



TEMA: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES ALCOHÓLICOS DEL CMF EL LAVADO, JOBABO, LAS TUNAS.

Autores: Dr. Odelbis Ramos Peña.

Residente de 2er año de la Especialidad de MGI.

Lic. Ángel Avelino Rodríguez Tamayo.

Profesor Instructor. Licenciado en Traumatología.

Lic. Alexey Peña Valdés.

Profesor Asistente. Licenciado en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUNF.

Lic. Odalis Mojena Fernández.

Profesora instructora.

Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Odelbis Ramos Peña, Ángel Avelino Rodríguez Tamayo, Alexey Peña Valdés y Odalis Mojena Fernández. (2019): "Estrategia de intervención en pacientes alcohólicos del CMF el lavado, Jobabo, las Tunas", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/intervencion-pacientes-alcoholicos.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1912intervencion-pacientes-alcoholicos>

RESUMEN

El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestiones de alcohol que se consideran excesivas según los patrones dietéticos y culturales de la comunidad, y que finalmente perjudica la salud, las funciones sociales y económicas del consumidor. El universo estuvo constituido por 80 pacientes alcohólicos de la comunidad, la muestra representada por 52 seleccionados al azar. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, además por el consentimiento informado, en el análisis se tuvo en cuenta las variables de edad, sexo, estado civil, funcionamiento familiar, nivel de escolaridad, ocupación, nivel de conocimiento sobre alcoholismo antes y después de la estrategia de intervención. El grupo etario que predominó fue 30-39 años con 12 pacientes para un 23.1%, el sexo masculino fue el que predominó con 38 casos para un 72.7%, el nivel cultural con mayor cantidad el secundaria básica con 19 estudiantes para un 36.6%, el estado civil más representado el casado con 26 casos para un 50%, en relación a la ocupación laboral hubo predominio de los trabajadores agrícolas con 17 para un 32.7%, la fuente de información es a través del médico y la enfermera de la familia, el funcionamiento familiar fue bueno con 23 familias para un 44.2% se logró incrementar el nivel de

conocimiento sobre alcoholismo al 100% de la muestra. Las estrategias educativas son un soporte fundamental para aumentar la calidad de vida en los pacientes consumidores de alcohol.

Palabras clave: Alcoholismo, estrategia de intervención, calidad de vida, alcohol.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol constituye una de las toxicomanías más difundidas actualmente por su carácter legal y aceptación en la población de la mayoría de los países del mundo occidental. Constituyen una preocupación ante la magnitud de los daños biológicos y sociales provocados por su uso frecuente y embriagante, aun sin llegar a ser el individuo dependiente de esta droga.

Ante esta situación se despliegan acciones en las que se destaca el papel del profesional de la salud desde su función reguladora y de agente de cambio que planifica, ejecuta y controla estrategias de intervención en un mundo caracterizado por la complejidad de los procesos y por las influencias de los adelantos científico-técnicos. En este sentido los esfuerzos están dirigidos al logro de una óptima calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad mediante la integración de acciones intersectoriales en donde se considera al hombre como un ser psíquico, biológico y social.

Este carácter intersectorial de la Salud Pública en Cuba es premisa básica para la sostenibilidad de los proyectos de cambio y en ello juegan un papel determinante la Educación para la Salud y los proyectos de intervención comunitaria que incrementen la cultura sociosalubrista de la población.

La Educación para la Salud se sustenta en dos premisas básicas: la necesidad de educar a la población para que comprenda la base científica de los nuevos programas de Salud Pública y la necesidad de educar a los individuos para que cambien su comportamiento y poder prevenir enfermedades (1, 2).

Desde la precisión de estas premisas debe comprenderse la importancia de investigar en el tema del alcoholismo en la juventud, lo que queda explícito en lo expresado en la Resolución 58-26 de la OMS/OPS, derivada de la Asamblea General efectuada en mayo de 2005. En la referida resolución se plantea que: “El uso nocivo del alcohol se ha erigido como el principal factor de riesgo para enfermar en el mundo subdesarrollado y el tercero en el mundo desarrollado, a pesar de competir en el listado con otros 26 factores de riesgo, entre los que se incluyen: el sobre peso, sexo inseguro, agua y salubridad inseguras, la presión arterial alta, fumar en espacios cerrados, colesterol “malo” alto, bajo consumo de frutas y vegetales, inactividad física, uso de drogas ilícitas y estrés laboral, entre otros” (3).

Como bebida comenzó siendo parte de ritos religiosos en comunidades primitivas, puesto que luego de su ingestión sentían que podían acercarse y hablar con los dioses. El origen de las relaciones entre el alcohol, el hombre y la sociedad, se pierde a lo largo del tiempo, para darle paso a un problema actual que no respeta cultura, economía ni credo religioso. Las primeras referencias escritas sobre las consecuencias negativas del alcoholismo se remiten a la Biblia, donde se consideraba la primera enfermedad y el segundo problema social, en la Biblia se puede leer: “Noé bebió del vino y se embriagó”. El origen de la palabra alcohol no está nada claro. Hay quien con un origen árabe encuentra su traducción en alcoholeé, que es nombre con que se llama a los espíritus malignos. Parece ser que un religioso dentro de la más pura ortodoxia de eliminar el alcohol lo llamó así, identificándolo con los

espíritus del mal y pensando especialmente en los efectos que es capaz de producir. Hay quien sostiene sin embargo, que el origen, también árabe, proviene del vocablo en la palabra *alkohl*, que significa “ESENCIA”. Esta sustancia conocida químicamente como etanol es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. (4)

Hay evidencias escritas del uso de bebidas alcohólicas durante más de 4000 años a.n.e. en las pirámides egipcias, Mesopotamia y China. Alrededor del año 800 d.C. el químico árabe, Rhamses descubrió el proceso de destilación que favoreció la fabricación y comercialización, hacia Europa, de bebidas fermentadas, y destiladas. El abuso de su consumo fue reconocido desde épocas pretéritas como un problema de índole social por la repercusión nociva sobre los colectivos humanos. Hipócrates, médico griego, habló hace unos 2400 años de la locura alcohólica.

Aunque el término alcoholismo fue acuñado por Magnus Huss en 1849, cuando Suecia sufría el mayor consumo de alcohol del mundo, durante mucho tiempo fue considerado un vicio propio de débiles morales y no fue hasta 1960 que Jellinec el gran impulsor del concepto de alcoholismo. En su trascendente obra *The disease concept of alcoholism*. Estableció que dicha categoría nosográfica incluía “todo uso de alcohol que produjera algún tipo de daño en el consumidor, en la sociedad o en ambos”. Más tarde en 1960 incluyó la ingestión anormal de alcohol en la categoría enfermedad, señaló que solo podría considerarse adicción alcohólica cuando los sujetos tuviesen tolerancia física, pérdida de control o incapacidad para abstenerse de beber. (5, 6)

Según la definición del Comité de Expertos de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestiones de alcohol que se consideran excesivas según los patrones dietéticos y culturales de la comunidad, y que finalmente perjudica la salud, las funciones sociales y económicas del consumidor”.

