

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - LEÓN**



**TESIS
Para optar al título de**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

**Alcoholismo en la Grecia, municipio de Chinandega:
Nivel de consumo y características socioeconómicas,
2012.**

Autores: Br. Byron Alberto Sarria Obando
Br. (a) Hilda María Vallejos Reyes

Tutor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León, abril de 2012

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGS.
<ul style="list-style-type: none">• Dedicatoria• Agradecimientos• Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS	36
<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos• Cuadros y figuras	

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro presente trabajo:

A nuestro DIOS padre celestial, por brindarnos la dicha de la salud y bienestar físico y espiritual.

A nuestros hijos Carlos Alberto y Andrea Gissel, que con su pequeño amor nos han inspirado un gran esfuerzo para la perseverancia y culminación de nuestro trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, como agradecimiento a su esfuerzo, amor y apoyo incondicional, durante nuestra formación tanto personal como profesional.

A nuestro Tutor Dr. Francisco Tercero por brindarnos su apoyo y conocimientos en el desarrollo de este estudio.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y en especial a la Facultad de Ciencias Médicas por permitirnos ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel del consumo de alcohol y los problemas de salud y sociales en habitantes de 15 años o más de la comarca La Grecia, municipio de Chinandega, durante el 2012.

El estudio es descriptivo de corte transversal. La población meta fueron 3,838 habitantes con 15 años o más, y la muestra fue de 170. El muestreo fue por conglomerado. Se realizó visita domiciliar y se solicitó el consentimiento informado verbal. La medición del nivel de consumo de alcohol se basó en la prueba de AUDIT. El software usado fue SPSS versión 18.0.

La mayoría de la población estudiada eran hombres, edad entre 20-34 años, con baja escolaridad, acompañado, obreros, empleados y con dos o mas hijos. El nivel de consumo de alcohol fue: dependencia (25%), consumo perjudicial (11%), consumo de riesgo (34%) y bajo riesgo de consumo (30%). Los principales problemas sociales relacionados al consumo de alcohol fueron violencia (47%), pérdida del trabajo (20%), separación de su cónyuge (15%) y haber sido encarcelado (9%). Además, los principales problemas de salud relacionados al consumo de alcohol fueron: gastritis, diarrea y cefalea. El 13% dijo que habían recibido atención médica por problemas de salud relacionada al consumo de alcohol, principalmente en el centro de salud de La Grecia.

Ante el problema del alcoholismo en La Grecia, se recomendó que se abordara dicho problema de forma multidisciplinaria.

Palabras claves: Consumo de alcohol, AUDIT, atención primaria, salud pública.

INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial de la Salud 2002, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo en 2000.¹ De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo. El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud, que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia.²⁻⁵ Los costes directos e indirectos son enormes.⁶

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.²

El impacto del alcohol en las Américas es de tal magnitud que sus estadísticas superan a las medias globales en términos de consumo, patrones de consumo, muertes relacionadas, trastornos por el uso de alcohol, y además el alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en la Región. Se estima que entre el 20% y 50% de las fatalidades por accidentes de tránsito en la Región estaban relacionadas con el alcohol;⁵ y que el 50.5% de las muertes atribuibles al alcohol en las Américas en 2002 se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales).⁷ Por otro lado, una reciente encuesta de salud mental mundial demostró que las Américas presentaban mayores incidencias de trastornos por el uso de alcohol que en el resto del mundo.⁸

ANTECEDENTES

En Nicaragua (2005) el 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez. De ellos, 21.9% notificó haber consumido alcohol en el último año. Entre 1992 y 1996, las prevalencias de vida para tabaco (36.5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0.5%) e inhalantes (1%).⁹

Entre el 2 y 8 de septiembre del 2006, el Ministerio de Salud reportó la intoxicación por metanol (debido a la venta de licor o “guaro” adulterado con metanol) en León, Chinandega, y Managua había generado 788 casos, 44 muertes y muchas discapacidades permanentes.^{10,11}

Caldera T. (2007) estudio los altos niveles de consumo de licor en 5 ciudades de Nicaragua y determinó que León ocupaba el segundo con un 28% lugar después de Bluefields 32% durante los últimos 12 meses. El 40% de encuestados habían ingerido licor antes de cumplir 18 años.¹²

En un Estudio Multicéntrico en 10 países latinoamericanos, incluyendo Nicaragua, se concluyó que el consumo general en las Américas es elevado, comparado con los promedios mundiales, el consumo de alcohol y la prevalencia de ingesta peligrosa son elevados en ambos sexos en todos los países estudiados, la carga de morbilidad atribuible al alcohol de los adultos jóvenes es elevada, y las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen una importante proporción de años de vida perdidos y años de vida ajustados según discapacidad.¹³

Vanegas (2008) estudió la relación entre alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en emergencia de Medicina Interna del HEODRA, y encontró que según la prueba de AUDIT, 6.4% de los pacientes tuvo un consumo bajo riesgo de alcohol, mientras que más de una tercera parte de pacientes tenían riesgo de consumo y de dependencia alcohólica, respectivamente. El riesgo de consumo de alcohol fue estadísticamente mayor en pacientes urbanos, de mayor edad y en los casos. Además, concluyó que el alcoholismo y mayor edad incrementan el deterioro de la función renal.¹⁴

