con el alcohol aumentó un 47.0%, lo que se traduce en un aumento anual promedio de 210,000 visitas al departamento de emergencias relacionadas con el alcohol. ⁴ Las estimaciones sugieren que el alcohol desempeñó un papel en por lo menos el 7.1% de las visitas al departamento de emergencias y el 17.4% de las muertes por sobredosis de opioides en 2020. ⁵ Las actualizaciones científicas del impacto de las enfermedades relacionadas con el alcohol, estiman que cada año hay más de 178,000 muertes (aproximadamente 120,000 muertes de hombres y 59,000 muertes de mujeres) por causas relacionadas con el consumo en exceso de alcohol, convirtiéndolo en una de las principales causas prevenibles de muerte en los Estados Unidos, detrás del tabaco, la mala alimentación y la inactividad física, y las drogas ilegales. ^{6,7}

También en los Estados Unidos al realizar un análisis de los certificados de defunción de 2019 y 2020 mostró que las muertes relacionadas con el alcohol subieron de aproximadamente 79,000 a más de 99,000. Este es un aumento del 25.5%. ⁴En 2022, las víctimas mortales por conducir bajos los efectos del alcohol fueron 13,524 (es decir, el 32% del total de víctimas mortales). ⁸Según

la estimación más reciente del Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés), el 21.0% de los fallecidos por suicidio tenían niveles de alcohol en la sangre (BAC, por su sigla en inglés) de 0.1% o más.⁹

La Región Europea de la OMS sigue presentando el mayor nivel de consumo de alcohol per cápita del mundo [2, 8], a pesar de que disminuyó de 12 litros en 2000 a 9,5 litros en 2019, lo que corresponde a un descenso del 10% en 2010 y del 21% en 2019. Anualmente, cada adulto (mayor de 15 años) de la región bebe una media de 9,5 litros de alcohol puro, lo que equivale a 190 litros de cerveza, 80 litros de vino o 24 litros de licores. Además, hay grandes diferencias en el consumo estimado de alcohol entre los distintos países de la Región, que oscila entre 0,9 y 14,3 litros per cápita al año en 2019, y la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las desigualdades sanitarias existentes al incidir más en los grupos vulnerables [9]. También hay que destacar que Europa es la región con mayor porcentaje de muertes atribuibles al consumo de alcohol (10,1%) [2].¹⁰⁻¹²

Según el observatorio español de las drogas y adicciones en su Monografía Alcohol de 2024; en ese país el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la población en todas las edades y en términos generales, su consumo es más frecuente entre los hombres que en las mujeres, disminuyendo a medida que avanza la edad. Salvo en los jóvenes, donde ocurre lo contrario. Sitúan el inicio del consumo de bebidas alcohólicas por término medio, en torno a los 16 años, con lo que se trata de un hábito muy extendido ya desde edades muy tempranas.¹³

En la propia monografía antes mencionada, se refleja la preocupación especialmente por los datos del consumo alcohol definido como de riesgo por diferentes entidades sanitarias, determinándose en 2022 que el seis por ciento de la población española de 15 a 64 años presentaba el mismo, lo que permitió estimar que había aproximadamente 1.900.000 consumidores de alcohol en ese año. En general, el consumo de riesgo es más frecuente en los hombres y entre las personas de menor edad.¹³

En 2021, el alcohol fue responsable del 36,2% de las admisiones a tratamiento por abuso de sustancias en la red de atención a drogodependencias y adicciones en España, con un total de 25.140 admitidos. De ellos, casi 3 de cada 4 eran hombres. Además, el alcohol estaba presente, junto con otras sustancias psicoactivas, en el 41,4% de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias, afectando sobre todo a personas menores de 25 años. Este porcentaje alcanzó el 55% al considerar los casos de urgencias en los que se detectaba alcohol como única sustancia psicoactiva. Fue también una de las sustancias más detectadas en los análisis toxicológicos de los fallecidos con intervención judicial relacionados con el consumo intencional de sustancias (36,4% de los casos), con una frecuencia algo mayor en los hombres que en las mujeres.¹³

La actualización de todos los registros y bases de datos de salud en España, permitieron determinar que en el 2021 se produjeron 13.887 muertes atribuibles a alcohol, la gran mayoría por cáncer o por enfermedades digestivas; siendo mucho más frecuentes en hombres que en mujeres, y entre ellos ocurren sobre todo en los bebedores de riesgo. El riesgo poblacional en ese año, medido por la tasa media anual de muertes atribuibles a alcohol estandarizada por edad, fue de 32,9/100,000 personas-año riesgo, lo que supone un descenso importante respecto los años 2001-2004 (- 34,7%). Este riesgo poblacional fue bastante mayor en hombres que en mujeres y aumentaba considerablemente con la edad a partir de los 35-44 años. Del conjunto de las muertes por todas las causas fueron atribuibles al alcohol el 3,3% (el 4,5% de las ocurridas en los hombres y el 1,6% en las mujeres), demostrando que el consumo de alcohol sigue representando una carga importante de enfermedad y muerte.¹³

En estudio de Monteiro y colaboradores publicado en 2021, realizado con el objetivo de estimar las tendencias en el consumo per cápita de alcohol desde 1990 hasta el 2016 en 35 estados miembros de la región de las Américas, se determinó que en general, la región no mostró cambio en todo el período, salvo una disminución leve entre el 2010 y el 2016. De 1990 al 2016, todos los países que registraron una tendencia al alza en la variación anual porcentual del consumo per cápita de alcohol se encontraban en el Caribe y

Centroamérica. En los últimos años se observó un aumento importante en Cuba, Colombia, Uruguay, El Salvador y varios países del Caribe no latino.¹⁴

Según los datos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicados en su página web oficial, el consumo total de alcohol per cápita (registrado y no registrado) en la región de las Américas en 2019, en adultos fue de 7,6 litros (1,3 veces mayor que el nivel mundial [5,8 L]); oscilando entre 10,4 litros por persona en Barbados y 1,6 litros por persona en Guatemala. Mayor en los hombres (11,9 litros por persona) que en las mujeres (3,5 litros por persona). En cuanto a las muertes por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol se registraron 104.722 (83.385 en hombres y 21.337 en mujeres). La tasa bruta de mortalidad por estas enfermedades fue de 10,4 muertes por 100.000 habitantes; mayor para los hombres (16,8 muertes por 100.000 personas) que para las mujeres (4,2 muertes por 100.000 personas). Se observó un incremento de la tasa bruta de mortalidad de 8,2 muertes/100.000 en el año 2000 a 10,4 muertes/100.000 en 2019, mientras que las tasas de mortalidad estandarizadas por edad disminuyeron ligeramente de 8,8 muertes/100.000 en 2000 a 8,6 muertes/100.000 en 2019.^{15,16}

El Anuario Estadístico de Salud de Cuba, reportó en los años 2021 y 2022; 625 y 409 defunciones por trastornos mentales debidos al uso del alcohol en ambos sexos, para una tasa de mortalidad bruta de 5,6 y 3,7 por 100 000 habitantes. De acuerdo a los reportes estadísticos, en la provincia de Cienfuegos en ese mismo año se registraron por esta causa 25 defunciones para una tasa de 5,2 y 5,0 por 100 000 habitantes. Siendo el municipio Cienfuegos uno de los que revela mayores cifras con respecto a esta enfermedad.¹⁷

Desde el punto de vista médico, sin dudas, en Cuba el consumo de alcohol a nivel colectivo es grande. De acuerdo con datos relativos al comercio interno de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (Onei), previa a la pandemia, se comercializaban en la isla, anualmente, alrededor de 4 500 millones de hectolitros de bebidas alcohólicas, distribuido en casi 3 200 millones de hectolitros de cerveza, 150 millones de hectolitros de vino y 1 200 millones de hectolitros de otras bebidas alcohólicas como ron, whisky, entre otros espirituosos. Para que se tenga una idea, a una piscina olímpica le caben entre 2 500 y 4 millones de hectolitros de líquido, en dependencia de su

tamaño. Eso quiere decir que en un año en nuestro país se comercializa el equivalente a 800 mil y 1 280 mil piscinas olímpicas de cerveza, así como una cifra entre las 300 mil y 480 mil piscinas de ron y otras bebidas alcohólicas distintas al vino. Una cantidad descomunal. ¹⁸

Diversas investigaciones médicas en nuestro país, han evidenciado la magnitud del problema y se ha reportado que el inicio del consumo de etanol se produce muchas veces en las etapas de la adolescencia temprana, ¹⁹⁻²² así mismo, el consumo de alcohol y el alcoholismo en la provincia de Cienfuegos, constituye un problema de salud, a nivel individual, familiar y comunitario. ^{21,23,24}

Es importante considerar que las estadísticas relativas a esta adicción se dificultan por no ser evaluada con similares criterios en todas las instituciones de la Atención Primaria de Salud por la inestabilidad existente en los diferentes equipos básicos de trabajo de los consultorios médicos de la familia. En el consultorio médico de la familia número 4 del policlínico “José Luis Chaviano Chávez” según la dispensarización en el año 2022, se registraron 502 personas con riesgo de dependencia alcohólica, identificado el alcoholismo como un problema de salud en el mismo. ²⁵