En el mundo dos mil millones de personas ingieren alcohol como parte de su estilo de vida y 77 millones son alcohólicos identificados, pese al subregistro que lo vinculan con más de 60 tipos de enfermedades y lesiones. Esta situación causa 1,8 millones de muertes anualmente, teniendo en cuenta que en el ámbito internacional se han realizado investigaciones que tributan al desarrollo de estrategias de intervención comunitaria relacionadas con la prevención del alcoholismo y la promoción de estilos de vida saludables en los pacientes jóvenes. En México se desarrolló un modelo de prevención de riesgo psico-social en la adolescencia dirigida al control de la drogodependencia. Esta investigadora apeló a las autoridades de la comunidad Chimallí para el apoyo al desarrollo del trabajo y sólo lo obtuvo de parte de los líderes comunitarios religiosos. (7, 8)

Por su parte, en Montevideo, Uruguay se diseñó y aplicó una guía para planes locales sobre drogas, el que sirvió de referente para el desarrollo de un proyecto dirigido a jóvenes de localidades rurales. En Estados Unidos de América por un Colectivo de Autores de la OPS aplicaron estrategias de intervención comunitaria para incrementar la calidad de vida de grupo de jóvenes identificado por un alto consumo de alcohol. Asimismo en España se desarrolló otro modelo de prevención del alcoholismo en los jóvenes, caracterizado por una fuerte orientación oficialista, el mismo fue perdiendo fuerza hasta que quedó en el olvido, a diferencia del resultado negativo se aplicó una estrategia de entrenamiento familiar que tuvo modestos resultados. (9)

Cuba, que desde el triunfo revolucionario en 1959 ha desarrollado una amplia política de desarrollo salubrista sobre la base de la prevención y la promoción en salud, ha seguido de cerca el problema de la juventud como un grupo vulnerable a diferentes factores de riesgo. Numerosas investigaciones realizadas a nivel nacional y local describen el daño que produce el consumo abusivo e irresponsable de las drogas en general y del alcohol en particular y ha desplegado todo un sistema de estrategias de intervenciones comunitarias que abordan estas y otras temáticas.

Con la división político administrativa en 1976, el trabajo de prevención va más a la comunidad y simultáneamente se fomenta un gran movimiento masivo de construcción de asentamiento urbanos con la participación de la población y otros de servicio social (plan de micro brigadas, Plan Turquino, planes de atención primaria de salud para la población y posteriormente la atención primaria a la población ampliado en los 80 con el plan conocido por Médico de la familia). Haciendo énfasis en el trabajo comunitario del médico de la familia se emprendieron acciones para el consumo abusivo del alcohol en determinados barrios.

Estudios realizados indican que la situación no es diferente: En la población mayor de 15 años hay 430 mil alcohólicos 5% y 860 mil bebedores de riesgo 10%. Debido a esta situación el uso del alcohol se relaciona con el 30% de accidentes del tránsito fatales y al 50% de los divorcios y problemas laborales. Cabe destacar que es alarmante la tendencia del uso irresponsable del alcohol de parte de los jóvenes en las últimas décadas. Es importante significar que las apreciaciones comunitarias vinculan los riesgos sociales solamente a su potencialidad adictógena, sin valorarlo como droga portera al consumo de otras sustancias, ni la alta peligrosidad y nefastas repercusiones de los comportamientos bajo su influencia (10, 11).

A nivel nacional se destacan los trabajos, relacionados con intervenciones comunitarias dirigidos al tratamiento del consumo de alcohol en pacientes adolescentes en Granma, también se investigó y aplicó un programa de intervención educativo en las familias de pacientes de edad pediátrica que habían padecido de intoxicación alcohólica y que fueron tratados en el Hospital Pediátrico “Pedro A. Pérez” de Guantánamo. Así, por ejemplo, en un estudio realizado en Santiago de Cuba entre julio de 2012 y julio de 2015 sobre trastornos de la conducta fueron diagnosticados 305 sujetos consumidores de drogas ilegales, de los cuales el 30% presentó dependencia, el 86% no tenía vínculo laboral ni de estudio, el 72% practicaban el hábito de fumar y el 80% eran alcohólicos; el rango de edad más afectado fue el de 15 a 35 años. Estas intervenciones, de carácter comunitario, fueron desarrolladas dentro del marco de los presupuestos del programa nacional de prevención y control del alcoholismo y problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. (12, 13)

En el primer trimestre del pasado año, ocurrieron en las tunas, 44 accidentes de tránsito, de ellos 21 relacionado con la ingestión de bebidas alcohólicas, en las que se produjeron la pérdida de 4 vidas humanas 86 lesionados, a los conductores infractores se le aplicaron los artículos 79.1 y 97.3 según sean profesionales o privados respectivamente, cuando han consumido bajo la ingestión de bebidas alcohólicas. En investigaciones realizadas han puesto de manifiesto la existencia de un conjunto de situaciones problemáticas relacionadas con la efectividad en la aplicación de estrategias de intervención comunitarias dirigidas a combatir la tendencia al incremento del consumo de alcohol de parte de la

población, a la gran incidencia y prevalencia de esta enfermedad se reportan poblaciones donde el 80,6% ingieren el tóxico y el 25,3% son alcohólicos. En modelos de prevención comunitarias datos estadísticos evidencian que en el municipio de Jobabo existen 1850 personas que padecen de alcoholismo, es decir, aproximadamente el 8% de la población mayor de 15 años dispensarizada en el 2016, y particularmente en el consultorio médico de la comunidad El Lavado existen 76 alcohólicos, lo que representa el 14.15 % de la población del área de salud. (14, 15, 16).

Bajo estas premisas se aborda la temática en este trabajo sobre la aplicación de acciones comunitarias en materia de prevención del alcoholismo en los pacientes de la comunidad El Lavado, municipio Jobabo, provincia Las Tunas. Teniendo en cuenta las exigencias del momento histórico que vive la población cubana y la necesidad de que las generaciones futuras disfruten las conquistas alcanzadas por el Sistema Nacional de Salud, es indispensable aunar todos los esfuerzos en la lucha contra las drogodependencias, en especial del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas en los jóvenes, razón que constituye la motivación principal de esta investigación.

Esta situación conduce al planteamiento del **Problema Científico**: Alta incidencia de pacientes alcohólicos del CMF El Lavado, Jobabo, Las Tunas.

Objetivo: Evaluar la estrategia de intervención para modificar el nivel de conocimientos sobre el alcoholismo en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con Servicio de Hospitalización "14 de Junio" del municipio Jobabo.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la muestra estudiada según sexo.
2. Distribuir la muestra estudiada según edad.
3. Caracterizar la muestra estudiada según nivel escolar.
4. Determinar la muestra estudiada según estado civil.
5. Determinar ocupación del encuestado.
6. Comprobar la fuente de información de los encuestados sobre alcoholismo.
7. Determinar el funcionamiento familiar de los encuestados.
8. Evaluar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo antes y después de la intervención.

Hipótesis: Se lograra disminuir el consumo de alcohol en los pacientes del CMF. El Lavado si se realiza una estrategia de intervención.

Marco Teórico

El consumo perjudicial de alcohol es una comportamiento anómalo de vinculación con esta droga que es avalado por el criterio tóxico para el diagnostico de alcoholismo el cual fundamenta que se considera como alcohólico a todo individuo que ingiere bebidas alcohólicas pese a que haya aparecido en el mismo cualquier tipo de daño biológicos, psicológicos, social y espiritual como consecuencia del consumo etílico.

La adicción al alcohol se manifiesta por tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, con afectación de la vida social, familiar, laboral y escolar.

Existen múltiples definiciones de alcoholismo pero en general todos coinciden en plantear que el alcohólico, es aquel individuo que ingiere el tóxico de forma excesiva y frecuente; les ocasiona daños a la sociedad y deteriora la salud a veces con la incapacidad para abstenerse y tiende al aumento paulatino de la cantidad de alcohol ingerida hasta llegar al grado extremo de la dependencia física y psíquica.

En el año 2005, la Resolución 58.26 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a los daños sociales globales del uso indebido de alcohol, lo que se refleja en nuestro continente en que el primer factor considerado para enfermar, de los 27 valorados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, es el consumo no socializado de alcohol. (17, 18)

Está demostrado que el alcoholismo como enfermedad disminuye en 12 años la esperanza promedio de vida de la población. No obstante, con el triunfo de la Revolución, se tomaron diversas y profundas medidas que eliminaron la situación de las drogas existente en el país, las cuales se han mantenido como una conquista de nuestro pueblo. La dignidad plena del hombre, su desarrollo integral y saludable han sido virtud, pilar y esencia del proceso revolucionario cubano en plena correspondencia con el ideario martiano.