Blanco (2008) realizó un estudio de corte transversal en 188 habitantes urbanos del municipio de Nagarote. A través de la prueba de AUDIT se determinó que 44.6% tenía un nivel de riesgo del consumo de alcohol considerado como perjudicial o de dependencia, principalmente hombres, de mayor edad, con menor escolaridad, ocupaciones de menor experiencia y desempleados. La prevalencia de problemas de salud relacionados al alcohol y la búsqueda de atención médica se asoció positivamente con los niveles de riesgo del consumo de alcohol de mayor riesgo. Los principales problemas de salud fueron: gastritis, abstinencia alcohólica, y diarrea. Otras enfermedades menos frecuentes pero más severas fueron lesiones, hepatitis alcohólica, ascitis y encefalopatía. La búsqueda de ayuda a la organización de los Alcohólicos Anónimos solamente se observó en personas con un consumo perjudicial y dependencia, en un 8% y 16.7%, respectivamente.¹⁵

Arróliga (2010) realizó un estudio de corte transversal en 198 trabajadores de la Fábrica de Puro “Natsa”, Estelí. Se aplicó la prueba de AUDIT y las características asociadas al consumo perjudicial o de dependencia fueron: sexo masculino, procedencia rural, baja escolaridad y sin ninguna religión. La prevalencia del nivel de consumo de alcohol fue la siguiente: bajo riesgo 79.3%, riesgo 13.1%, consumo perjudicial 5.1% y dependencia alcohólica 2.5%.¹⁶

JUSTIFICACIÓN

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol fue avalada por la 63.a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010 y representa el compromiso de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud para actuar de manera continua a todos los niveles.^{17,18}

El Plan Nacional de Salud del MINSA incluye en sus objetivos la transformación de la conducta de las personas, la familia y la comunidad con relación a la salud y prácticas saludables, incluyendo la prevención del alcoholismo y la drogadicción.¹⁹ Por otro lado, el abuso de sustancias ha sido incluido en la currícula de la Facultad de Medicina.

La importancia del estudio del alcoholismo radica en que constituye un problema de salud pública mundial, debido a que sus consecuencias no solo se limitan al consumidor del alcohol, sino que también afectan a otras personas en la familia y la sociedad. A nivel individual esta asociado no solamente a múltiples enfermedades, sino también a problemas con la ley, accidentes, violencia, desempleo, y disolución de la familia, ente otros. Consecuentemente, esto tiene un impacto directo y enorme en la familia, la sociedad, en términos psicológicos, económicos y de sufrimiento para la familia y toda la comunidad.

Éstas son las razones por las cuales consideramos relevante estudiar este tema, para obtener información sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias en una comunidad rural del municipio de Chinandega para poder sugerir estrategias de prevención a nivel local que puedan ser aplicadas por el MINSA, MINED, la comunidad y otros interesados. La prueba AUDIT aplicada en este estudio es un instrumento validado internacionalmente que provee información no solamente sobre el nivel de consumo, sino también la intervención correspondiente. Este es el primer estudio poblacional realizado en comunidades rurales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel del consumo de alcohol, así como los problemas de salud y sociales relacionados a este consumo en habitantes de 15 años o más de la comarca La Grecia, del municipio de Chinandega, durante el 2012?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel del consumo de alcohol y los problemas de salud y sociales en habitantes de 15 años o más de la comarca La Grecia, municipio de Chinandega, durante el 2012.

Objetivos específicos:

1. Describir las características generales de la población bajo estudio.
2. Medir el nivel de consumo de alcohol.
3. Identificar los problemas sociales y de salud relacionados al consumo de alcohol.
4. Determinar el patrón de búsqueda de ayuda o de atención a problemas de salud relacionados al consumo de alcohol.

MARCO TEÓRICO

Patrones de consumo^{2,20-21}

○ **Consumo excesivo episódico**

El consumo excesivo episódico, definido como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y cuatro o más tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, ETS y VIH. En la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que el 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían cinco o más tragos los varones y cuatro o más tragos las mujeres. Para los jóvenes de entre 19 y 24 años, este porcentaje se elevó a casi 90%. En muchos países en vías de desarrollo de la Región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes.²⁰⁻²¹

○ **Medición de los patrones de consumo**

Se pueden estimar los patrones de consumo en base al riesgo asociado de daño. Un modelo de medición adoptado por la OMS, y utilizado en análisis previos, se basa en un rango de puntuaciones de 1 a 4, donde 4 representa el patrón más masivo, reflejando altas frecuencias de ocasiones de ingesta intensa, beber entre comidas y en lugares públicos. Aunque muchos países aún no han realizado encuestas apropiadas en la población general sobre el consumo de alcohol y los patrones de consumo, informantes claves han proporcionado datos a la OMS que han sido utilizados para estimar el patrón típico de ingesta en un país dado. Los patrones de ingesta son peores (puntuaciones de 3 y 4) en los países en vías de desarrollo, como los centroamericanos, en tanto que los países de América del Norte y el Caribe tienden a tener puntajes de patrones menos nocivos, de aproximadamente 2. Tanto la puntuación de los patrones de consumo, como el consumo no registrado de alcohol, juegan un papel significativo en la determinación de la mortalidad y carga atribuible al alcohol.