Investigaciones consultadas demuestran que un nivel bajo en los conocimientos de las personas, sobre todo las más jóvenes, sobre esta problemática aumenta la vulnerabilidad del consumo. En las entrevistas realizadas se evidencian insuficientes conocimientos por parte de las personas en cuanto a las consecuencias que ocasiona esta droga y escasas actividades educativas dirigidas a la prevención del consumo. Esta situación demuestra que resultan insuficientes y poco efectivas las políticas de salud que a través de acciones de prevención se realizan en esta área con el propósito de lograr la disminución del consumo de alcohol. Por tales razones, el trabajo a tiempo con las personas que consumen alcohol de modo indebido permite evitar complicaciones y que no lleguen al alcoholismo; así se puede lograr la incorporación plena de estos individuos a la sociedad. ^{20,26-30}

Justificación de la Investigación

Las propiedades inebriantes, tóxicas y generadoras de dependencia del alcohol hacen que su consumo esté asociado a numerosos riesgos para la salud. El consumo nocivo del alcohol tiene unas repercusiones de gran alcance sobre la salud que, además, se extienden más allá de los propios consumidores, ya que también afectan, por ejemplo, a las víctimas de la conducción bajo sus efectos y de la violencia interpersonal, o a los niños con trastornos del espectro alcohólico fetal, entre otros. ¹

En las áreas de recreación existentes en el municipio Cienfuegos 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. 4 está inmersa en este problema, pues consumen bebidas alcohólicas con frecuencia y se incrementa en días festivos. ²⁵

Al analizar el alcoholismo como enfermedad, se evidencia que la única manera efectiva para su prevención es a través del cambio de comportamiento tales como: la disminución o eliminación de las conductas de riesgo y la implantación y generalización de conductas saludables. ³¹

Nuestro sistema de Salud acoge esta situación como un problema social, y se toman alternativas en todos sus niveles y la organización del mismo apoyado por la visión intersectorial y multidisciplinaria, en la que participan activamente las organizaciones de masa (FMC, CDR, Consejos Populares, entre otros); además de la labor educativa del Ministerio de Educación (MINED). 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. ³¹

El médico y la enfermera en la atención primaria de salud juegan 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. La cercanía, confianza y accesibilidad sustentan tal condición. Estos profesionales están en

contacto directo con los pacientes, manteniendo una relación estrecha que propicia una gran influencia en la adopción de estilos de vida saludables y, por tanto, en la prevención de la enfermedad, tanto en el contexto individual como en el familiar o el comunitario. ³²

La prevención primaria del abuso de alcohol es la principal herramienta para combatir los problemas relacionados con esta sustancia la cual, está muy arraigada en la sociedad actual. Gracias a esta prevención, se podrían modificar estos hábitos culturales que, como se ha mencionado anteriormente, están muy arraigados en la sociedad. Para ello, la elaboración de programas centrados en la educación para la salud. ³³

Pero se ha visto en la práctica que no existen en nuestra área de salud registros de evidencias de intervenciones al respecto, es por ello que se plantea el siguiente **problema científico**:

¿Qué modificaciones en el conocimiento y prácticas se observarán en pacientes riesgo de dependencia alcohólica con la aplicación de una intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) No 4 del Área I en el municipio Cienfuegos?

Marco teórico conceptual

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ALCOHOL

1.1- Definición

El alcohol y las bebidas alcohólicas contienen etanol, que es una sustancia psicoactiva y tóxica, cuyas propiedades pueden producir dependencia. El alcohol se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos, pese a estar asociado a importantes riesgos y daños para la salud.²

El alcohol contiene propiedades intoxicantes y genera dependencia. La evidencia acumulada indica que el consumo de alcohol conlleva riesgos inherentes para la salud, aunque las consecuencias de su consumo varían considerablemente de un consumidor a otro en cuanto a su magnitud y naturaleza. A escala poblacional, cualquier nivel de consumo de alcohol va asociado a un conjunto de daños netos evitables debidos a múltiples problemas de salud, como lesiones, trastornos por consumo de alcohol, hepatopatías, cánceres y enfermedades cardiovasculares, así como daños a personas distintas de los bebedores. Son varios los aspectos que influyen en las consecuencias del consumo de alcohol para la salud, como el volumen de alcohol consumido a lo largo del tiempo; las pautas de consumo, en particular la embriaguez; el contexto en el que se consume; y la calidad de la bebida alcohólica o su contaminación con sustancias tóxicas como el metanol. El consumo repetido de bebidas alcohólicas puede conducir a la aparición de trastornos por consumo de alcohol, entre ellos la dependencia, que se caracteriza por una regulación deficiente del consumo de alcohol, una mayor preponderancia de dicho consumo sobre otros aspectos de la vida y una serie de características fisiológicas específicas.³⁴

1.2- Uso nocivo del alcohol

Se define como el consumo que tiene consecuencias perjudiciales para la salud y la vida social del bebedor, las personas que lo rodean y la sociedad en general, así como los hábitos relacionados con la bebida que están asociados con un mayor riesgo de resultados adversos en materia de salud.¹

Este concepto ha sido introducido en el proceso de desarrollo de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol por la OMS, con la finalidad de especificar el alcance y los objetivos de las intervenciones de salud pública. La palabra «nocivo» concierne únicamente a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio de las creencias religiosas y las normas culturales en modo alguno. ¹

2. ALCOHOLISMO

2.1 Definición

La oncenava revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIE-11^a) lo define como: el consumo recurrente de bebidas alcohólicas puede conducir a la aparición de trastornos por consumo de alcohol, como la dependencia del mismo (alcoholismo), que se caracteriza por el deterioro de la capacidad para controlar su consumo y se manifiesta en la pérdida de control sobre su uso, la priorización creciente de su uso en detrimento de otros aspectos de la vida cotidiana y unas características fisiológicas específicas. ³⁴

2.2 Clasificación

A lo largo de los años y en muchas publicaciones se ha enfocado de disímiles maneras la clasificación del alcoholismo, teniendo en cuenta diferentes factores; siendo una de las más utilizadas las que los dividen por categorías: ³⁵

Consumo potencialmente beneficioso: Hasta 10 g de alcohol cada segundo día en el hombre o hasta 5 g de alcohol en la mujer.

- ✓ **Consumo de bajo riesgo:** Consumo regular diario de hasta 40 g de alcohol en el hombre o hasta 20 g de alcohol en la mujer y sin ningún día de ingestión en binge.
- ✓ **Consumo de riesgo:** 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.
- ✓ **Consumo perjudicial:** Consumo regular diario de más de 60 g de alcohol en el hombre o más de 40 g en la mujer. Afecta tanto la salud física, como la mental.

- ✓ **Dependencia del alcohol:** Conjunto de fenómenos conductuales cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. El deseo poderoso y difícil de controlar de consumir alcohol y la rápida reinstalación del cuadro al volver a beber después de un período de abstinencia, son también características centrales.

Según las Guías alimentarias para estadounidenses, 2020-2025, los adultos en edad legal de beber pueden elegir no beber alcohol o, cuando beben, limitar el consumo a dos bebidas o menos en un día para los hombres y a una bebida o menos en un día para las mujeres. Beber menos es mejor para la salud que beber más, e incluyen diferentes categorías según las principales sociedades en ese país: ³⁶

Consumo excesivo y peligroso de alcohol:

- ✓ El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, por su sigla en inglés) define el consumo excesivo y peligroso de alcohol (*binge drinking*) como un patrón de consumo de alcohol que eleva el nivel de alcohol en la sangre (BAC, por su sigla en inglés) a 0.08%, o 0.08 gramos de alcohol por decilitro, o más. Esto sucede típicamente si una mujer consume cuatro o más bebidas o un hombre consume cinco bebidas o más en aproximadamente 2 horas. ³⁶
- ✓ La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por su sigla en inglés), que realiza anualmente la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH, por su sigla en inglés), define el consumo excesivo y peligroso de alcohol como cinco o más bebidas alcohólicas para los hombres o cuatro o más bebidas alcohólicas para las mujeres en la misma ocasión (es decir, al mismo tiempo o con un par de horas de diferencia) al menos 1 día en el último mes. ³⁶

Consumo excesivo de alcohol: Así define el NIAAA el consumo excesivo de alcohol (*heavy drinking*): ³⁶

- ✓ Para los hombres, consumir 5 o más bebidas alcohólicas en cualquier día o 15 o más bebidas alcohólicas a la semana;
- ✓ para las mujeres, consumir de 4 o más bebidas alcohólicas en cualquier día u 8 o más bebidas alcohólicas a la semana.
- ✓ SAMHSA define el alto consumo de alcohol como el consumo excesivo y peligroso de alcohol (*binge drinking*) en 5 o más días en el último mes.

Uso indebido de alcohol: El uso indebido de alcohol se refiere al consumo de alcohol de una manera, situación, cantidad o frecuencia que podría causar daño a la persona que bebe o a quienes lo rodean. El consumo indebido de alcohol incluye el consumo excesivo y peligroso de alcohol y el consumo excesivo de alcohol. ³⁶

Trastorno por consumo de alcohol: Es una afección médica caracterizada por la capacidad disminuida de detener o controlar el consumo del alcohol a pesar de las consecuencias adversas sociales, ocupacionales o de salud. Abarca las afecciones que algunas personas conocen como: ³⁷

- ✓ Abuso del alcohol.
- ✓ Dependencia del alcohol.
- ✓ Adicción al alcohol.
- ✓ Alcoholismo (término coloquial) y que es considerado un trastorno cerebral.