La situación en Cuba tiene marco de referencia, la gravedad comparativa del problema en los países americanos con baja natalidad y mortalidad así como los patrones de consumo embriagantes y ajenos al modelo alimentario. Cuba es además, un país del Caribe productor de ron, con notable incremento del turismo en la última década y en el que el consumo de bebidas alcohólicas ha devenido paradigma de recreación y expresión de amistad. El consumo per cápita de alcohol registrado es de 3,6 lts y el no registrado es de 2 lts, lo que hace un total de 5,6 lts de puro etanol por habitante mayor de 15 años, con un 50,5% de bebedores que incluyen el alcohol en su estilo de vida y con indicadores de mortalidad vinculada al alcohol, cuyas por cada 100 mil habitantes en el año 2004, llegaron a 12,26 por caídas 18,22 por auto-lesiones 12,19 por accidentes de tránsito 0,32 por intoxicación 2,31 por alcoholismo 7,61 por cirrosis hepática 3,82 por cáncer en la boca y oro faringe y 108,52 por infarto del miocardio pese a esas realidades estadísticas, el alcohol es aun la más subvalorada de las drogas pues en la apreciación popular los riesgos sociales se vinculan a su potencialidad adicto gena, sin valorar su papel como inductor o portera, al consumo de otras sustancias ni la alta peligrosidad de las conductas bajo su influencia, en sujetos no alcohólicos que lo consumen en forma irresponsable, ni su nefasta repercusión sobre su entorno Interpersonal. (19, 20, 21)

Otros resultados, que aparecen registrados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y Problemas Relacionados con el Consumo Inadecuado de Alcohol indican que:

- El Instituto de Medicina Legal ha reportado alcoholemia positiva en un elevado por ciento de los fallecidos por homicidio, en los suicidas, en los fallecidos por accidentes de tránsito y en los que perdieron la vida por otros accidentes. No se tienen datos precisos de otras expresiones de violencia generadas por el alcohol y que por su carácter menos objetivo (y por el frecuente encubrimiento familiar) pasan inadvertidas, como la violencia simbólica o psicológica que se da en el ámbito familiar y tampoco la violencia física cuando no produce lesiones que requieran

tratamiento médico. Todas ellas, sin embargo, dejan serias secuelas en la salud mental de las víctimas y victimarios.

- En un estudio nacional sobre los patrones de consumo alcohólico, efectuado en 2015, se determinó que 50,5% de la población mayor de 15 años, había ingerido alcohol (al menos en forma no excepcional) en el año previo al estudio, mientras que en provincias como Holguín 62,1%, Santiago de Cuba 62,0%, Camagüey 53,3% y la Tunas 55,6%, se superó la media nacional.
- Entre los que reportaron ingestión en el último año (tomando como referencia el 2015), se detectaron (para todo el país) 2,5% de dependientes alcohólicos y 6,3% de consumo perjudicial, así como 11,2% de bebedores de riesgo.

En este sentido, llama la atención que, a pesar de que se han implementado estrategias para combatir el flagelo de las drogas, de manera particular del alcoholismo, aún sea imperativo que se perfeccionen estas a nivel de trabajo comunitario y se logre la implicación de los profesionales de la salud con las competencias necesarias para desarrollar acciones de prevención en salud, en particular, del alcoholismo, debido a las razones citadas anteriormente. (22)

En función de ello existen indicaciones ministeriales, decretos, directivas y resoluciones que norman el trabajo preventivo y de promoción de salud así como de mecanismos de integración intersectorial para garantizar la efectividad en el desarrollo de las acciones de carácter comunitario. Tales son los casos de los emitidos por el Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud 2004-2008, la Comisión Nacional de Drogas y el Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente al año 2003.

Los siguientes datos de carácter epidemiológico muestran la magnitud del problema que se investiga:

- El 90% de los jóvenes consumen drogas alguna vez en su vida y las más usuales son el alcohol y la marihuana.
- Los varones son los más propensos en la adolescencia pero en edades más tempranas de la vida el sexo no proporciona diferencia.
- Según la OMS el consumo mundial de alcohol se inicia a los 11,7 años de edad.
- Más de 75 000 adolescentes se agregan anualmente al grupo de los consumidores de alcohol.
- Según datos del Departamento Estadounidense de Educación para la Salud y el Bienestar, cerca del 75% de las muertes de los jóvenes en ese país se deben a accidentes, homicidios y suicidios, relacionados con el consumo de alcohol.
- Estudios sobre el tema en Brasil han demostrado que hijos de padres bebedores consumen alcohol en edades tempranas de la vida comparado con hijos de padres abstemios.
- En Chile un 27% de los escolares consume alcohol antes de los 10 años de edad.
- En Canadá, Inglaterra y Suiza el 40% de los adolescentes comienzan a beber entre los 12 y 13 años de edad.
- En países desarrollados ha aumentado un 30% el consumo de alcohol en los últimos 10 años.
- En Cuba el 75% de los estudiantes universitarios consumen bebidas alcohólicas y 42% de la población mayor de 15 años bebe alcohol. (23, 24, 25, 26)

Se coincide con Restrepo cuando señala: "(...) Prevenir es ante todo, ayudar a mejorar la capacidad de grupos y comunidades para movilizar redes de solidaridad, para diseñar y construir de manera conjunta su futuro, fortaleciendo los valores ciudadanos, la identidad cultural y los recursos para el manejo del conflicto (...)".

Teniendo en cuenta que el fin último de la prevención es el logro del bienestar y el desarrollo humano, abarca todo el proceso evolutivo del ser humano en su totalidad, de manera que un programa de prevención en drogodependencia no tiene porqué centrarse en el problema del consumo, la prevención tiene un horizonte más amplio, centrando su interés en el grueso de la población no sintomática, enfocando los esfuerzos en una intervención a mediano y largo plazo sobre los factores de riesgo y los factores protectivos que actúan respectivamente, propiciando o impidiendo la aparición del fenómeno adictivo.

La realidad es que la mayoría de la población tiene información sobre las consecuencias del abuso del alcohol y el tabaco o cualquier otra sustancia adictiva; en esto han cumplido y cumplen su objetivo los medios masivos de comunicación y los Programas del Ministerio de Salud Pública, pero esta "cultura informativa" no se ha convertido en una "cultura de consumo" más saludable en lo individual y menos tolerante en lo social.

El Estado cubano, por la organización intersectorial de todas las instituciones que lo conforman, puede ejercer las cuatro acciones para moderar el consumo, que son privativas solo a un estado socialista: disponibilidad de la sustancia, accesibilidad social al consumo, propaganda, y política de precios, al no existir contradicciones con los intereses de una industria de bebidas alcohólicas o de la propaganda al margen de la voluntad estatal, sobre todo si se tiene en cuenta la influencia que las acciones del Ministerio de Salud Pública han tenido históricamente en nuestra nación desde 1959. (27, 28, 29)

Métodos.

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de modificar nivel de conocimiento sobre el alcoholismo para contribuir a la prevención del alcoholismo en pacientes del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con servicio de Hospitalización "14 de Junio" del municipio Jobabo, en el periodo Octubre 2017 – Noviembre 2019.

El universo constituido por 80 pacientes alcohólicos.

La muestra se seleccionó de forma intencional, la cual quedo conformada por 52 pacientes que se identificaron como consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas mediante el cuestionario AUDIT.

Ente los criterios de inclusión se tendrán en cuenta:

- Residir en el área de salud de la comunidad del Lavado, en el momento de la investigación.
- Edad entre 16 y más años.
- Participación voluntaria contando con el consentimiento informado por escrito.