Alcoholismo: El abuso y la dependencia del alcohol son llamadas comúnmente alcoholismo. La

intoxicación con alcohol puede causar irritabilidad, conducta agresiva, sentimiento de depresión, y en raras ocasiones alucinaciones y las falsas ilusiones. A largo plazo, altos niveles del consumo de alcohol pueden producir tolerancia así como adaptación intensa del cuerpo que la suspensión del consumo puede precipitar un síndrome de retiro usualmente caracterizado por insomnio, evidencia de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, y ansiedad.²²

Alcohol y género²

El uso de alcohol y los problemas relacionados están vinculados con los roles y las expectativas de hombres y mujeres en la sociedad, además de las diferencias biológicas entre géneros en lo que se refiere al metabolismo del alcohol. Tradicionalmente, los hombres beben con mayor frecuencia e intensidad en los países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo los patrones de ingesta de hombres y mujeres están convergiendo. Aunque el uso de alcohol en mujeres está aumentando gradualmente, los programas de tratamiento tienden a enfocarse en los hombres, soslayando a veces las necesidades de las mujeres.²

Los resultados del proyecto GENACIS (Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional) compararon la prevalencia de ingesta en mujeres y hombres en seis países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Uruguay y EE.UU.) Los resultados indicaron que los hombres beben más que las mujeres, que la prevalencia de consumo intenso es de tres a cuatro veces más común en hombres que en mujeres y que los géneros y las culturas ejercían fuertes influencias sobre el uso y abuso del alcohol.²

Algunas diferencias entre hombres y mujeres que deben ser tomadas en consideración son:²

1. **El efecto del alcohol en mujeres:** Tanto a las mujeres, como a los niños y a los jóvenes, el alcohol generalmente les afecta más y tienen mayores concentraciones en sangre que los hombres adultos con la misma ingesta de alcohol. Esto se debe a que las mujeres tienden a tener menor peso corporal, hígados más pequeños y mayor proporción de grasa que de músculo.
2. **El estigma del alcohol y la búsqueda de ayuda:** Las mujeres tienden a experimentar más estigmas sociales relacionados con el consumo del alcohol que los hombres. Esto queda

demostrado por las diferencias en los entornos en donde beben mujeres y hombres. Las mujeres beben con mayor frecuencia en privado, en contraposición con los hombres, que beben más frecuentemente en lugares públicos. Esto contribuye a la invisibilidad del uso de alcohol en mujeres, lo que hace menos probable que busquen ayuda por sus problemas relacionados con el uso de alcohol.

3. **Mujeres, alcohol y violencia:** Muchas veces las mujeres son las víctimas directas de las consecuencias nocivas de la ingesta en hombres, puesto que comúnmente son el blanco de comportamientos agresivos. En México en 1998, el 47% del número total de mujeres de entre 18 a 65 años de edad en zonas urbanas que viven con sus parejas reportaron haber sido víctimas de violencia en algún momento de sus vidas, donde el alcohol estuvo presente en el 66% de los casos.
4. En un estudio multinacional donde se compararon Brasil, Costa Rica, Uruguay y Argentina, los resultados demostraron que existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica. Los patrones de ingesta están relacionados con la agresión física del perpetrador y los ataques recibidos por la víctima. Los bebedores excesivos tienen mayores probabilidades que los bebedores moderados de ser víctimas de agresión física y atacar a su pareja o cónyuge. Sin embargo, no se comprenden bien ciertas complejidades. Por ejemplo, muchos actos se perpetran sin que el alcohol esté implicado y es muy posible que ciertos factores culturales puedan facilitar un comportamiento más violento bajo la influencia del alcohol.
5. **Alcohol y comportamiento sexual:** El consumo de alcohol está asociado con el comportamiento sexual de riesgo. Las mujeres en estado de ebriedad, tanto adolescentes como adultas, son más vulnerables al abuso sexual, lo cual contribuye a la carga de morbilidad en términos de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH.
6. **Alcohol y embarazo:** El consumo de alcohol de la mujer durante el embarazo puede afectar adversamente al feto. Una consecuencia puede ser el desarrollo del síndrome alcohólico fetal, una condición que puede causar una variedad de problemas de salud en recién nacidos y posteriormente en la primera infancia. También se ha demostrado que incluso dosis esporádicas de alcohol durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de anomalías congénitas en recién nacidos y pueden causar bajo peso al nacimiento.

Además, las mujeres que beben durante el embarazo tienen un mayor riesgo de aborto o parto prematuro, y también puede comprometer la capacidad de concepción de la mujer.

Importancia del tamizaje del consumo de alcohol ^{20,21}

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.

El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia de alcohol.