El trastorno por consumo de alcohol puede ser Leve, moderado e intenso. Los cambios duraderos en el cerebro causados por el consumo indebido de alcohol perpetúan el trastorno por consumo de alcohol y hacen que las personas sean vulnerables a las recaídas. El riesgo de una persona de desarrollar este trastorno depende en parte de la cantidad, la frecuencia y la rapidez con que consume alcohol. El consumo indebido de alcohol, que incluye el consumo excesivo y peligroso de alcohol (*binge drinking*) y el consumo excesivo de alcohol (*heavy alcohol use*), con el tiempo aumentan el riesgo de presentar el mismo; otros factores también aumentan el riesgo como por ejemplo: ³

- ✓ **Beber alcohol a edad temprana.**
- ✓ **Genética y antecedentes familiares de problemas con el alcohol:** La genética tiene un papel importante, siendo que aproximadamente el 60%

es por herencia; sin embargo, como con otras afecciones crónicas, el riesgo de trastorno por consumo de alcohol se ve afectado por la interacción entre los genes de la persona y su entorno. Los patrones de consumo de alcohol de los padres también pueden afectar la probabilidad de que un niño desarrolle algún día el mismo.

- ✓ **Afecciones de salud mental y antecedentes de traumas:** Una amplia variedad de afecciones psiquiátricas (como depresión, estrés postraumático y trastorno por hiperactividad con déficit de atención o) son comorbilidades y se asocian con un mayor riesgo de presentar este trastorno. Las personas que tienen antecedentes de traumas infantiles también son vulnerables.

Patrones de consumo de alcohol asociados con el trastorno por consumo de alcohol: El consumo indebido de alcohol, que incluye el consumo excesivo y peligroso de alcohol y el consumo excesivo de alcohol aumentan el riesgo de que, con el tiempo, un individuo presente AUD. Otros factores también aumentan el riesgo de AUD.

2.3 Factores de riesgos para el alcoholismo

Los factores más importantes que se consideran son: ³⁵

Los factores constitucionales: la herencia, ya sea directa o indirecta, la vulnerabilidad y otros marcadores.

- ✓ Los factores psicológicos: se ponen de manifiesto a través de los conflictos intrapsíquicos y el aprendizaje en sus 3 modalidades clásicas: instrumental, condicionada e imitada.
- ✓ Los factores dependientes del medio: se destacan el nivel de tensiones, provisión de medios de recreación, propaganda, factores económicos, ocupacionales y climatológicos.
- ✓ Los factores dependientes del tóxico: incluyen el tipo de bebida, accesibilidad al tóxico, costos, expendio indiscriminado y hábitos de consumo de preparados no alcohólicos.
- ✓ En cuanto a los factores dependientes de la enfermedad no tratada, se valora la repercusión sobre los hijos y el modelo para imitar.

La baja percepción de riesgo es uno de los factores que en mayor medida promueven o favorecen el consumo de alcohol en los bebedores y, por ello, incrementar dicha percepción es uno de los objetivos fundamentales de las campañas de prevención. Estas campañas se llevan a cabo en los centros educativos y a través de los medios de comunicación, y se fundamentan en ofrecer información a la población en general sobre los distintos peligros asociados a la bebida. ^{38,39}

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran los factores protectores. ⁴⁰⁻⁴⁴

2.4 Principales complicaciones del abuso del alcohol: El alcoholismo conlleva, tarde o temprano, a diferentes complicaciones, las que suelen ser crónicas y difíciles de tratar. Principales complicaciones del alcoholismo: ⁴⁵

- ✓ Afectaciones neurológicas: neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones, miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos, falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, accidentes vasculares encefálicos, intoxicación alcohólica aguda, síndrome de abstinencia, ambliopía, pelagra, manifestaciones tóxico-metabólicas, enfermedad de Marchiafava-bignami y mielinosi central de la protuberancia.
- ✓ Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas: glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal, várices esofágicas, cáncer gástrico, de la boca y del esófago, hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.
- ✓ Efectos sobre el aparato cardiovascular: aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio y cardiomiopatías.

- ✓ Efectos sobre el aparato genitourinario: disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, deformidades del niño al nacer, graves trastornos de la inteligencia o la conducta, trastornos vesicales y cáncer de vejiga
- ✓ Trastornos psiquiátricos: depresión con ideas y conducta suicidas, pesadillas, insomnio, celos enfermizos, alucinaciones auditivas y visuales, delirios de daño y persecución y alteraciones de conducta.
- ✓ Otros efectos negativos sobre la salud: tendencia a neoplasias, inmunosupresión de los alcohólicos sensible a la vitamina E y el síndrome alcohólico-fetal (retardo del crecimiento prenatal y postnatal, fascie con característica y anomalía congénita diversa, trastorno del lenguaje y la conducta, labilidad emocional e impulsividad, etc.)

4. EDUCACION PARA LA SALUD

4.1 Promoción y prevención

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria.⁴⁶

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.^{47,48}

La promoción de la salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de

salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.⁴⁷

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.^{22,39}

La promoción de la salud constituye el marco de referencia para tratar de forma coherente e integral las conductas de riesgo. Sin embargo, la sociedad actual, a caballo entre el consumismo insalubre y el control social de ciertas conductas no saludables, no parece muy preocupada por el derecho a la salud más allá del impacto mediático de algunos sucesos. La promoción de la salud tiene su mirada puesta en facilitar que las personas contribuyan con su esfuerzo a la construcción de un mundo más humano y saludable.^{39, 47-49}

La prevención, por otra parte, no puede tener como meta erradicar las conductas de riesgo, perseguir las vulnerabilidades y prevenir todos los problemas. Recurrir al prohibicionismo cortaría los puentes con las personas implicadas en ellas. La acción preventiva mira a reducir la toma de riesgos excesivos que provocan peligros tanto para uno mismo como para los demás. La prevención es, sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen.^{39,47-49}

De manera tradicional, el término “prevención” se utiliza más comúnmente en contextos médicos, psicológicos, clínicos, del tránsito, de seguridad laboral, en determinados casos de catástrofes o fenómenos naturales adversos, contaminación atmosférica, etc., que en el ámbito educativo. Hoy se emplea en diversas disciplinas científicas con la finalidad de actuar antes de que ocurra un problema o en los primeros momentos de su aparición, a fin de evitar que cause un deterioro mayor.^{39,47-49} La identificación precoz de los consumidores de riesgo, es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito de la medicina comunitaria. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud es recomendable la observación y exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.^{39,47-51}

Para los programas de identificación precoz y la intervención breve lo más importante es que las personas que no son dependientes al alcohol puedan reducir o suspender su consumo de alcohol con el esfuerzo y la asistencia apropiados. Las acciones y estrategias más acordes a los riesgos específicos, son las intervenciones preventivas de tipo selectivo, e incluso aquellas que requieren de su participación en actividades preventivas adecuadas a su situación. El objetivo principal de estas acciones es disminuir o evitar los patrones de consumo de alcohol que pudiesen constituir un especial riesgo de abuso a partir del fortalecimiento de los factores de protección, de forma que estos sean empleados como recursos efectivos.^{39,47-51}

Los problemas provocados por el alcoholismo convierten a la comunidad en un lugar susceptible de generarse grandes conflictos. Por eso se hace tan necesario el reconocimiento de esta enfermedad en el ámbito comunitario, así como la divulgación y orientación respecto a la misma. Solo partiendo de estas premisas puede trazarse una estrategia para la prevención de dicha enfermedad.⁵²

4.2 Intervención comunitaria

El término intervención se refiere a la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada, al proceso de educación para la salud. La intervención considera

dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio. Toda intervención tiene en su base la idea del cambio intencionalmente provocado, pero ello supone: el diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento.⁵¹

Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.⁵³

La comunidad constituye el escenario principal en el que transcurre la vida de todas las personas, y son muchas las acciones que se llevan a cabo para la diversidad de los que habitan en ésta y de esa manera puedan disfrutar de los mismos derechos.⁴⁰

La Intervención Comunitaria es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo.³⁸

El proceso de intervención comunitaria debe ser integral (ya que enfrenta causas y efectos) y dinámico; en la medida que los pasos se dan tanto en forma simultánea como secuencial e interrelacionada, cuya principal característica o condición es que se da en un espacio físico-social concreto

(sector foco) en el que los sujetos participan activamente en la transformación de su realidad, a partir de sus problemas concretos.³⁸



Objetivos

OBJETIVOS:

Objetivo General: Evaluar las modificaciones en el conocimiento en pacientes en riesgo de dependencia alcohólica con una intervención comunitaria.