Como criterio de exclusión se tendrá en cuenta:

- Los pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Pacientes que deseen retirarse de la investigación.

Consideraciones éticas:

Esta intervención se ajusto a las recomendaciones hechas a profesionales que realizan investigaciones biomédicas en seres humanos, contenidas en la declaración de Helsinki, con respeto a la voluntariedad de las personas para participar o abandonar el estudio en el momento que lo deseen, el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la dignidad de la persona. Se solicitará el consentimiento informado, mediante documento escrito con texto explicativo de los fines de la investigación y la garantía de anonimato y confidencialidad de sus resultados. **(Anexo No. 1)**

Para dar respuesta a los objetivos trazados el proyecto se dividió en tres etapas:

1. Diagnóstica.
2. De intervención.
3. De evaluación.

1. Etapa diagnóstica:

Para la ejecución del estudio se desarrolló un programa de acción dirigido por el médico de la familia con la colaboración de la enfermera del consultorio, el asesor además de líderes formales e informales de la comunidad y familias de los participantes.

Se convocó a una reunión con los pacientes seleccionados para el estudio, donde se presentará el objetivo y la metodología de la investigación, y se solicitará el consentimiento informado de los mismos.

(Anexo No. 1)

Se revisaron las historias clínicas de cada uno de los pacientes en el estudio para identificar datos demográficos, empleando las variables de interés. Además, se identificó mediante la revisión de las historias clínicas y la aplicación de una encuesta, los factores de riesgo que pudieran estar incidiendo en la adicción a las bebidas alcohólicas.

Este cuestionario fue aplicado por el médico de la familia y la enfermera pertenecientes al consultorio de la comunidad El Lavado. Estos datos se recolectaron mediante una encuesta aplicada a los participantes.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	10 – 12 13 – 15 16 – 19	Según edad biológica	Porcentaje de pacientes según edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje de pacientes según sexo
Estado civil	Cualitativa nominal dicotómica	Solteros Casados Unión consensual	Según estado civil	Porcentaje de pacientes según estado civil
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria	Según nivel escolar	Porcentaje de pacientes según nivel escolar
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Trabajador agrícola Técnicos Profesión. A/Casa, Estudiantes Jubilados, sin empleo	Según ocupación	Porcentaje de pacientes según ocupación
Fuente de información	Cualitativa nominal politómica	-Medios de Difusión Masiva -Médico y Enfermera de la Familia -Familia	Según fuente de información	Porcentaje de pacientes según fuente de información
Funcionamiento familiar	Cualitativa nominal politómica	Bueno Regular Malo	Según funcionamiento familiar	Porcentaje de pacientes según funcionamiento familiar
Nivel de conocimiento sobre alcoholismo antes y después de la estrategia de intervención	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Según nivel de conocimiento de cada paciente	Porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento

También se aplicó a los participantes otro cuestionario con el fin de precisar el nivel de información que tienen los pacientes sobre el alcoholismo y sus efectos dañinos. **Anexo No2** El cuestionario fue desarrollado por un grupo de expertos en el tema, en los que se encuentran psicólogos, psiquiatras y médicos generales.

Este considerara interrogantes como:

- Concepto de alcoholismo.
- Efectos nocivos a los que puede llevar el consumo del alcohol.
- Creencias y mitos que se le atribuyen al consumo del alcohol.

- Opciones para emplear en el tiempo libre saludable.

Los resultados se clasificaron en las categorías siguientes:

- Conocimientos adecuados: cuando la respuesta sea objetiva, adecuada y correcta en correspondencia con el alcoholismo.
- Conocimientos inadecuados: cuando las respuestas sean incorrectas y no correspondan con el alcoholismo.

Se definió el nivel de conocimientos según las respuestas correctas:

Bueno, si las respuestas correctas son más del 70%

- Regular, si las respuestas correctas están entre 50 y 69 %
- Malo, si las respuestas correctas son menores al 49 %

Se aplicó a todos los participantes el test de funcionamiento familiar FF–SIL (**Anexo No 3**), para evaluar el funcionamiento de la familia a la que pertenecen, dicho test fue diseñado en Cuba en 1994 y sirve para medir la dinámica familiar, es de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria, cuya puntuación permite clasificar a la familia en 4 grupos:

1. Familia severamente disfuncional	14 - 27 puntos.
2. Familia disfuncional	28 - 42 puntos.
3. Familia moderadamente funcional	43 – 69 puntos.
4. Familia funcional	70 – 77 puntos.

Las respuestas fueron valoradas de la forma que a continuación se expone:

- Casi nunca	1 PUNTO
- Pocas veces	2 PUNTOS
- A veces	3 PUNTOS
- Muchas veces	4 PUNTOS
- Casi siempre	5 PUNTOS.

Este Test se aplicó con la finalidad de detectar familias con dificultades en la dinámica familiar. Es importante saber si una familia presenta buena dinámica familiar ya que de lo contrario se considera como factor para que un individuo comience a ingerir bebidas alcohólicas y riesgosamente pudiera convertirse en alcohólico. Entonces preventivamente poder realizar actividades en la misma y prevenir el alcoholismo.

2. Etapa de intervención:

Se impartió un Programa Educativo sobre el tema, diseñado según las necesidades encontradas luego de la aplicación de las encuestas. Para la aplicación del programa educativo se consideraron horarios

diferentes en un mismo día para los dos grupos de participantes, lo que permitió trabajar en base a la técnica de grupos focales. Cada uno recibió un total de 7 actividades sin exceder de 1 hora cada una, con frecuencia semanal, utilizando diferentes técnicas para alcanzar los objetivos propuestos, entre las que se incluyeron: expectativa motivacional, video debate, dramatización, discusión grupal, demostración y charlas educativas.

1. Técnica inicial de familiarización.

Este programa educativo incluyo variados temas los cuales se trataron en las siguientes actividades:

Sesión No. 1

Tema: Introducción al taller concepto y situación actual del alcoholismo.

Objetivos:

1. Explicar la importancia de formar parte de esta investigación.
2. Explicar la forma en que se estructuro la intervención educativa, haciendo mención a los temas que se abordarían.
3. Motivación a la participación de todos los pacientes en la investigación.

Modalidad: Conversatorio.

Desarrollo

En este tema el autor se presentó ante el grupo y explico la importancia de que ellos tomen parte activa en la investigación, además explicará la forma en que se llevará a cabo el taller y cuáles serían los temas principales con lo que motivo la participación de los mismos.

En esta sesión se utilizó la técnica Personificación subjetiva con el fin de conocer a los participantes y aumentar el clima de confianza. A cada uno se les repartió un fragmento de papel en blanco y se les oriento escribir el nombre de un animal con el cual se sintieran identificados, posteriormente se colocaron de pie, presentando y explicando las características del animal que escojan. Se creó un buzón con inquietudes que surjan en el transcurso de la actividad. Luego se detalló el concepto y la situación actual de la enfermedad con un lenguaje claro y sencillo para su mejor comprensión.

Sesión No. 2

Título: Factores de riesgo del Alcoholismo.

Objetivo: Lograr que al finalizar la sesión los pacientes sean capaces de identificar los diferentes factores de riesgo de la enfermedad.

Duración: 1 horas.

Recursos:

- Médico residente de MGI.
- Papel, cartulina, marcadores.
- Pizarra.
- Tiza.
- Pelota de tenis.
- Vendaje.

Modalidad: conferencia.

Técnicas participativas.

- La pelota preguntona.
- Músico- terapia.

Desarrollo

La misma se inició haciendo un resumen de la clase anterior. Luego se introducirá el tema del día, factores de riesgo, explicando de forma detallada cada uno de ellos, en esta sesión se tomó como recurso una pelota de tenis, se ubicaron los participantes en forma de círculo con los ojos tapados, luego el mismo realizo la pregunta y lanzo la pelota sin saber a quién la dirigía y el que la capturara debe responder, así sucesivamente.