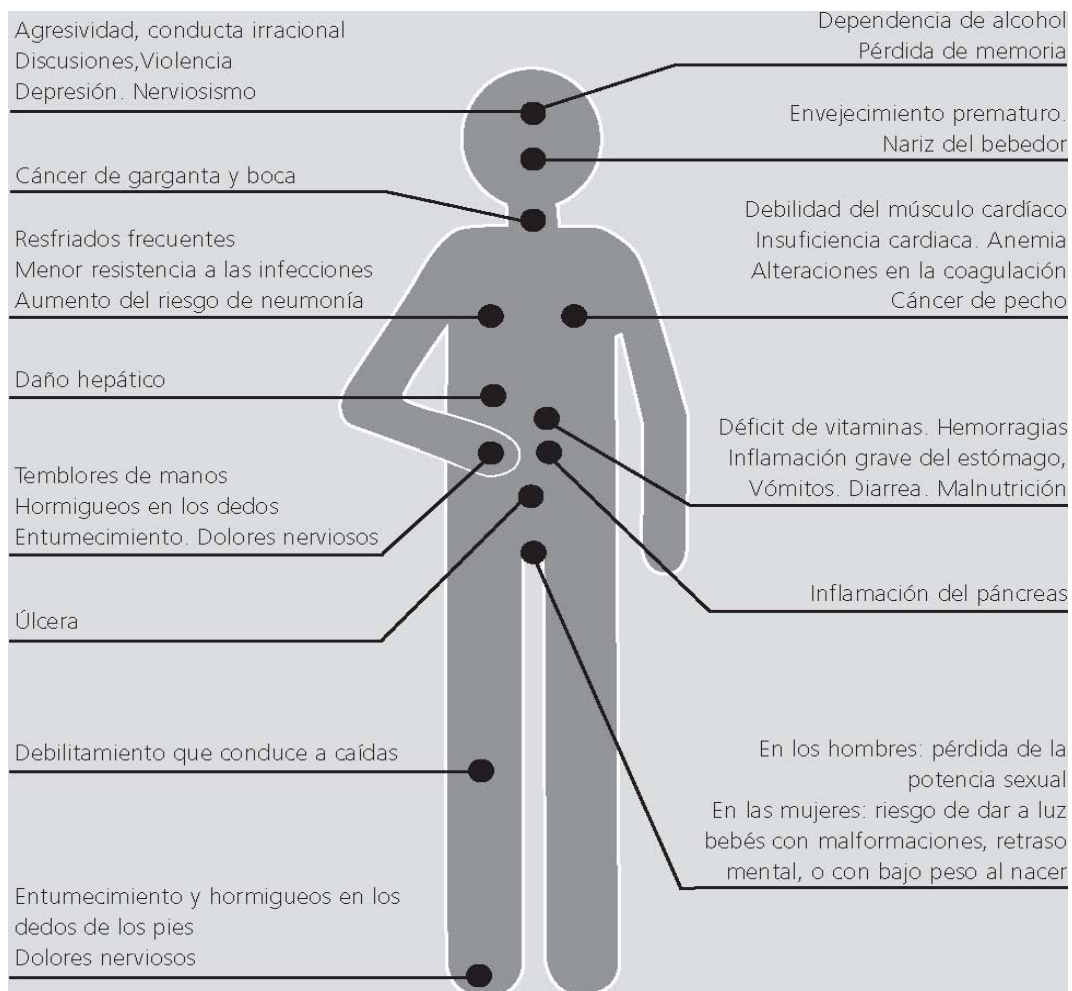
El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como hipertensión, gastritis, diabetes mellitus y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como depresión. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumido. Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de éstos últimos. Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados.

La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol. A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales. Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son factores importantes. También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado. De particular importancia en el screening es, sin embargo, el hecho que las personas que no son dependientes de alcohol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado en lugares especializados. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol. Considerando estos factores, la necesidad del screening parece clara.

El tamizaje del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo. La información sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico del estado actual del paciente, así como también puede alertar a los clínicos sobre la necesidad de advertir a los pacientes cuyo consumo podría afectar adversamente a su medicación y a otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece a los clínicos la oportunidad de adoptar medidas preventivas que han demostrado su efectividad en reducir los riesgos relacionados con el alcohol.

Figura 1 Efectos del consumo de alto riesgo



El contexto del Screening del Alcohol^{20,21}

El test del AUDIT para el screening del consumo de alcohol y los riesgos relacionados en el ámbito de la atención primaria, también puede ser utilizado eficazmente en muchos otros contextos. En muchos casos ya se han desarrollado y utilizado los procedimientos de aplicación específicos. El cuadro 1 resume la información sobre el lugar de aplicación, personal encargado del screening y población diana que se consideran adecuados para un programa de screening mediante el AUDIT. Murray ha argumentado que el screening puede ser llevado a cabo exitosamente con:

- Pacientes de un hospital general, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol. (por ejemplo, pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía);
- Personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse;
- Otros pacientes psiquiátricos;
- Pacientes que acuden al servicio de urgencias;
- Pacientes que acuden al médico general;
- Vagabundos;
- Presos; y
- Aquellos multados por motivos ilegales relacionados con su consumo de alcohol (por ejemplo, conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública).

A éstos debería añadirse aquellos grupos considerados por un Comité de Expertos de la OMS como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos específicos de trabajadores (tales como ejecutivos de empresas, animadores, prostitutas, camareros y marineros). La naturaleza del riesgo difiere en función de la edad, género, contexto del consumo y patrón del mismo, así como, los factores socioculturales que juegan un importante papel en la definición y expresión de los problemas relacionados con el alcohol.

Cuadro 1 Personal, centros y grupos que se consideran apropiados para un programa de detección utilizando el AUDIT.

Ámbito de aplicación	Grupo diana.	Personal encargado del screening.
Clínica de atención primaria	Pacientes médicos.	Personal de enfermería, asistentes sociales.
Servicio de urgencias	Víctimas de accidentes.	Médico, personal de enfermería u otro personal.
Consulta médica	Pacientes médicos.	Médico general, médico de familia u otro personal
Sala de un hospital general Policlínica ambulatoria	Pacientes con hipertensión, enfermedades cardíacas, trastornos gastrointestinales o neurológicos.	Internista u otro personal.
Hospital psiquiátrico	Pacientes psiquiátricos, particularmente aquellos con tendencias suicidas.	Psiquiatra u otro personal.
Tribunal, comisaría, prisión	Sujetos con delitos cometidos bajo los efectos del alcohol. Criminales violentos.	Funcionarios, Terapeutas.
Otros recursos de tipo sanitario	Individuos que presentan una alteración en su funcionamiento social o laboral (p.ej. problemas de pareja, abandono de niños, etc.)	Asistentes sociales y personal sanitario.
Ejército	Reclutas y oficiales	Personal sanitario.
Centro de trabajo. Programas de intervención laboral.	Empleados, especialmente de intervención laboral. aquellos con problemas de productividad, absentismo o accidentes	Personal de medicina de empresa o de Mutuas de Trabajo.