Objetivos Específicos:

1. Describir a los pacientes participantes en el estudio según las variables sociodemográficas edad, sexo, escolaridad y ocupación.
2. Identificar en los pacientes participantes en el estudio la edad de comienzo y el consumo semanal de bebidas alcohólicas.
3. Identificar los errores cometidos en el cuestionario inicial y final de la intervención educativa.
4. Relacionar los resultados de la intervención educativa según la edad, sexo y la escolaridad.

Material y método

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Intervención comunitaria con un enfoque estadístico de antes y después.

Escenario: Consultorio No. 4 Policlínico “José Luis Chaviano Chávez”, Municipio Cienfuegos.

Período: Desde noviembre del 2022 a diciembre del 2023.

Universo: Los 502 pacientes entre 24 y 49 años que son atendidos en el consultorio No. 4 Policlínico “José Luis Chaviano Chávez”.

Muestra: Los 30 pacientes escogidos por el método de azar simple del universo definido que ingieran bebidas alcohólicas; muestra tomada a conveniencia teniendo en cuenta que la intervención educativa se realizará en un aula del policlínico y los que den su consentimiento informado de participación asistirán a 5 conferencias.

Criterios de salida:

Cualquier paciente que deje de asistir a tres conferencias del programa de intervención o decida abandonar por voluntad propia el estudio.

Técnicas y Procedimientos:

Para la realización de la presente investigación el autor del estudio solicitó el consentimiento informado a la dirección del Policlínico “José Luis Chaviano Chávez” para la prestación del aula donde se realizaron las conferencias.

A cada paciente seleccionado en la muestra con previo consentimiento de participación se le recogieron los datos de carácter sociodemográficos Edad, sexo y escolaridad, así como la frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas en una semana.

La intervención se desarrolla en tres etapas:

Etapas 1 (Diagnóstica): Se le aplicó a cada paciente una encuesta diseñada al efecto de 10 preguntas para medir su conocimiento sobre la ingestión de alcohol (ver anexo 3); los resultados obtenidos y analizados por el autor y tutor

del trabajo sirvieron de base para orientar los contenidos a tratar en la intervención.

Etapa 2: Ejecución propia de la intervención educativa, Se impartieron cuatro conferencias de 60 minutos de duración una vez por semana. (Ver anexo 5)

Etapa 3: Aplicación de la segunda encuesta diseñada al efecto con el objetivo de evaluar el aprendizaje adquirido durante la intervención educativa. (Ver anexo 4)

Procedimientos y análisis de los datos:

Una vez aplicados los instrumentos exigidos en la investigación, se procedió a realizar el análisis de la información obtenida en cada instrumento aplicado. Los resultados fueron llevados a una base de datos, utilizando el programa estadístico SPSS en su versión 15.0. Se procedió al análisis estadístico de los mismos, mediante números y por ciento. Los resultados se muestran en tablas de frecuencia y relación de variables expresados los resultados en número y porcentajes.

Consideraciones éticas:

A los participantes en el estudio se les explicó en qué consistía la investigación para la cual fueron convocados, explicándoles los objetivos de la misma y el respeto al anonimato de sus respuestas que no serían divulgadas y que solo se utilizarían para fines de la investigación. Y se les solicitó su consentimiento informado por escrito de su participación voluntaria. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y tratar a todos por igual, lo que quedó reflejado de igual manera en el modelo de consentimiento informado que se le entregó y firmaron cada uno de los pacientes (ver anexo 1y 2).

Resultados

RESULTADOS

Tabla No. 1. Distribución de los participantes en el estudio según edad y sexo. (n=30).

Grupo Edad	Sexo (No/%)		Total
	Masculino	Femenino	
24 a 39	12 (57,1)	5 (55,6)	17 (56,7)
40 a 49	9 (42,9)	4 (44,4)	13 (43,3)
Total	21	9	30

Fuente: Cuestionario aplicado

Edad Promedio: 39,3 ± 1,6 años
Edad Mínima: 24 años
Edad Máxima: 49 años

En la tabla 1, se distribuyen a los participantes en el programa según edad y sexo, observándose un predominio de los comprendidos entre 24 y 39 años (56,7%); los 13 restantes representando un 43,3% tenían entre 40 y 49 años. Predominó el sexo masculino en ambos grupos de edad. La edad media fue de 39,3 con una desviación estándar 1,6 años.

Tabla No. 2. Descripción de los participantes en el estudio según su escolaridad y ocupación. (n=30).

Escolaridad y ocupación.	n = 30	
	No	%
Escolaridad		
Secundaria básica.	5	16,7
Preuniversitaria	8	26,6
Técnico medio	12	40,0
Universitaria	5	16,7
Ocupación		
Con vínculo laboral	24	80,0
Sin vínculo laboral	6	20,0

Fuente: Cuestionario aplicado

En cuanto a la escolaridad y la ocupación de los participantes (Tabla 2), se pudo constatar que hubo un predominio de los técnicos medio (40,0%), seguido de la preuniversitaria (26,7% y por último secundaria básica y universitaria con 16,7% cada una. En cuanto a la ocupación predominaron aquellos con vínculo laboral con un 80.0%.

Tabla No.3. Distribución de los pacientes por sexo según edad de comienzo en la ingestión de bebidas alcohólicas (n=30).

Edad de comienzo	Sexo (No/%)		Total
	Masculino	Femenino	
Entre 13 y 14	6 (19,0)	-	6 (20,0)
Entre 15 y 16	10 (23,8)	2 (22,2)	12 (40,0)
Entre 17 y 18	4 (14,3)	4 (44,5)	8 (26,7)
Entre 19 y 20	1 (4,8)	3 (33,3)	4 (13,3)
Total	21 (100)	9 (100)	30 (100)*

Fuente: Cuestionario aplicado

Edad promedio: 16,3 $\pm$ 2,1 años

Edad mínima: 13 años

Edad máxima: 20 años

La tabla 3, muestra la distribución de los pacientes en el estudio en relación con la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas teniendo en cuenta su sexo. Se determinó que 86,7% (40,0% + 26,7 + 20,0%), comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas antes de los 18 años y en cuanto al sexo, los pacientes masculinos, sólo un paciente empezó a ingerir bebidas alcohólicas entre los 19 y 20 años; el resto lo hizo en edades comprendidas entre los 13 y 18 años. En las nueve féminas incluidas, la edad de inicio fue más tarde (sólo dos lo hicieron entre los 15 y 16 años), el resto lo hizo por encima de estas edades. Independiente del sexo la edad promedio de la ingestión se ubica en 16,2 $\pm$ 2 años.

Tabla No.4. Distribución de los pacientes por sexo según modalidad de consumo en la semana. (n=30).

Consumo en la semana	Sexo (No/%)		Total
	Masculino	Femenino	
Una vez a la semana	4 (19,0)	1 (11,1)	5 (16,7)
Entre 2 - 3 veces	5 (23,8)	-	5 (16,7)
Todos los días	3 (14,3)	-	3 (10,0)
Los fines de semana	8 (38,1)	4 (44,4)	12 (40,0)
No todas las semanas Bebo	1 (4,8)	4 (44,4)	5 (16,7)
Total	21 (100)	9 (100)	30 (100)

Fuente: Cuestionario aplicado

Al relacionar el consumo semanal de los participantes en el estudio teniendo en cuenta el sexo (tabla 4), ingerir bebidas alcohólicas los fines de semana es la modalidad predominante en un 40,0%; solo 3 participantes para el 10,0% ingieren bebidas todos los días. En el sexo masculino predomina la ingestión los fines de semana (38,1), seguido de 2 a 3 veces por semana y los fines de semana con bebidas alcohólicas en la modalidades de 3 a 5 días, todos los días y fines de semana con 23,8 y 19,0 porcientos cada una.

Tabla No.5. Respuestas erróneas de los participantes en el estudio en el cuestionario inicial. (n=30).

Questionario Inicial	(n = 30)	R/E	%
El alcoholismo es un vicio que adquieren las personas que ingieren bebidas alcohólicas (F)	24	80,0	
La ingestión de bebidas alcohólicas no estimula la realización y la erección al realizar el sexo. (V)	23	76,5	
Las bebidas alcohólicas se consideran drogas legales al alcance de la población (V)	21	70,0	
La ingestión de bebidas alcohólicas ayuda a disminuir el estado de depresión y ansiedad en las personas (F)	19	63,3	
La persona que ingiere bebidas alcohólicas desmedidamente les provoca deterioro físico, mental y social (V)	13	43,3	
La hipertensión arterial, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedades en el hígado, problemas digestivos, entre otras, son enfermedades que suelen aparecer en personas consumidoras de alcohol de forma excesiva (V)	12	40,0	
Toda persona que ingiera bebidas alcohólicas en cualquier medida se considera alcohólico (F)	12	40,0	
El hábito de ingerir bebidas alcohólicas se hereda de los padres o abuelos (F)	7	23,3	
No existen vacunas que curan el alcoholismo (V)	7	23,3	
Toda persona que se embriaga aunque sea una vez se considera un alcohólico (F)	5	16,7	

Fuente: Cuestionario aplicado

Nota: La letra V ó F encerrada entre paréntesis es la respuesta correcta. R/E significa Respuesta Errónea

En la tabla 5, se describen las 10 preguntas del cuestionario inicial y las respuestas erróneas que dieron los participantes a las mismas por orden de frecuencia del error. El 80% no reconoce que el alcoholismo es una enfermedad; le siguen los que creen que el alcohol “estimula el sexo y la erección” con un 76,5%; el 70% no considera a las bebidas alcohólicas como una droga legalizada para el consumo; luego aquellos piensan que la ingestión

de bebidas alcohólicas es “buena” la disminuir el estado depresivo y la ansiedad con un 63,3%; las respuestas erróneas bajan 20 puntos porcentuales a un 43,3% al no reconocer el deterioro físico, mental y social de las personas como consecuencias del consumo desmedido del alcohol; muy similar el no reconocer en un 40,0% la aparición de enfermedades crónicas como son la hipertensión arterial, enfermedades del corazón, cerebro vasculares, del hígado y digestivas entre otras.