Se culminó la sesión con músico-terapia y la relajación de los pacientes.

Sesión No. 3

Título. Manifestaciones clínicas del Alcoholismo.

Objetivo: Explicar los síntomas de la enfermedad.

Duración: 1 horas.

Recursos:

- Médico residente de MGI.
- Papel, cartulina, marcadores.
- Estetoscopio.
- Dispensario.
- Pizarra.
- Tiza.

Modalidad. Conferencia.

Técnicas Participativas:

- La lluvia de ideas.
- Músico- terapia.

Desarrollo

Se comenzó la sesión haciendo un recordatorio de la clase anterior y un resumen de lo aprendido, luego se explicaron los síntomas principales de forma clara.

En este tema se explicó cuáles y cómo se clasifican los síntomas y signos propios de la afección. Se hizo hincapié en los síntomas más frecuencia. El autor explico brevemente todo lo relacionado a síntomas y signos del alcoholismo. Finalmente y ya convirtiéndose en un hábito se concluirá con musicoterapia.

Sesión No. 4

Título: Complicaciones.

Objetivo: Dar a conocer las principales complicaciones del alcoholismo.

Duración: 1 hora y media.

Recursos:

- Médico residente de MGI.
- Papel, cartulina, marcadores
- Pizarra.
- Tiza.

- Bola de cordel.

Modalidad: Elaboración conjunta.

Técnicas Participativas:

- La telaraña.

- Músico- terapia.

Desarrollo

Se comenzó la sesión con un resumen de la anterior. Luego se le entrego a uno de los participantes una bola de cordel, una vez que esta diga preferencias lanzará la bola a otro compañero y así sucesivamente se repitió esta misma acción hasta que todos quedaron enlazados en una especie de telaraña, esto contribuyó a establecer la relación del grupo y a continuación se trataron los temas relacionados en el objetivo, determinando y explicando las principales complicaciones de la enfermedad siendo cuidadoso con el temor de los pacientes.

Se culminó la sesión con músico-terapia y la relajación del paciente como de costumbre.

Sesión No. 5

Título: Tratamiento de la enfermedad.

Objetivo: Dar a conocer a los pacientes el tratamiento de la enfermedad.

Duración: 1 hora.

Recursos.

Médico residente de MGI.

- Papel, cartulina, marcadores

- Pizarra.

- Tiza.

Modalidad: Conferencia.

Técnicas Participativas:

- Lluvia de ideas.

- Músico-terapia y ejercicios de relajación.

Desarrollo

Se comenzó la sesión con un resumen de la anterior, luego se introdujo el tema, explicando de manera comprensible el tratamiento de la enfermedad, se explicó claramente que lo más importante es llegar a dichas complicaciones trabajando justamente sobre los factores de riesgo. Además, se explicó detalladamente como actuar y qué hacer ante la sospecha de esta enfermedad. Se terminó la sesión con músico-terapia.

Sesión No. 6

Tema: ¿Cómo nos fue?

Sumario: Consolidación de los conocimientos adquiridos sobre el alcoholismo.

Objetivo: Reconocer los aspectos fundamentales que hacen pensar que estamos en presencia de un alcohólico, las medidas de prevención y como enfrentarlas.

Modalidad: Taller.

Materiales:

- Lápices
- Hojas de papel
- Pizarra
- Tizas.

Desarrollo

Se dividió el grupo en 2 y cada uno de ellos se les designó como tarea uno de los temas a tratar durante la intervención educativa. Se les dio en esta ocasión 30 minutos para que elaboraran sus respuestas y luego se discutirá en colectivo. Por último, se realizó una intervención por parte del conductor sobre los aspectos fundamentales de cada tema y se les dio respuesta a las dudas.

2. Etapa de evaluación:

Una vez que concluyó el programa de intervención, se aplicó la encuesta inicial con vista a comprobar los conocimientos adquiridos durante la impartición de los diferentes temas.

Métodos a utilizar en la investigación:

En toda investigación de salud, desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos, en la presente los mismos fueron aplicados de la siguiente forma:

Métodos teóricos:

Histórico lógico: dado porque se partió de una revisión exhaustiva de toda la evolución que ha tenido la aplicación de la estrategia de intervención educativa en pacientes con factores de riesgo asociados en él se revelan las necesidades de conocimiento de los pacientes y las características de la afección, lo cual contribuyó a la fundamentación del problema.

Análisis-síntesis: este método estuvo a lo largo de la investigación, permitiendo diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio, utilizándose desde la revisión bibliográfica, documental hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.

Hipotético-deductivo: ya que se dedujo una hipótesis que permite la respuesta anticipada al problema científico objeto de la misma, inferida a partir de los principios sobre la eficacia de la aplicación de una estrategia de intervención educativa. La hipótesis es la segunda etapa del método epidemiológico. El análisis de la información anterior, el conocimiento acumulado históricamente acerca de esta adicción, así como factores y condiciones en el territorio, elementos de riesgo y otros problemas relacionados con este problema.

Inducción-deducción: nos permitió realizar generalizaciones con respecto a las posiciones teóricas, llegar a nuevas conclusiones acerca del objeto de investigación y la formulación de hipótesis.

Modelación: como método teórico se justifica porque se realizaron propuestas que sirven de base para emprender nuevas acciones que puedan contribuir a controlar los factores de riesgo con la aplicación de la estrategia de intervención.

Enfoque sistémico: para el análisis integral del objeto y organización jerárquica del sistema estudiado, sus componentes y relaciones causales que evidencien su unidad dialéctica y posibilitan el estudio del objeto de investigación en su dinámica.

Métodos empíricos:

Observación directa o indirecta: para la aplicación del programa desde sus inicios y hasta su culminación.

Criterios de expertos: fue utilizado para definir consensos acerca del valor teórico y práctico del programa y la propuesta de dimensiones, variables e indicadores con sus índices de medición.

Medición: permitió conocer las variables que se experimentarían en cada sujeto de la investigación.

Análisis documental: se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema a investigar en publicaciones disponibles en diferentes sitios Web, libros impresos y en formato digital que sirvió de marco teórico a la investigación, priorizando magnitud.

3. Etapa de evaluación:

En la tercera etapa se procedió a evaluar la estrategia desarrollada a partir del conocimiento adquirido después de su aplicación, así como los cambios de las actitudes y comportamientos positivos logrados, para esto se aplicó la encuesta inicial.

Para el procesamiento, toda la información se recopiló en sábanas y más tarde fue sometida al análisis estadístico de cálculo de porcentaje. El resultado final se expuso mediante el método estadístico descriptivo mediante tablas de contingencias de N x N y gráficos de columnas, lo cual permitió su análisis y comparación con otros estudios.

Resultados

- Predominó el grupo etario de 30–39 años, representando un 23.1 % con 12 pacientes, siendo también el más elevado en los dos sexos.
- El sexo que predominó el masculino con 38 para un 72.7 %.
- En cuanto a la escolaridad predominó el nivel de secundaria básica en 19 estudiados para un 36.6 %.
- El estado civil más representativo es en los casados con 26 casos para un 50 %.

- En relación a la ocupación laboral predominó los trabajadores agrícolas con 17 para un 32.7 %.
- La fuente por la cual se obtuvieron la información sobre el alcoholismo y sus consecuencias fue a través del médico y la enfermera de la familia para un 46.1 % de información.
- El funcionamiento familiar es clasificado de bueno con 23 familias para un 44.2 %.
- El nivel de conocimiento sobre el alcoholismo se logró incrementar a un 100 % de la muestra.

Discusión

Después de finalizada la intervención educativa se exponen los resultados obtenidos y conociendo la disponibilidad de los pacientes de colaborar en la investigación, se procede a la representación de los objetivos de análisis.