Desarrollo y validación del AUDIT ^{20,21}

El AUDIT fue desarrollado y evaluado por dos décadas, y se demostró que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. El cuadro 2 describe los dominios conceptuales y el contenido de los ítems del AUDIT, el cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT se ha validado en pacientes de atención primaria en 6 países.^{1,2} Es la única prueba de tamizaje diseñado para uso internacional;
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia;
- Breve, rápido, y flexible;
- Diseñado para el personal de atención primaria;
- Es consistente con las definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹⁵ de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Cuadro 2 Dominios e ítems del AUDIT

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1 2 3	Frecuencia de consumo Cantidad típica Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4 5 6	Pérdida del control sobre el consumo Aumento de la relevancia del consumo Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7 8 9 10	Sentimiento de culpa tras el consumo Lagunas de memoria Lesiones relacionadas con el alcohol Otros se preocupan por el consumo

Una revisión sistemática reciente de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST.^{20,21}

La adecuación cultural y la aplicabilidad transnacional fueron consideraciones importantes en el desarrollo del AUDIT. Se han realizado trabajos de investigación en una gran variedad de países y culturas, que han sugerido que el AUDIT ha cumplido su promesa como test de screening internacional. Si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada, el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres. El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en pacientes de más de 65 años. El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios.

Administración oral vs. Cuestionario de auto-pase^{20,21}

El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de auto-pase. Cada método conlleva sus propias ventajas e inconvenientes que deben ser valoradas en función de las limitaciones de tiempo y coste. Las ventajas de ambos métodos de administración del AUDIT aparecen resumidas en el cuadro 3. Las capacidades cognitivas (capacidad de leer y escribir, memoria) y el nivel de cooperación (actitud defensiva) del paciente también deben considerarse. Una entrevista puede tener ventajas, si se tiene la certeza de que los servicios de atención primaria van a proporcionar todo el cuidado que los pacientes necesitan por sus problemas por el alcohol. Sin embargo, el método de auto-pase es preferible en los casos en que la responsabilidad de los servicios se limita a ofrecer un consejo breve a los pacientes que den positivo en el screening, derivando los casos más graves a otros servicios. La decisión del formato elegido debe tomarse de acuerdo con los planes de implementación para establecer un completo programa de screening.

Si el AUDIT se administra como entrevista, es importante leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado. Si se sigue el orden exacto del texto se obtendrá una mejor comparabilidad de los resultados obtenidos entre distintos entrevistadores. Muchas de las preguntas del AUDIT se expresan en términos de «cuántas veces» ocurren los síntomas. Muestre al paciente los tipos de respuesta para cada pregunta (por ejemplo, «Nunca», «Varias veces al mes», «Diariamente»).

Cuadro 3 Ventajas de los diferentes métodos de administración del AUDIT

Cuestionario	Entrevista
Requiere menos tiempo	Permite la clarificación de respuestas ambiguas
Fácil de administrar Apropiado para la administración y corrección a través del ordenador	Puede ser administrada a pacientes con dificultades en la lectura
Puede proporcionar respuestas más precisas	Permite feedback directo al paciente y el inicio del consejo breve

Si las respuestas son ambiguas o evasivas, intente aclararlo repitiendo la pregunta y las opciones de respuesta, pidiendo al paciente que elija la mejor de ellas. A veces las respuestas son difíciles de registrar ya que el paciente puede que no beba de forma habitual. Por ejemplo, si el paciente estuvo bebiendo excesivamente durante el mes previo a un accidente, pero no antes de ese momento, entonces será difícil caracterizar un día «típico» de consumo tal como se plantea en la pregunta. En estos casos lo mejor es registrar la cantidad de consumo y los síntomas relacionados durante el período de mayor consumo en el último año, anotando que esto puede ser atípico o transitorio para ese individuo. Registre las respuestas cuidadosamente, tomando nota de cualquier circunstancia especial, información adicional y observaciones clínicas. A menudo los pacientes le proporcionarán al entrevistador comentarios sobre su consumo que pueden ser relevantes en la interpretación de la puntuación total del AUDIT. El administrar el AUDIT mediante un cuestionario escrito o a través del ordenador elimina muchas incertidumbres en las respuestas del paciente permitiendo sólo las opciones concretas.

Puntuación e interpretación^{20,21}

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos ítems deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

En la mayoría de casos, la puntuación total del AUDIT refleja el nivel de riesgo relacionado con el alcohol del paciente.

Debido a la experiencia obtenida en un estudio de asignación de tratamiento con personas que tenían un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos diagnósticos que reflejaban un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol. Se halló que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 representaban un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor a 16 representaba un nivel alto. A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en este y otros estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT:

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Ante la ausencia de mejores estudios de investigación estas recomendaciones deben ser consideradas provisionales, sujetas a un juicio clínico que tenga en cuenta la condición médica del paciente, los antecedentes familiares de problemas con el alcohol y la honestidad percibida en las preguntas del AUDIT.