Un 40,0% considera erróneamente que en cualquier medida que se ingiera bebidas alcohólicas, el bebedor es un “alcohólico” se demuestra poco conocimiento del consumo “normal” del alcohol; un 23,3% reconoce erróneamente el carácter hereditario del consumo del alcohol, el mismo porcentaje se expresa para los que consideran que existen vacunas que curan el “alcoholismo”, por último solo cinco participantes consideran erróneamente que la persona que se embriaga al menos una vez se considera alcohólico.

Tabla No.6. Respuestas erróneas de los participantes en el estudio en el cuestionario final. (n=30).

Questionario Final	(n = 30)	R/E	%
El consumo excesivo de bebidas alcohólicas, de forma continuada es un factor de riesgo que puede provocar cáncer en la boca, en la garganta, laringe, esófago, colon y recto. (V)	8	26,6%	
Se considera consumo no saludable de alcohol, cuando su consumo pone en riesgo la salud del bebedor, su seguridad y provoca a otros en su entorno. (V)	7	23,3%	
La ingestión de bebidas alcohólicas estimula el deseo y la erección en el acto sexual. (F)	7	23,3%	
El alcoholismo es una enfermedad rehabilitable (V)	6	20,0%	
La ingestión de bebidas alcohólicas desmedida lleva a la persona a conductas inmorales y/o delictivas. (V)	6	20,0%	
El síndrome de abstinencia al alcohol ocurre cuando la persona que bebe alcohol regularmente por mucho tiempo, deja de consumirlo repentinamente. (V)	6	20,0%	
El alcoholismo es un problema social que afecta al que ingiere bebida y no su entorno familiar, laboral y estudiantil. (F)	5	20,0%	
Toda persona que ingiere bebidas alcohólicas que siente el deseo de ingerir bebidas alcohólicas y no pueda controlar el deseo de beber es un alcohólico. (V)	5	20,0%	
El consumo excesivo de alcohol de forma continuada es un factor no representa riesgo para los trastornos mentales. (F)	5	20,0%	
El consumo exagerado de bebidas alcohólicas de forma continuada, lleva a la persona siempre a la conducta suicida. (F)	3	10,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado

Nota: La letra V ó F encerrada entre paréntesis es la respuesta correcta. R/E significa Respuesta Errónea

La tabla 6, muy similar a la tabla 5, pero en esta se exponen los errores de las 10 preguntas del cuestionario No. 2 (final); se puede observar que los porcentajes de errores disminuyeron notablemente con respecto al cuestionario inicial (No. 1); en el final ningún porcentaje llegó al 27%, mientras que en el inicial hubo 4 preguntas con porcentajes de error mayor al 60% y tres preguntas por encima del 30% de errores.

En el cuestionario final, la pregunta del mayor porcentaje de error estuvo relacionada a la ingesta de alcohol desmedidamente como factor de riesgo de enfermedades tales como cáncer en la boca, en la garganta, laringe, esófago, colon y recto con un 26,6%. Otras dos preguntas, la relacionada con el concepto de consumo no saludable de alcohol y la que se refiere al uso del alcohol como estimulantes del deseo y la erección en el acto sexual, ambas

con 23,3% de error le siguieron en orden de frecuencia; las restantes preguntas estuvieron entre el 20% y el 10% de error.

Estos resultados evidencian que la intervención educativa realizada cumplió con el objetivo de elevar los conocimientos en los participantes sobre este dañino flagelo que afecta a gran parte de la población.

Tabla No.7. Relación entre el nivel de conocimiento de los participantes antes y después de la intervención educativa. (n=30)

Nivel de conocimiento (n = 30)	Intervención Educativa (No/%)	
	Antes	Después
Suficiente	11 (36,7)	24 (80,0)
Insuficiente	19 (63,3)	6 (20,0)

Fuente: Cuestionario aplicado

$\chi^2=11,59$ GL= 1 p=0,0007

En la tabla 7, se exponen los resultados de los conocimientos sobre alcoholismo de los participantes en el estudio antes y después de la intervención educativa realizada. Se observa que antes de la intervención educativa predominó un nivel de conocimiento sobre el alcoholismo insuficiente en un 63,3% en los participantes; en el momento inicial solo un 36,7% poseían un conocimiento suficiente. Una vez realizada la intervención y evaluada en un segundo momento, el nivel de conocimiento suficiente fue de un 80,0%, resultado que se considera altamente significativo ($p= 0,0007$); en el segundo momento el nivel de conocimiento insuficiente descendió a un 20%

Análisis de los resultados

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Como ya se expuso anteriormente en la introducción y marco teórico de esta monografía y según las estadísticas publicadas por la OMS, OPS e infinidad de publicaciones médicas en todas las regiones del mundo, el consumo de alcohol en sus diferentes modalidades, constituye una práctica común extendida a muchos países, con diferentes grados de frecuencia e intensidad llegando a constituir un verdadero problema de salud. ^{1-6, 10-17}

Más allá de la salud, tiene efectos también en la economía y la sociedad en su conjunto. Es un hecho que la distribución del consumo y sus consecuencias no son homogéneas en la sociedad, afectando principalmente a los grupos más desfavorecidos y contribuyendo a incrementar desigualdades. ¹³

Para poder reducir los daños producidos por el alcohol no sólo a la salud del que bebe, sino también sobre la economía personal y familiar; a la sociedad en su conjunto y sobre su relación con la violencia psicológica – física; e incluso el daño infligido a terceros como puede ocurrir con los accidentes del tránsito, se hace necesario una voluntad política de todos los factores de la sociedad y los gobiernos para lograr un abordaje multidisciplinario de este fenómeno, donde cobran especial protagonismo:

- ✓ El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.5 de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, que se centra en fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluidos el uso indebido de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol (5). La inclusión de una meta específica sobre el uso nocivo del alcohol demuestra el papel clave del alcohol en la agenda mundial de desarrollo.
- ✓ La Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el uso nocivo del alcohol, ⁵⁵ negociada y acordada por todos los estados miembros desde 2010 y más recientemente el Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030, ¹ representan el consenso internacional de que reducir el uso nocivo del alcohol y la carga sanitaria y social que conlleva es una prioridad de salud pública, reflejando el compromiso de los Estados Miembros de la OMS para actuar de manera continua a todos los niveles.

A nivel de país, se hace necesario que las intervenciones se realicen antes de que se empiece a desarrollar un consumo peligroso de alcohol, es decir, se hagan programas de prevención primaria, siendo su objetivo principal evitar o retrasar la aparición del hábito negativo, disminuyendo la incidencia de dicho consumo perjudicial; por lo que los programas de prevención y/o educativos deben ser enfocados y dirigidos fundamentalmente a la población joven y adolescente, pues tal y como se demostró en esta investigación por su autor, el 100 por ciento de los pacientes incluidos comenzó a beber antes de los 20 años.

De la bibliografía revisada; los estudios de Martínez Torres y colaboradores,²⁸ y Acosta Nápoles y colaboradores,³¹ sobre intervención educativa en el alcoholismo que utilizaron muestras de 48 y 30 pacientes adultos cada uno, predominaron los hombres como sexo y las edades comprendidas entre 40 y 49 años; coincidiendo con el presente estudio en cuanto al sexo pero difiriendo respecto a los grupos de edades (24 a 39 años con un 56,7%); otras intervenciones educativas realizadas, como los de Rivera Rivadulla R,²⁹ Valderá De Miranda,³⁰ Fajardo Piñeiro⁵⁶ y Sánchez Reyes y colaboradores en todos ellos,⁵⁷ fueron realizadas en muestras de adolescentes, aunque se coincide con el predominio del sexo masculino.

En cuanto a la escolaridad, en los trabajos sobre intervenciones educativas realizadas en adolescentes, resulta evidente el predominio de la secundaria básica,^{29,30,56,57} resultado éste que difiere de la presente investigación por haberse realizado en pacientes adultos, todos con edades superiores a los 24 años. En relación a la ocupación, otras investigaciones realizadas en adultos,^{27,28,58,59} encontraron un predominio en sujetos con vínculo laboral, resultados éstos que coinciden en los participantes de esta intervención.