En este estudio la **Tabla No. 1** muestra la edad y sexo de los pacientes que participaron en las diferentes manifestaciones en el período objeto de análisis, donde predominó el grupo etario de 30–39 años, representando un 23.1% con 12 pacientes, siendo también el más elevado en los dos sexos. El sexo que predominó el masculino con el 23.1%, El predominio de este sexo obedece, a que esta actitud está asignada al papel que se le atribuye a la masculinidad, la cual es legitimada culturalmente por la aceptación social de nuestra comunidad, no siendo así en el sexo femenino que tuvo menor representatividad con un 7.7%. A modo de resumen esto representa que existe un predominio por el consumo de bebidas alcohólicas por el sexo masculino sobre el sexo femenino en nuestra localidad. Se puede atribuir a los resultados similares que coincidieron en los estudios realizados por los autores Anselma Betancourt P, López Gonzáles O. El cuál demostró que esta afección cada vez se hace más frecuente en personas jóvenes, que la edad media de inicio del consumo está en los 18 años legalmente, pero que dado el hecho de la presencia de bebidas alcohólicas como única oferta en los lugares públicos, frecuentados por personas de todas las edades. (30, 31) También así mismo otro autor Pérez. González M. C. Demostró que el consumo comienza cada día más precozmente exponiéndose a factores de riesgos, por lo que se puede asociar a factores como la independencia temprana en el sexo masculino, lo que se agrava cuando la familia es disfuncional, la tendencia al poder, al machismo y otros patrones impuestos por la sociedad a cerca del hombre y en especial en los jóvenes que va en aumento la práctica de este mal hábito. (32)

En la **Tabla No. 2** se expone el grado de escolaridad de los pacientes, existiendo un predominio en el nivel secundario con 19 pacientes para un 36.5% seguido del nivel preuniversitario con 18 para un 34.6%. Se denota que, a pesar del alto nivel de escolaridad de la población cubana, todavía se requiere redoblar los esfuerzos en cuanto a la cultura en salud con vistas a cambiar concepciones salubristas y estilos de vida. La solvencia económica de los progenitores puede favorecer a la participación en las

actividades de socialización, ayuda además a que sean más independientes y acudan con mayor frecuencia a los centros en que se expendan bebidas alcohólicas. En investigaciones realizadas por el autor Hall Reyes N. Donde hubo similares resultados a los de esta investigación, donde se refleja que entre más alto índice educacional existe menor tendencia a la adicción por lo que estos pacientes con bajo nivel cultural no tienen la misma percepción de riesgo sobre esta enfermedad. En el análisis ellos no ven el alcoholismo como una patología que pone en riesgo su vida personal, sino que el alcohol es para ellos más bien un vicio que no es muy fácil abandonarlo. (33)

El estado civil de los pacientes que fueron objeto de análisis se muestra en la **Tabla No. 3** observándose un predominio en los pacientes casados con 26 para un 50% y 18 casos con estado civil solteros para un 34.6%. Por lo que se evidencia que el estado civil les da mayor independencia a las personas. En estudios realizados por los autores Fernández Olazábal P., Louro Bernal I., Hernández Mandado P. Se encontraron hallazgos que coinciden con esta investigación ya que hubo predominio en los casados sobre los solteros, donde las causas fundamentales se atribuyen a aspectos relacionados con el mantenimiento del hogar y factores psicosociales los que genera una amplia necesidad y ansiedad de ingerir alcohol. De manera general, nos podemos percatar que el alcoholismo es un vicio que afecta la relación familiar y social y atenta contra el prestigio de las personas, está estrechamente relacionado con antecedentes de familias disfuncionales donde existen antecedentes de bebedores consuetudinarios en el padre, tío y hermanos. Se ve el consumo de alcohol como algo normal, propio de los hombres, fundamentalmente. Se tienen experiencias desagradables en relación con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de familiares que han devenido en violencias verbales y extraverbales en la familia. Muchos de los entrevistados refieren que este fue el motivo del divorcio de los padres, muchas enfermedades se originan como resultado del efecto tóxico directo e indirecto de este hábito, depresión, estrés, desempleo, demencia y entre otros factores que contribuyen a una dependencia física del consumo del mismo. (34,35)

En relación a la ocupación laboral de los pacientes. **Tabla No. 4** se observa que predomino en los trabajadores agrícolas con 17 pacientes para un 32.7%. Estos resultados similares lo obtuvo el autor Díaz Cantillo C. En investigaciones realizadas en las zonas rurales la muestra estaba más representada en esta ocupación. Por lo que se atribuye a las diferentes profesiones que cursan con exposición a los factores desencadenantes. Además, estos pacientes están enfocados principalmente en la creencia de que el alcohol es un método estimulante para el trabajo lo que contribuye al empleo cotidiano en horario laboral, ya que viven en una zona rural lo que favorece como factor de riesgo a que utilicen el alcoholismo como método recreativo. (36)

La **Tabla No. 5** observamos la muestra de estudio la Fuente de información, actualmente existen diversos de medios de difusión masiva como la radio, la televisión, la prensa escrita los cuales favorecen el nivel cognoscitivo de los pacientes, sin embargo se ha demostrado que el personal de salud (Medico y Enfermera de la Familia) propician diversas informaciones sobre diferentes temas a las familias incluyendo el alcoholismo y como educadores lo demuestran en las diversas técnicas a utilizar, así lo

demuestra en sus hallazgos el autor Águila Alomá C. Que coinciden con este estudio donde la autora refiere que el mayor % de la información es a través del personal de la salud con un 46.1%. (37)

La **Tabla No. 6** muestra el funcionamiento familiar, siendo el más representativo el evaluado de bueno con 23 familias para el 44.2%, seguido del regular con 18 para el 34.6%. Esta variable guarda relación con la investigación realizada por Organización Mundial de la Salud donde se plantea un funcionamiento familiar malo en la mayoría de los pacientes. Esta enfermedad no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en que vive. El primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor y lo hace adicto al consumo, empieza un cambio en el seno en que vive, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes. Un ser despreciable por la familia. Una persona sin rumbo. Una persona enferma. Alguien que necesita ayuda. Un loco para el futuro. Una persona muy peligrosa. Alguien que le gusta estar alejado de su realidad. Una persona en quien no debemos confiar. Alguien que inspira lástima. Una persona rechazada en su casa, en su trabajo y en el barrio. (38)

El nivel de conocimiento de los pacientes en relación a los efectos perjudiciales del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas se muestra en la **Tabla No 7**, donde el tratamiento recibido sobre la temática del alcoholismo durante el desarrollo de la metodología del programa educativo transitó desde un estado inicial de estudio con 43 pacientes para un 82.7%, estos pacientes expresaron que tenían un insuficiente conocimiento acerca de los efectos perjudiciales del alcohol, a un estado final de aplicada la intervención se tuvo una clara percepción, reflejado en el 100% de los casos elevando el nivel de conocimiento sobre este tema con claridad de criterios, durante el desarrollo de esta sección algunos pacientes expresaron sus experiencias y vivencias sobre el tema. Es un hecho evidente que aun cuando se han incrementado los programas de prevención de salud que abordan temas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, persiste la presencia de juicios distorsionados sobre el alcohol y sus efectos, en estudios realizados por los autores Pérez Rueda P y Cisneros Pérez L. Encontraron plena coincidencia con este resultado en sus investigaciones sobre el tema y destacó que la edad media de inicio del consumo está en los 18 años legalmente, pero que dado el hecho de la presencia de bebidas alcohólicas como única oferta en los lugares públicos, frecuentados por personas de todas las edades, el consumo comienza cada día más precozmente, donde es necesario aumentar el tema en los medios de difusión masiva, a través de las audiencias sanitarias, en folletos plegables, intervenciones socio-educativas por las áreas de salud y otros. El considerar que el alcohol es fuente de alegría dejaría invalidado tantos años de estudio que demuestran a cuantas tristezas está asociado el consumo irresponsable del alcohol. (39, 40).