En el siguiente cuadro se presentan los niveles de riesgo, intervención y puntuación del AUDIT.

Cuadro 4 Nivel de Riesgo, Intervención y Puntuación del AUDIT*²⁰

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40
<p>* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.</p>		

Las intervenciones breves para el consumo de riesgo y perjudicial constituyen una variedad de actividades caracterizadas por su baja intensidad y corta duración. Estas oscilan entre 5 minutos de consejo simple sobre cómo reducir el consumo de riesgo hasta varias sesiones de terapia breve para abordar condiciones más complicadas. Destinadas a proporcionar una intervención precoz, antes o poco después de la instauración de los problemas relacionados con el alcohol, las intervenciones breves se componen de feedback de los datos del screening para incrementar la motivación al cambio de la conducta de consumo, así como del consejo simple, la educación para la salud, la mejora de habilidades o sugerencias prácticas. En los últimos 20 años se han desarrollado procedimientos que los médicos generales de atención primaria pueden aprender y practicar para abordar el consumo de riesgo y perjudicial. Estos procedimientos están resumidos en el Cuadro 5.

Cuadro 5 Elementos de las Intervenciones Breves.²⁰

Presente los resultados del screening.
Identifique los riesgos y discuta las consecuencias.
Proporcione consejo médico.
Solicite el compromiso del paciente.
Identifique el objetivo – reducir el consumo o la abstinencia
Proporcione consejo y ánimos.

Unidad de bebida estándar²¹

En diferentes países los educadores para la salud e investigadores emplean diferentes definiciones de lo que es una unidad o consumo estándar debido a las diferencias del volumen de los consumos en cada país. Por ejemplo, 1 unidad de bebida estándar en Canadá: 13,6 gr de alcohol puro 1 unidad de bebida estándar en el Reino Unido: 8 gr, 1 unidad de bebida estándar en EEUU: 14 gr 1 unidad de bebida estándar en Australia o Nueva Zelanda: 10 gr 1 unidad de bebida estándar en Japón: 19,75 gr En el AUDIT, las preguntas 2 y 3 asumen que una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol. Puede necesitar ajustar el número de bebidas en las respuestas para estas preguntas con el fin de adecuar los volúmenes más habituales de las consumiciones y los grados de alcohol en su país. El nivel de consumo de bajo riesgo recomendado, tal como se establece en el manual de intervención breve y utilizada en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es hasta 20 gramos de alcohol por día 5 días a la semana (recomendando 2 días sin beber).

Medición del contenido de alcohol en una bebida²¹

El contenido de alcohol de una bebida depende de los grados de ésta y del volumen del envase. Existen amplias variaciones en la concentración de las bebidas alcohólicas y del tamaño de éstas comúnmente usadas en diferentes países. Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía un volumen de entre un 2% y 5% de alcohol puro, los vinos contenían de un 10,5% a 18,9%, los destilados variaban desde un 24,3 % hasta un 90% y la sidra desde un 1,1% hasta un 17%. Por lo tanto, es necesario adaptar los tamaños de las bebidas a lo que es más habitual a nivel local y para conocer a grandes rasgos la cantidad de alcohol puro que una persona consume en una ocasión y por término medio.

Otra consideración en la medición de la cantidad de alcohol en una unidad de bebida estándar es el factor de conversión del alcohol. Esto le permite convertir cualquier volumen de alcohol a gramos. Por cada mililitro de alcohol, hay 0,79 gramos de alcohol puro. Por ejemplo, 1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol, 1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0,79 = 13,3 gramos de alcohol, 1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo de corte transversal.

Área y población de estudio: Comarca rural La Grecia, del municipio de Chinandega, departamento de Chinandega, la cual cuenta con una población total de 5,520 habitantes, de los cuales 3,838 tienen 15 años o más que es la población meta a estudiar.

Tamaño de la muestra y muestreo

Para el cálculo de la muestra se utilizó el software Epi Info (Statcalc), basándose en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia de dependencia de consumo de alcohol de 22.3%,¹⁵ con una precisión de 6%, obteniéndose una muestra de 170. El muestreo fue por conglomerado.

Recolección de la información

En primer lugar se solicitó autorización al director de la unidad de salud correspondiente a La Grecia. Luego se solicitó el mapa del área de estudio para organizar el trabajo de campo y la selección de conglomerados o sectores para que la muestra fuera representativa. Se realizó visita domiciliar y se explicaron los objetivos del estudio y se solicitó el consentimiento informado verbal. Luego de aceptar participar en el estudio se entrevistó a todos los adultos con edad igual o mayor a 15 años de edad. La puntuación e interpretación sobre el nivel de consumo de alcohol se basó en los estándares establecidos por la OMS en la prueba de AUDIT.

Análisis

El software usado fue SPSS versión 18.0. Las variables numéricas fueron analizadas con medidas de centro y dispersión, y las cualitativas con porcentajes y razones. Para establecer las diferencias entre las variables de estudio con el nivel del consumo de alcohol y enfermedades relacionadas al alcohol, se usaron pruebas de significancia estadísticas, considerándose significativa cuando el valor de p fue ≤ 0.05 .