Muchas de las personas que consumen alcohol no parecen sufrir efectos negativos, pero muchas otras los sufren tanto a corto como a largo plazo, siendo uno de los principales factores de riesgo de carga de enfermedad y, además de ser una sustancia adictiva que puede ocasionar dependencia, contribuye al desarrollo de múltiples problemas de salud y lesiones, incluyendo enfermedades cardiovasculares, hepáticas, neuropsiquiátricas y enfermedades transmisibles, entre otras. También existe una sólida evidencia de la asociación

del consumo de alcohol y ciertos tipos de cáncer, con una relación dosis-respuesta demostrada, lo que implica que cualquier nivel de consumo aumenta el riesgo de cáncer.¹³

El autor del presente estudio describe resultados que muestran similitud con otros,^{56,57,60} respecto a la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas, siendo el fin de semana el referido con mayor frecuencia. Estos resultados con los cuales y al parecer beber los fines de semana viene siendo una tendencia. Otros estudios revisados señalan otras frecuencias de consumo como ocasionalmente, dos veces a la semana, una vez a la semana, etc.^{26,62}

Son varias las intervenciones educativas comunitarias sobre conocimientos del alcoholismo, intervención que se prepara teniendo en cuenta una medición inicial de los conocimientos de los participantes, que permite a los investigadores elaborar estrategias de cómo se va abordar la intervención, los temas a tratar y las actividades a desarrollar. Se preparan los temas de acuerdo a los resultados medidos inicialmente; en los temas se abordan conceptos relacionados al alcoholismo, factores de riesgo, criterios erróneos sobre el consumo de las bebidas alcohólicas, enfermedades asociadas al consumo desmedido, conflictos familiares, sociales, laborales, estudiantiles, judiciales que dañan al entorno del alcohólico y el rechazo que recibe de ese entorno, entre otros aspectos.

El estudio de Acosta y colaboradores,²⁰ antes referenciado, se demostró lo útil de la intervención sobre riesgos, complicaciones y la dependencia al alcohol donde los conocimientos adquiridos fueron satisfactorios; por su parte en el estudio de Fajardo,⁵⁶ se reportó en la aplicación del instrumento antes de la intervención, escasos conocimientos sobre el alcoholismo con apenas un 19,4% de suficiente, revertido después de la intervención donde se obtuvo un 87,1% que pasaron a la categoría de conocimientos suficientes. Sánchez,⁵⁷ al evaluar en una intervención educativa conocimientos sobre daños ocasionados por consumo de alcohol y factores de riesgos del alcoholismo, en 42 participantes, reportó sólo un 9,5% de conocimientos suficientes inicialmente y después de la intervención alcanzó un 87,1%; en cuanto a los factores de riesgos del alcoholismo, de un 11,9% de participantes con conocimientos

suficientes al inicio, se obtuvo un incremento hasta 78,6%, después de la intervención. Otros estudios mostraron similares resultados.^{28,29,63}

Los resultados descritos en esta monografía una vez realizada la intervención y evaluada en un segundo momento, se observó un incremento en el nivel de conocimiento suficiente, resultado que desde el punto de vista estadístico resultó altamente significativo ($p= 0,0007$); con una disminución hasta sólo un 20% en el segundo momento en el nivel de conocimiento insuficiente.

A pesar de que esta intervención fue realizada en pacientes adultos demuestra una vez más la importancia de la prevención primaria que consiste en todas aquellas estrategias enfocadas en disminuir los factores de riesgo relacionados con la aparición del problema con el objetivo de promocionar así unos hábitos positivos que ayuden a mejorar el estado de salud, retrasando e incluso pudiendo llegar a impedir el desarrollo de una conducta nociva para la salud.⁶⁴ De esta forma, las áreas en las que trabaja de manera efectiva para impedir o retrasar el problema se dirigen al cambio cognitivo y conductual, y disminución de diversos factores de riesgo de la persona, y la implantación y generalización de pensamientos y conductas positivas hacia nuestra salud.³¹

Resultados fundamentales



RESULTADOS FUNDAMENTALES

- ✓ En los participantes en el estudio predominó el sexo masculino, los comprendidos entre 24 y 39 años y en el grado de escolaridad los técnicos medio y los que tienen vínculo laboral.
- ✓ La edad de comienzo en la ingestión de bebidas alcohólicas estuvo entre los 15 y 16 años; en el sexo masculino 3 lo hicieron entre 13 y 14 años.
- ✓ Predominó ingerir bebidas alcohólicas los fines de semana como lo más habitual
- ✓ La aplicación del primer cuestionario, reflejó desconocimientos sobre el alcoholismo; 7 preguntas tuvieron respuestas erróneas entre un 40% y 80%, las 3 restantes entre un 16,3% y 23,3%.
- ✓ La aplicación del segundo cuestionario, mostró cambios notables a favor del conocimiento con la intervención educativa.
- ✓ Con la intervención educativa se elevó los conocimientos sobre el alcoholismo.

Conclusiones

CONCLUSIONES

La estrategia de intervención educativa en paciente en riesgo de dependencia alcohólica demostró ser eficaz, pues antes de la intervención la mayoría de los participantes tenía un bajo nivel de conocimientos sobre las consecuencias del alcoholismo para la salud, lográndose en la segunda etapa un incremento de estos conocimientos para aumentar la motivación y lograr alguna acción para cambiar el comportamiento de riesgo/bebida alcohólica nociva durante todo el período evaluado.

Sugerencias

Sugerencias

Que esta técnica sea replicada en otros servicios, en diferentes ubicaciones, con el fin de ofrecer una mayor robustez a los resultados encontrados en este estudio, así como a la aplicabilidad del seguimiento del consumo de alcohol y las intervenciones breves en el trabajo rutina de las enfermeras de atención primaria de salud, integrándolas en la enfermería consulta o en grupos de educación para la salud en estos servicios.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2021. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours>.
2. OMS Alcohol. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. [citado 25 Jun 2024] 5 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
3. SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2022 National Survey on Drug Use and Health. Table 5.9A—Alcohol use disorder in past year: among people aged 12 or older; by age group and demographic characteristics, numbers in thousands, 2021 and 2022. [citado 2023 dic 8]. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt42728/NSDUH-DetailedTabs2022/NSDUHDetailedTabs2022/NSDUHDetTabsSect5pe2022.htm#tab5.9a>
4. White AM, Slater ME, Ng G, Hingson R, Breslow R. Trends in alcohol-related emergency department visits in the United States: results from the nationwide emergency department sample, 2006 to 2014. Alcohol Clin Exp Res. 2018;42(2):352-9. PubMed PMID: 29293274
5. Analysis of data from the 2020 National Emergency Department Sample. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). October 2022. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available from: hcup-us.ahrq.gov/nedsoverview.jsp
6. CDC. Alcohol and Public Health: Alcohol-Related Disease Impact. [Table], Annual average for United States 2020–2021 alcohol-attributable deaths due to excessive alcohol use, all ages. [citado 2024 mar 13]. Disponible en: https://nccd.cdc.gov/DPH_ARDI/Default/Report.aspx?T=AAM&P=F1F85724-AEC5-4421-BC88-3E8899866842&R=EACE3036-77C9-4893-9F93-

[17A5E1FEBE01&M=7F40785C-D481-440A-970F-50EFBD21B35B&F=&D=](#).

7. Pilar MR, Eyler AA, Moreland-Russell S, Brownson RC. Actual causes of death in relation to media, policy, and funding attention: examining public health priorities. *Front Public Health*. 2020;8:279. PubMed PMID: 32733836
8. National Center for Statistics and Analysis, National Highway Traffic Safety Administration. Overview of Motor Vehicle Crashes in 2022 [Internet]. Washington: Departamento de Transporte de los Estados Unidos; 2024 abril [citado 2024 mayo 15]. 18 p. Disponible en: <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/813560> (en inglés)
9. Alpert HR, Slater ME, Yoon YH, Chen CM, Winstanley N, Esser MB. Alcohol consumption and 15 causes of fatal injuries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2022;63(2):286-300. PubMed PMID: 35581102
10. Global status report on alcohol and health 2018, Geneva: World Health Organization; 2018, Disponible en: <https://iogt.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf>.
11. Making the WHO European Region safer: developments in alcohol control policies, 2010–2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37426/9789289055048>.
12. The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO), Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547>
13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2024. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024. 120 p. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalog>

oPNSD/publicaciones/pdf/2024_OEDA_MonografiaAlcoholConsumoConsecuencias.pdf

14. Monteiro MG, Martins CB, Sanchez ZM, Rehm J, Shield K, Falade R, et al. Assessing Sustainable Development Goal Target Indicator 3.5.2: Trends in alcohol per capita consumption in the Americas 1990–2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e142. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.142>
15. Pan American Health Organization. The burden of selected alcohol-related diseases in the Region of the Americas, 2000-2019. Pan American Health Organization. Washington DC, 2021 R
16. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas 2020. Pan American health Organization. 2020. Available online (accessed February 1, 2021)
17. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. La Habana, 2021. ISSN versión electrónica 1561-4433. [Internet]. 2022. [citado 23/04/2024]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/04/anuario-estadistico-de-salud-2021.-ed-2022.pdf>
18. González CA. Alcoholismo: la enfermedad crónica que nos asola. En *vida saludable*. Mayo 14, 2024. Disponible en: <https://oncubanews.com/tendencias/vida-saludable/alcoholismo-la-enfermedad-cronica-que-nos-asola/>
19. Vázquez Rojas I, Gorina Sánchez A, Costa Rodríguez M, Ramos Rojas J, Gorina Sánchez N. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del área de salud América I del municipio de Contramaestre. *MEDISAN* [Internet]. 2019 [citado 3 Oct 2024]; 23 (3) . Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1963>,
20. Acosta Nápoles I, Roquero Gracia L, Afonso Sánchez LM, Velázquez Borges RA (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>