Asimismo se reporta en la literatura otro autor Anselma Betancourt P. resultados similares el cual evidencia mundialmente un bajo nivel de información sobre efectos nocivos del alcohol. Después de aplicado un modelo de intervención comunitaria en una población ha permitido relevar aspectos positivos así como negativos en asegurar condiciones para mantener y solucionar el nivel de información sobre los efectos nocivos del alcoholismo, demostrando con resultados favorables para disminuir el alcoholismo en la población estudiada con la participación de la familia y la comunidad. “ El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y por aquellos de la comunidad y mejoran la capacidad de contribuir al desarrollo de la comunidad”. (41)

Conclusiones.

- Existió un bajo nivel de conocimiento en los pacientes sobre el alcoholismo, lo cual se logró modificar a través de la intervención educativa.
- Las estrategias educativas son un soporte fundamental para aumentar la calidad de vida en los pacientes consumidores de alcohol.
- El estado civil de los pacientes repercute en la independencia de las personas para consumir bebidas alcohólicas.

Recomendaciones

- Proponer a las autoridades del municipio Jobabo la aplicación de la metodología para la intervención comunitaria en prevención del alcoholismo en otras áreas de salud a partir de la caracterización de las comunidades y la identificación de las necesidades sentidas sobre la repercusión del alcoholismo.
- Permitir la aplicación de las intervenciones comunitaria sirvan de herramienta a los médicos de familia para el mejor control de los factores de riesgo utilizando la labor educativa con la población.
- Continuar realizando estrategias de intervenciones educativas desde la integración de las dimensiones: social y de impacto y desde el consenso, la confianza y la coparticipación, como pilares de un proceso en donde los pacientes mejoren los conocimientos, valores y su actitud para el afrontamiento al consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.
- Realizar investigaciones similares en otros grupos de edades y grupos vulnerables con la finalidad de identificar factores de riesgo y de protección para buscar mecanismos y procedimientos de intervención haciendo valorar la efectividad de las acciones desarrolladas en función de la promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davini MC. Educación permanente en salud. OPS. Washington D.C: Editora McGraw-Hill; 2003. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. No.38.
2. Arroyo HV, Cerqueira MT. La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina: Un análisis sectorial. Puerto Rico: Editorial de la Universidad; 1997. p. 31-38. En: Resumen de la lectura del libro "la promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Educación para la Salud. Módulo 9 de la Maestría en Promoción y Educación para la Salud, ENSAP, 2006.
3. Castro ME. Modelo de prevención de riesgo psico-social en la adolescencia: "Chimalli". En: Contribuciones de expertos en reducción de la demanda de drogas de México y Centroamérica. PNUFID. Ciudad México: Editora de la Oficina Regional para México y Centroamérica; 2008.
4. Parodi C. El lenguaje de los proyectos: Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima: Universidad del Pacífico; 2001.
5. Cuba. MINSAP. Programa nacional de prevención y control del alcoholismo y problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
6. Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
7. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 349: Consumo nocivo de Alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 May. [Citado 25 nov. 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
8. Derisbel Matos M. Intervención educativa sobre conocimiento de Alcoholismo en pacientes del CMF Macagua 8, en el período de Septiembre 2015 – Junio 2017 [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral] Las Tunas; 2017.
9. Aimé Estrada V. Intervención Educativa sobre el conocimiento del alcoholismo en pacientes del CMF Margarita terraplén, en el período de Enero a Diciembre del 2014 [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral] Las Tunas; 2014.
10. Yusmila Cabrera T. Intervención Educativa sobre el conocimiento del alcoholismo en pacientes del CMF La Caridad, en el período de Enero a Diciembre del 2012 [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral] Las Tunas; 2012.
11. Alvira Martín F. Planes locales sobre drogas. Guía para su desarrollo. Protego – versión urbal Dro. Europa-América Latina Unión Europea. Montevideo, Uruguay: Edición Frontera Editorial; 2004.
12. Herrero Yuste M. La prevención del consumo de alcohol en los jóvenes. Actuación del Ayuntamiento de Madrid. Revista Adicciones. 2002; 14 (2).
13. López López Elba Idania. Alternativa para la prevención y promoción de la intoxicación alcohólica aguda en la edad pediátrica. [Tesis de maestría]. Guantánamo, abril de 2007.
14. Larriba J. Programa selectivo de entrenamiento familiar para la prevención de las drogodependencias. Protego. Versión Durbal-Dro. Europa-América Latina. Uruguay: Frontera Editorial Montevideo; 2005.

15. Herrera Peña M. Consumo de alcohol en la adolescencia. Una propuesta de intervención comunitaria. Policlínica “Edor de los Reyes”. [Tesis en opción a Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral]. Granma; 2000.
16. Centro Municipal de Estadística, Datos sobre Alcoholismo, Jobabo, 2015.
17. Duvalón Ramírez J. La perspectiva socio-comunicacional en el tratamiento a los trastornos de la conducta. [Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Santiago de Cuba: ISP. “Frank País García”; 2002.
18. Colectivo de autores. Informe técnico OPS/DAP/98/3/39. Estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos. Washington DC, febrero 19-20 de 1998.
19. Stein J. Principios de Prevención de uso de drogas entre niños y adolescentes. Washington: Instituto Nacional de Consumo de Drogas (NIDA); 2006.
20. González Quirós A. Llegando al alcohólico. Casa Bautista de Publicaciones. 4 a ed. Estados Unidos: Editora McGraw-Hill; 1987.
21. Anderson Spickard MD, Thompson B R. Se mueren por un trago. Lo que usted debe saber acerca del alcoholismo. Zelaya H, traductor. Estados Unidos: Editorial Vida; 1985.
22. Betancourt Pulsán A. Un Modelo Socioeducativo para la prevención de drogodependencias en niños, adolescentes y jóvenes de Guantánamo. IX Simposio Internacional de Comunicación Social. Centro de Lingüística Aplicada. Stgo de Cuba 2015, ISBN 959-7474-05-7.
23. Restrepo LC. Las drogas y sus efectos. Unidad Coordinadora de Prevención Integral. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, D.C; 2003.
24. Aguilar J. Comportamiento social de adolescentes de 15-19 años de edad. JNHEM. Resumen Congreso Internacional de Pediatría. Habana, Cuba; 2007.
25. González Menéndez R. Significación medico social y ético humanística de las drogas. Rev. Cubana de Salud Pública. 2016; 33 (1).
26. López González O. Juventud y drogadicción: Diez jóvenes para un estudio de caso. [Tesis]. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; 2010.
27. Domínguez García L, Ibarra Mustelier L. Juventud y proyectos de vida. Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
28. Soria J, Christia L. Alcohol y violencia doméstica. Revista Adicciones, 2001; 13(1).
29. Anselma Betancourt P. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes Guantanameros. [Tesis en opción al Grado científico de Doctor en Ciencias de Salud] Ciudad Habana; 2017.
30. López González O. Juventud y drogadicción: Diez jóvenes para un estudio de caso. [Tesis]. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; 2016.
31. Pérez González M.C. Cuestionario para detectar el alcoholismo y su repercusión social en 2 consultorios del área Agramonte. Trabajo de Investigación para optar por el Título de Especialidad de Primer Grado en MGI. Guantánamo 2017.