Aspectos Éticos

No se realizó ninguna encuesta sin el consentimiento informado verbal y/o la aprobación de los padres o tutores en caso de menores de edad. La encuesta fue anónima y se garantizó la discreción y confidencialidad de la información obtenida. Sin embargo, debido a que se indago aspectos privados de las personas, especialmente en adolescentes, se solicitó autorización al Comité de Ética de Investigaciones Biomédicas (CEIB), de la UNAN-León, para la realización de este estudio.

Operacionalización de las Variables.

variable	Concepto	Categoría
Sexo.	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra.	Femenino masculino
Edad.	Edad en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	15-19 20-34 35-54 55-64
Escolaridad.	Nivel escolar y se considerará baja escolaridad si ha cursado primaria o ninguna educación; y alta de secundaria o universitario.	Baja Alta
Estado civil.		Soltero Casado Acompañado Otro
Ocupación.	Tipo de ocupación del entrevistado.	Se especificará.
Número de hijos.		Se especificará
Tipo de licor.	Cualquier bebida con contenido de alcohol que consume el entrevistado (a).	Cerveza Ron Otros
Eventos adversos.	Estado sociales negativos relacionados al consumo de alcohol.	Pérdida de trabajo. Pérdida de cónyuge. Violencia Encarcelamineto
Enfermedades relacionadas al consumo.	Lesión o enfermedad generada por el consumo prolongado de alcohol.	Se especificará
Duración del consumo.	Tiempo expresado en años en que la persona ha consumido alcohol	Se especificará

Variable	Concepto	Categoría
Consumo de alcohol en gramos	Por cada mililitro de alcohol, hay 0.79 gramos de alcohol puro. Por ejemplo, 1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0.79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol, 1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0.79 = 13.3 gramos de alcohol, 1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0.79 = 12.6 gramos de alcohol.	Se especificará
Nivel de ingesta de alcohol	Cuestionario de tamizaje basado en el Test de AUDIT que sirve para identificar pacientes con problemas en relación a la ingesta de alcohol.	Ingesta de bajo riesgo Ingesta de riesgo Ingesta perjudicial Dependencia de alcohol
Atención médica	Cualquier tipo de atención recibida por la enfermedad relacionada al consumo de alcohol	Si No
Lugar de atención	Tipo de proveedor de salud que atendió al entrevistado por enfermedades relacionadas al alcohol.	Unidad de salud Hospital Clínica privada Empresa médica provisional Otro

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se entrevistaron a 170 personas con 15 años o más. Las principales características sociodemográficas de estas personas fueron: sexo masculino (82%), edad entre 20-34 años (42%), baja escolaridad (89%), estado civil acompañado (67%), ocupación obrero (46%), empleados (60%), y con dos o mas hijos (63%). El nivel de consumo de alcohol fue clasificado de la siguiente manera: dependencia (25%), consumo perjudicial (11%), consumo de riesgo (34%) y bajo riesgo de consumo (30%) (Cuadro 1). El promedio de edad de la población estudiada fue 35 ± 12 años, la mediana de 32 años, y el rango de 15 a 69 años.

Al asociar el nivel de riesgo de consumo de alcohol con las características sociodemográficas se observaron diferencias significativas en relación al sexo, edad, escolaridad, empleo y número de hijos. Es importante observar que la dependencia alcohólica fue mayor en los extremos de edad, con 28% para los adolescentes y de 38% en los mayores de 64 años de edad. El consumo perjudicial y de dependencia alcohólica fue casi 4 veces superior en el sexo masculino, la dependencia alcohólica fue superior en personas con baja escolaridad, obreros, desempleados y con mayor número de hijos. Por otro lado, el consumo perjudicial fue mayor en personas con alta escolaridad, ocupación técnica, empleados, casados o acompañados y con un hijo (Cuadro 1).

Los principales problemas relacionados al consumo de alcohol en la población estudiada se presentan en el cuadro 2. El 20% manifestó haber perdido el trabajo, 15% dijo haberse separado de su cónyuge, 9% había sido encarcelado por el consumo de alcohol y 13% dijo que habían recibido atención médica por problemas de salud relacionada al consumo de alcohol. De las 22 personas que manifestaron haber recibido atención medica principalmente en el centro de salud de La Grecia (18 casos), seguido de otros lugares (3 casos), y solamente uno dijo haber acudido a un hospital. Por otro lado, ninguno de ellos dijo haber estado integrado al grupo de Alcohólicos Anónimos (AA). El porcentaje de dependencia alcohólica y de consumo perjudicial fue mucho mayor en aquellas personas que tuvieron problemas relacionados al consumo de alcohol que aquellos que no los tuvieron, y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

El 55% de los entrevistados se quejaron de problemas de salud relacionados al consumo de alcohol durante el último año antes de la entrevista, y predominaron la gastritis (22%), diarrea (19%), cefalea (10%), náuseas/vómitos (8%), dispepsias (7%), sepsis urinarias (4%) y hemorroides (4%). No se observaron diferencias significativas entre estos problemas y los diversos niveles de consumo de alcohol (Cuadro 3).

El promedio y mediana, en gramos, del consumo de licor durante el último episodio de ingesta se presenta en el cuadro 4. El promedio de consumo de cerveza fue de 164 ± 105 gramos, y la mediana de 158 gramos. Por otro lado, el promedio de consumo de ron fue de 351 ± 180 gramos, y la mediana de 316 gramos. El promedio de consumo de cerveza fue estadísticamente superior en hombres, mientras que el promedio de consumo de ron fue estadísticamente superior en personas con baja escolaridad y ocupación obrero.