21. López Fernández R, Linares Tovar F, López Palmero C, Olivera Bolaños R, Valladares González A. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de la provincia Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2024 Oct 3]; 6(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/459>
22. Fernández Castillo E, Molerio Pérez O, Garcia de Nascimento P, Rodríguez Martínez Y. Consumo de alcohol y factores relacionados en estudiantes universitarios cubanos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado 3 Oct 2024]; 20 (2) . Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3248>
23. Enriquez Vilaplana SE, Fernández Vidal A, Rueda Montoya V. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 Abr [citado 2024 Oct 03] ; 15(2): 217-228. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000200011&lng=es.
24. Landrove Rodríguez O, Morejón Giraldoni A, Venero Fernández S, Suárez Medina R, Alm,aguer López M, Pallarols Meriño, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 [Accedido 3 Octubre 2024]
25. Dispensarización de pacientes con riesgo de dependencia alcohólica, 2022, Base de datos del Policlínico Área I, Consultorio Médico de la Familia No 4: “José Luis Chaviano Chávez”, Municipio Cienfuegos, Provincia Cienfuegos.
26. Macías Ferreiro K, Vines Ubillus MA, Mendoza Cedeño IG, Briones Bermeo NP, Mera Leones FB. Intervención educativa para la prevención del alcoholismo en adolescentes en colegio ecuatoriano. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 24(1): e4017. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4017>
27. Suárez Benítez Y, Fernández Corrales YN, Gallardo Lora M. Aplicación Alcoholism: una vía para el desarrollo de conocimientos sobre el alcoholismo. Rev Inf Cient [Internet]. 2021 [citado 3 Oct 2024]; 100 (2).

Disponible

en:

<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3373>

28. Martínez Torres YM, Gamboa Navarro Y, Matos Laffita D, Santana Suarez I, Moreno González A. Intervención educativa sobre alcoholismo en pobladores del policlínico “Fermín Valdés Domínguez”, Baracoa. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2022 [citado 3 Oct 2024]; 38 (2) . Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1766>
29. Rivera Rivadulla R, Giniebra Marín GM, Gorrín Díaz Y, Rodríguez Rivera JA, Camero Machín JC. Intervención educativa sobre alcoholismo en adolescentes de la comunidad Tchioco. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2023 [citado 3 Oct 2024]; 27. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5714>
30. Valderá de Miranda D, Betancourt Valladares M, Silva Martínez Y, De Miranda Rodríguez L. Intervención educativa sobre el alcoholismo y sus consecuencias para la salud en adolescentes de preuniversitario. Rev Hum Med [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Oct 03];23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-1202023000200001&lng=es. Epub 15-Mayo-2023.
31. López Leyva Y, Reyes Blanco E, Torres Rojas G, Negret Torres X. Santiago 15 9, sept. - dic., 2022 Plan de acciones dirigidas a la prevención del alcoholismo con estudiantes Ciencias Médicas, Segundo Frente. Disponible en: <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/5465>
32. Amezcua M, García Pedregal E, Jordana J, Llisterri JL, Rodríguez Sampedro A, Villarino A. La educación ante el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas: propuesta de actuación multidisciplinar desde el profesional de la salud. Nutr Hosp 2020;37(3):609-615. Disponible: doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02930>
33. Ibañez de Obesso A. Estudio sobre el alcohol: fundamentación teórica, programas de prevención primaria actuales y propuesta de programa de prevención primaria. [Trabajo fin de grado] (2022- 023). Universidad de Navarra. España Disponible en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/67815/1/Ainhua%20Iba%C3%B1ez%20de%20Obesso%20TFG%20PSICO.pdf>

34. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 11.^a revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2011 (<https://icd.who.int/es/>, consultado el 25 de junio de 2024).
35. Alcoholismo y abuso de alcohol. [consultado 3 de Octubre de 2024]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/alcoholismandalcoholabuse.html>
36. Definición de niveles y patrones de consumo de alcohol. Actualización 2024. Alcohol's Effects on Health Research-based information on drinking and its impact. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Citado 3 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption/definicion-de-niveles-y-patrones-de-consumo-de-alcohol>
37. Comprensión del trastorno por consumo de alcohol. Espectro del trastorno por consumo de alcohol. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Marzo 2024, [Citado 3 Octubre 2024] Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/comprehension-del-trastorno-por-consumo-de-alcohol>
38. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Alcoholismo. Epidemiología y complicaciones. Bibliomed [Internet]. 2018 Ene [citado 4 Feb 2021];25(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-enero-2018.p>
39. González Menéndez RÁ. Algunos comentarios sobre el artículo Consumo no social de alcohol: su identificación en la comunidad para prevención y tratamiento. Rev haban cienc méd 2016;15(6): 1042-44. Disponible en: <http://www.revhabciencmed.sld.cu>
40. Reis S, Sánchez Herrera S, Vicente Castro F. Calidad de vida y alcoholismo. Salud, Psicología y Educación [Internet]. Abr 2019 [citado 15 Mar 2021]; 4(1): 69-82. Disponible en: <https://www.semanticsscholar.org>
41. González Ramírez F. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. [Documento Técnico] [Internet]. Primera edición, julio 2017. Perú: Ministerio de Salud; 2017 [citado 15 Mar 2021]; Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

42. Mojena Batista S, Arias Aguilar EM, Gómez Carrera Y, Pompa Cañete M. El alcoholismo y su repercusión en la salud humana, la familia y la sociedad. Rev UCM [Internet]. Dic 2018 [citado 15 Mar 2021]; 1(1):73-79. Disponible en: [http:// www.revistas.ucm.grm.sld.cu12](http://www.revistas.ucm.grm.sld.cu12).
43. Herrera L AL, García L B, Montano A L, Vinent L S. Caracterización del consumo de alcohol en adolescentes de la escuela secundaria “Capitana Catalina Valdés”, 2016. Revista Universidad Médica Pinareña[Internet]. Ago 2018 [citado 15 Mar 2021]; 13(2):17-27. Disponible en : <http://www.revmedpin.sld.cu>
44. Babor, TF. How should we define, document and prevent conflicts of interest in alcohol research? IJADR [Internet]. 2016 [citado 05 Mar 2021]; 5(1):[aprox.3p.]. Disponible en: <http://www.ijadr.org/index.php/ijadr/article/view/232>
45. González Consuegra JA. Alcoholismo y salud. Acercamiento al tema. I Jorna da Científica de profesores de la Educación Médica. Policlínico Docente Cristóbal Labra. [Evento Virtual: 4 -11 Septiembre de 2023]. CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (septiembre 2023) ISSN 2415-0282
46. Patró Hernández RM, Nieto Robles Y, Limiñana Gras RM. Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: una revisión sistemática. Adicciones [Internet]. 2020 [citado 05 Mar 2021]; 32(2):145-58 Disponible en: <http://www.adicciones.es>
47. Blanco D M L, Torres LV A, Salazar M E H, Parra M O N. La relación entre educación para la salud, la promoción de salud y la prevención del alcoholismo en estudiantes universitarios. Didáctica y Educación [Internet]. Mar 2016 [citado 2 Octubre 2024] ;7 (4) 143-64. Disponible en : <http://didacticaeducacion>
48. OMS. Centro de Prensa. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva 381 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; Sep de 2021. [citado 3 Octubre 2024] Disponible en: <http://who.org>
49. Pérez del Río F. En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. Revista Adicción y Ciencia [Internet]. 2015 [citado 20 Dic 2017]; 1(4). Disponible en: <http://adiccionyciencia.info/en-que-cambian-los-pacientes->

[drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica](#)

50. Fariñas E. España solo diagnóstica el 20% de casos de trastornos por consumo de alcohol. El Médico Interactivo [Internet]. 2018 [citado 29 Feb 2021]. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/espana-solo-diagnostica-el-20-de-casos-de-trastorno-por-consumo-de-alcohol/>
51. 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.eumed.net>
52. Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH, Águila Gutiérrez Y. La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 26 Mar 2021];37(3): [aprox 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300007
53. Lescay Blanco D M, Mestre Gómez U, Mendoza Vélez M E. Sistema de actividades para la educación antialcohólica de los estudiantes de carreras pedagógicas. Revista Cubana de Educación Superior [Internet]. 2019 [citado 26 Mar 2021]; 38(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142019000100016&lng=es&tlng=es
54. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3. Salud. Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
55. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1
56. Fajardo Piñeiro Y. Intervención educativa de alcoholismo en adolescentes. Consultorio 24. Alcides Pino Bermúdez. Enero/ 2020-Julio/ 2021. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. [Tesis para optar por el Título Académico de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Holguín, 2021. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=2467>