32. Hall Reyes N. Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana de la Policlínica “Guillermo Tejas”. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. 2016.
33. Fernández Olazábal P., Louro Bernal I., Hernández Mandado P. Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico. Rev Cubana Med Gen Integr; 13 (4): 330 – 9; 2017.
34. Díaz Cantillo C. La prevención educativa sobre el alcoholismo en los adolescentes. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Holguín: ISP “José de la Luz y Caballero”; 2016.
35. Pérez Rueda P. Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana de la Policlínica “Piti Fajardo”. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. 2016.
36. Cisneros Pérez L. Comportamiento Clínico Epidemiológico del Alcoholismo en el Municipio Colombia. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en MGI. 2017.

ANEXO 1

Facultad de Ciencias Médicas

“Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”, Las Tunas

Policlínico General Docente “14 de Junio”, Jobabo

Título: Estrategia de Intervención en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con Servicio de Hospitalización “14 de Junio” del municipio Jobabo en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el objetivo de realizar una Estrategia de Intervención en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con Servicio de Hospitalización “14 de Junio” del municipio Jobabo en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019. Se solicita de usted una sincera y cuidadosa colaboración, los datos serán anónimos y la información será usada con fines investigativos, no se revelará identidad alguna, teniendo el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo desee.

De acuerdo si: _____ no: _____

Firma: _____

ANEXO 2

Facultad de Ciencias Médicas

“Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”, Las Tunas

Policlínico General Docente “14 de Junio”, Jobabo

ENCUESTA

Título: Estrategia de Intervención en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con Servicio de Hospitalización “14 de Junio” del municipio Jobabo en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____

Primaria terminada: _____ Primaria sin terminar: _____
Secundaria terminada: _____ Secundaria sin terminar: _____
Preuniversitario terminado: _____ Preuniversitario sin terminar: _____
Universitario: _____
Estado civil: Soltero: _____ Casado: _____ Unión consensual: _____
Ocupación: _____

- ¿Conoce usted que es el alcoholismo? Si: _____ No: _____
- ¿Qué criterios tienes acerca del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas?

-
- ¿Qué nivel de conocimientos consideras que posees en la temática del alcoholismo?
-

- ¿Existe en tu familia antecedente de alcohólicos? Si: _____ No: _____
¿Quiénes?
-

- ¿Tienes algún familiar adicto al alcohol? Si: _____ No: _____
 - ¿La considera usted una enfermedad? Si: _____ No: _____
 - Si considera que es una enfermedad ¿Por qué cree que las personas entran en el alcoholismo?
-

¿Sabe usted cuando una persona se considera alcohólico? Si: _____ No: _____

- ¿Conoce algunas enfermedades que son provocadas por el abuso del consumo de alcohol?
Si: _____ No: _____

¿Cuáles? _____

- ¿Cómo ves la problemática del consumo de bebidas alcohólicas en el barrio dónde vives? _____
- Fuiste citado para una consulta por tu área de salud: Sí _____ No: _____
- Recibiste la visita de algún miembro del Equipo de salud de tu consultorio: Sí _____ No: _____
- Tienes conocimiento de la existencia de una Consulta para abandonar el alcoholismo:
Sí: _____ No: _____
- ¿Has tenido oportunidad de asistir a algunas de las reuniones que se dan en el Consejo Local para la salud? Si: _____ No: _____
- ¿Se ha tratado el tema del alcoholismo en esas reuniones? Si: _____ No: _____
- ¿Qué piensa tu familia en relación al problema del alcoholismo? _____
- ¿Se han producido manifestaciones de violencia en tu familia por encontrarse uno de los miembros bajo los efectos de bebidas alcohólicas? Si: _____ No: _____
- Cuando asistes a una fiesta con tus amigos, ¿Te sientes mal si no consumes bebidas alcohólicas? Si: _____ No: _____
- ¿Usted cree que las personas se pueden salir del alcoholismo? Si: _____ No: _____

¿Por qué?

➤ ¿Qué les aconsejaría a las personas que son considerados alcohólicos?

-
- Se han producido manifestaciones de violencia en tu familia por encontrarse uno de los miembros bajo los efectos de bebidas alcohólicas? Si: ____ No: ____
- A tu pareja, ¿Le gusta que ingieras bebidas alcohólicas? Si: ____ No: ____
- ¿Qué piensa tu pareja en relación a los efectos del alcohol en ti y a tus relaciones amorosas con ella?

➤ ¿Te gustaría ayudar a los demás en relación al tema del alcoholismo? Si: ____ No: ____

ANEXO 3

Facultad de Ciencias Médicas

“Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”, Las Tunas

Policlínico General Docente “14 de Junio”, Jobabo

ENCUESTA

Título: Estrategia de Intervención en pacientes alcohólicos del CMF No.16 El Lavado perteneciente al Policlínico con Servicio de Hospitalización “14 de Junio” del municipio Jobabo en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Necesitamos su colaboración y absoluta sinceridad para responder la siguiente encuesta. La información obtenida solo será utilizada con fines investigativos.

- Edad: ____
- Sexo: ____
- Estado civil: Soltero__ Casado__ Unión consensual. ____
- Nivel de escolaridad: Primaria: __ Secundaria__ pre-universitario__ Técnico medio__
- Ocupación: Estudia__ Trabaja __ Estudia-Trabaja __ Sin ocupación__

Marque con una X, según su valoración, las situaciones expuestas a continuación en cuanto a su convivencia familiar: TEST FF – SIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi casa cada uno cumple con sus obligaciones.					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Se toman las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					

Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante situaciones dadas.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO 4

Tabla No. 1 Distribución de los pacientes según edad y sexo. CMF. No.16 El Lavado en el período Octubre 2017- Noviembre 2019.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	no	%	no	%	no	%
16 - 19	7	13,4	3	5,7	10	19,2
20 – 29	7	13,4	4	7,7	11	21,1
30 – 39	9	17,3	3	5,7	12	23,1
40 – 49	8	15,3	2	3,8	10	19,2
50 – 59	3	5,7	1	1,9	4	7,7
60 – 69	3	5,7	1	1,9	4	7,7
70 – 79	1	1,9	0	0	1	1,9
80 y +	0	0	0	0	0	0
Total	38	72,7	14	26,7	52	100

Fuente. Encuesta.

Tabla No. 2 Distribución de las pacientes según Nivel Cultural. CMF. No.16 El Lavado en el período Octubre 2017- Noviembre 2019.

Nivel de Escolaridad	No	%
Primaria	4	7,7
Secundaria	19	36,5
Pre-universitario	18	34,6
Universitario	11	21,1
Total	52	100

Fuente: Encuestas.

Tabla No. 3 Distribución de los pacientes según Estado civil. CMF. No.16 El Lavado en el período Octubre 2017- Noviembre 2019.

Estado Civil	No	%
--------------	----	---

Soltero	18	34,6
Casado	26	50
Unión consensual	8	15,4
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No 4 Distribución de la muestra según Ocupación CMF No. 16 El Lavado en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Ocupación	No	%
Trabajador agrícola	17	32,7
Técnicos	6	11,5
Profesionales	8	15,4
Amas de casa	7	13,5
Estudiantes	10	19,2
Jubilados	2	3,8
Sin empleo	2	3,8
Total	52	100

Fuente: Encuestas

Tabla No. 5 Distribución de la muestra según fuente de información. CMF No. 16 El Lavado en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Fuente del Informante	No	%
Medio de Difusión Masiva	18	34.6
Médico y Enfermera de la Familia	24	46.1
Familia	10	19.2
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 6 Distribución de la muestra según funcionamiento familiar. CMF No. 16 El Lavado en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Funcionamiento Familiar	No	%
Bueno	23	44,2
Malo	11	21,2
Regular	18	34,6
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 7 Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre alcoholismo antes y después de la intervención. CMF No. 16 El Lavado en el período Octubre 2017 – Noviembre 2019.

Nivel de conocimiento sobre alcoholismo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	9	17,3	52	100
No adecuado	43	82,7	0	0
Total	52	100	100	100

Fuente: Encuestas.