57. Sánchez Reyes I. Intervención educativa para la prevención del alcoholismo en la adolescencia. Rafael Freyre. Enero 2021- Enero 2022. [Tesis para optar por el Título Académico de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Holguín, 2022. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=2996>
58. 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) [citado 2022 May 12]; 23(2). <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2422>
59. Oliva, RN. Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol. [Tesis de Maestría] Monterrey (NL): Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014. [citado 2021 Ene 18]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/982>
60. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Rev Pediatr Aten. Primaria. 2014; 16:125-34. [citado: Ene 2020];18(1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000300005>
61. Betancourt Pulsán A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros. [Tesis para optar por el Título Académico de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010 [citado Ene 2021]. Disponible en <http://tesis.repo.sld.cu/156/1/AnselmaBetancourtP.pdf>.
62. Reynosa Cordero, B. Intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo en pacientes con riesgo. [Tesis para optar por el Título Académico de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Ciencias Médicas Holguín. 2021. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=2291>
63. Lazo Herrera LA, Linares Cánovas LP, Vitón Castillo AA, Díaz Pita G. Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes de un consultorio médico. 16 de abril [Internet]. 2021 [citado 2021 nov 10];58 (271): 15-19. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/659

64. Ekai, O. (s. f.). Programa Aprender a beber. Prevención del alcoholismo en Navarra. Intercambio, 112-119. Recuperado 6 de febrero de 2023, de <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/143063/38487>

Anexos



ANEXOS

Anexo No. 1 Consentimiento Informado de la dirección de la institución donde se va a realizar la investigación

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del
Policlínico José Luis Chaviano Chávez, Municipio Cienfuegos:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Intervención comunitaria en pacientes riesgo de dependencia alcohólica. Consultorio 4. Área I. Cienfuegos. 2022. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Julia M Hernández Mompié, jefa del mismo y el Dr. Asiel Millán Morejón, investigador.

- ✓ Durante la investigación serán aplicados varios instrumentos, con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas del paciente riesgo de dependencia alcohólica, que incluyen elementos importantes para el conocimiento sobre el tema del alcoholismo.
- ✓ Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
- ✓ Se me han explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma.
- ✓ Nuestro consentimiento de permitir el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- ✓ Puede retirarse la institución en cualquier momento del protocolo de investigación que lo crea necesario sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del ____

Firma director/a de la institución

Firma Jefa del Proyecto

Anexo No.2: Consentimiento Informado pacientes con riesgo de dependencia alcohólica.

El que suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado: Intervención comunitaria en pacientes riesgo de dependencia alcohólica. Consultorio 4. Área I. Cienfuegos. 2022. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Julia M Hernández Mompié, jefa de este y el Dr. Asiel Millán Morejón, investigador.

Durante la investigación serán aplicados varios instrumentos, con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas del paciente riesgo de dependencia alcohólica, así como las causas que lo llevan a su consumo

Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales aportados a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Se me han explicado claramente las actividades e instrumentos que se aplicarán en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma. Por lo cual doy mi consentimiento voluntario para mi participación.

Firma de la paciente

Firma del investigador

Anexo No. 3:**No. orden:** ____**Edad:** ____**Sexo:** __Masculino __Femenino**Escolaridad:** __Primaria __S. Básica __Preuniversitario __Universitaria.**Ocupación:** __Con vínculo laboral __Sin vínculo laboral.**Edad de inicio en el consumo:** ____**Frecuencia con que ingiere en la semana:** __Una o dos veces __Tres veces
__solo fines de semana __Todos los días __en alguna ocasión**Tiempo que lleva ingiriendo:** ____

Estimado paciente: Le ofrecemos un cuestionario con 10 afirmaciones y Ud. debe marcar cuales son verdaderas (V) y cuales falsas (F). La finalidad es conocer sus conocimientos sobre la ingestión de bebidas alcohólicas. Muchas Gracias.

Cuestionario Inicial	
El alcoholismo es un vicio que adquieren las personas que ingieren bebidas alcohólicas	F
Toda persona que ingiera bebidas alcohólicas en cualquier medida se considera alcohólico	F
El hábito de ingerir bebidas alcohólicas se hereda de los padres o abuelos	F
Existen vacunas que curan el alcoholismo	F
La ingestión de bebidas alcohólicas inhibe el deseo y la erección al realizar el sexo.	V
La hipertensión arterial, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedades en el hígado, problemas digestivos, entre otras, son enfermedades que suelen aparecer en personas consumidoras de alcohol de forma excesiva	V
La persona que ingiere bebidas alcohólicas desmedidamente les provoca deterioro físico, mental y social	V
La ingestión de bebidas alcohólicas ayuda a disminuir el estado de depresión y ansiedad en las personas	F
Las bebidas alcohólicas se consideran drogas legales al alcance de la población	V
Toda persona que se embriaga, aunque sea una vez se considera un alcohólico	F

Anexo No. 4:**No. orden:** ____

Estimado paciente: Le ofrecemos un cuestionario con 10 afirmaciones y Ud. debe marcar cuales son verdaderas (V) y cuales falsas (F). La finalidad es conocer sus conocimientos sobre la ingestión de bebidas alcohólicas. Muchas Gracias.

Cuestionario Final	
El alcoholismo es una enfermedad rehabilitable	V
Se considera consumo no saludable de alcohol, cuando su consumo pone en riesgo la salud del bebedor, su seguridad y provoca a otros en su entorno.	V
El alcoholismo es un problema social que afecta al que ingiere bebida y su entorno familiar, laboral, estudiantil.	V
Toda persona que ingiere bebidas alcohólicas que siente el deseo de ingerir bebidas alcohólicas y no pueda controlar el deseo de beber es un alcohólico	V
La ingestión de bebidas alcohólicas estimula el deseo y la erección en el acto sexual	F
El consumo excesivo de bebidas alcohólicas, de forma continuada es un factor de riesgo que puede provocar cáncer en la boca, en la garganta, laringe, esófago, colon y recto.	V
El consumo excesivo de alcohol de forma continuada es un factor de riesgo para los trastornos mentales	V
La ingestión desmedida de bebidas alcohólicas daña la salud de las personas provocando enfermedades	V
El consumo exagerado de bebidas alcohólicas de forma continuada lleva a la persona a conductas inmorales y/o delictivas.	V
El síndrome de abstinencia al alcohol ocurre cuando la persona que bebe alcohol regularmente por mucho tiempo deja de consumirlo repentinamente	V

Anexo: 5

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE ALCOHOLISMO

Número de Conferencia a impartir: 5

Tiempo de cada conferencia: 60 minutos

Frecuencia: 1 vez a la semana

Objetivo de la intervención: Medir los conocimientos de los participantes sobre la ingestión de bebidas alcohólicas en dos momentos. Antes de la intervención educativa y después de la intervención educativa.

Tema I: Aplicación del cuestionario No.1 antes de la intervención. Panorama del consumo de bebidas alcohólicas en el mundo. Consumo en Cuba.

Tiempo: 50 minutos

Sumario: Consumo de bebidas alcohólicas a nivel mundial. Consumo en Cuba en los últimos 10 años. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consecuencias. Consumo de alcohol según sexo, Definición de alcoholismo. Consumidor de alcohol social, consumidor de riesgo alcohólico.

Tema II: Presentar los errores fundamentales del primer cuestionario aplicado.

Tiempo: 60 minutos

Tema III: Repercusión del consumo de alcohol para la salud humana.

Tiempo: 60 minutos

Sumario: Afecciones del consumo de alcohol en la salud. Enfermedades relacionadas al consumidor en riesgo alcohólico. La dependencia alcohólica. Síndrome de abstinencia. Deterioro físico y mental del alcohólico.

Tema IV: Repercusión del consumo de alcohol en la sociedad. Factores de riesgos sociales.

Tiempo: 60 minutos

Sumario: Pérdida de identidad. Situaciones de riesgo social. Riñas, escándalos públicos, actos de violencia, abandono laboral, sanciones judiciales, accidentes de tránsito, arrestos policiales, sanciones judiciales, afectación en la familia, otras.

Tema IV: Repercusión del consumo de alcohol en la familia. Factores de riesgos.

Tiempo: 60 minutos

Sumario: Pérdida de identidad familiar. Violencia familiar, disfunción familiar, abandono del hogar, problemas de aprendizaje en los hijos, ruptura de la familia, desamparo de los hijos en otros.

Tema V: Precisar detalles de lo impartido en el curso, preguntas de interés de los participantes. Evaluación Final.

Tiempo 60 minutos.

Se le aplicará a cada participante del estudio el cuestionario No.2 para medir lo aprendido en la intervención y comparar los cambios de los conocimientos entre el primer cuestionario y el segundo.

Sistema Evaluativo:

Teniendo en cuenta que cada cuestionario tiene 10 preguntas, de una sola respuesta, es decir verdadero o falso la afirmación, se consideró que cada pregunta correctamente contestada es evaluada con 1 punto y 0 punto si es errónea la respuesta. Es decir, el puntaje máximo a obtener en los cuestionarios aplicados es de 10 puntos y el mínimo para obtener la calificación de suficiente es 7; por debajo de 7 se considera el conocimiento insuficiente.

Categoría.....	Puntajes
Suficiente	De 7 a 10 puntos
Insuficiente	De 0 a 6 puntos