DISCUSIÓN

Al igual que otras encuestas, una limitación de este estudio estuvo relacionada a sesgos de memoria y de información por parte de los encuestados.²²⁻²⁴ Sin embargo, una estrategia empleada para reducir estos errores fue medir el consumo de alcohol en base a la última ingesta de alcohol por parte de los encuestados. La principal ventaja encontrada en este estudio fue la buena colaboración de los encuestados, a pesar de lo delicado del tema, especialmente en las mujeres, pero esto fue posible debido a la explicación de los objetivos del estudio y su relevancia. Otra fortaleza del estudio fue el uso del AUDIT, una prueba estandarizada de tamizaje establecida por la OMS, cuyas ventajas incluyen su sencillez en su aplicación, identifica el consumo de riesgo y posible dependencia, dirigido a atención primaria y centrada en el consumo reciente de alcohol. Además, el AUDIT proporciona una medida correcta del consumo de riesgo del alcohol según género, la edad y diferentes culturas.^{20,21}

El porcentaje del nivel de consumo perjudicial y de dependencia alcohólica reportado en la comunidad rural de La Grecia del municipio de Chinandega fue superior a lo reportado en otros estudios similares en que se utilizó el cuestionario de AUDIT. Por ejemplo, en un estudio realizado por Blanco (2008) en población urbana de Nagarote estos índices fueron de 8% y 16.5%, respectivamente.¹⁵ En otro estudio realizado por Arróliga (2010) en trabajadores de la Fábrica de Puro “Natsa”, Estelí, dicha prevalencia fue 5.1% y 2.5%, respectivamente.¹⁶ En el HEODRA, León, Vanegas (2008) estudió la relación entre alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en emergencia de Medicina Interna, y concluyó que más de una tercera parte de pacientes tenían riesgo de consumo y de dependencia alcohólica, respectivamente, y que el alcoholismo y mayor edad incrementan el deterioro de la función renal.¹⁴

Las características sociodemográficas relacionadas al mayor consumo de alcohol encontradas en este estudio fueron similares a las encontradas en otros estudios nacionales¹⁴⁻¹⁶ e internacionales,^{1,3,6,10} como por ejemplo, sexo masculino, mayor edad, menor escolaridad, ocupaciones de menor experiencia y desempleados.

Con respecto a los problemas de salud relacionados al alcohol, los hallazgos reportados en este estudio son similares a lo reportado por Blanco en Nagarote,¹⁵ y a problemas leves reportados por la literatura^{20,21} en donde predominaron la gastritis y diarrea, pero a diferencia en este reporte se observó un aumento de abstinencia alcohólica, la cual no fue encontrada en este estudio. Otras enfermedades menos frecuentes reportadas por Blanco fueron lesiones, hepatitis alcohólica, ascitis y encefalopatía. Una explicación de la falta de problemas de salud más serios relacionados al consumo de alcohol, como cáncer, cirrosis hepáticas, úlceras gástricas, etc., puede atribuirse a limitaciones propias del estudio para diagnosticar estos problemas. La anterior limitación puede constituir un subregistro de dichos trastornos, y no una ausencia real de estos problemas.

En este estudio aproximadamente uno de cada cuatro habitantes de la Grecia tiene dependencia alcohólica y uno de cada diez tiene un consumo perjudicial. La literatura refiere que estos casos de consumo más severos conllevan consecuencias para la salud física y mental, así como a consecuencias sociales que afectan a la familia y la comunidad (robo, violencia, violación, etc.). Además, tienen mayor dificultad para abandonar ese vicio y requieren de tratamiento especializado.

El elevado consumo de alcohol encontrado en la comunidad rural de La Grecia, se refleja en el hecho de que los encuestados consumieron durante su última ingesta de alcohol, una mediana de aproximadamente 12 cervezas (158 gramos) y un litro de ron (316 gramos). Este consumo se considera alto, al igual que el de otras poblaciones urbanas en Nagarote, y son consistentes con reportes nacionales en donde menciona que en Nicaragua un elevado porcentaje de hombres y mujeres han consumido alcohol alguna vez (42%), y otras sustancias prohibidas.^{9,12} En un Estudio Multicéntrico se concluyó que el consumo general de alcohol en Latinoamérica es elevado, comparado con los promedios mundiales, y la prevalencia de ingesta peligrosa son elevados en ambos sexos y en adultos jóvenes, similar a lo reportado en este estudio. Por otro lado, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen una importante carga de morbilidad.

13

En este estudio no se reportó búsqueda de ayuda a la organización de los Alcohólicos, contrario a lo reportado por Blanco en Nagarote, en donde la búsqueda de ayuda de los AA en personas con un consumo perjudicial y dependencia, fue de 8% y 16.7%, respectivamente.¹⁵

Este estudio provee evidencia del elevado consumo de alcohol en la comunidad de La Grecia, en donde uno de cada tres habitantes tiene un nivel de consumo perjudicial y de dependencia. Por lo tanto esto debe alertar a las autoridades de salud para tomar acciones de intervenciones sugeridas de acuerdo al puntaje del tamizaje de AUDIT, ya que este problema esta afectando a ambos sexos, en todas las edades, incluyendo los adolescentes y en otros estratos sociodemográficos.

CONCLUSIONES

La mayoría de la población estudiada eran hombres, edad entre 20-34 años, baja escolaridad, estado civil acompañado, obreros, empleados y con dos o mas hijos.

El nivel de consumo de alcohol fue el siguiente: dependencia (25%), consumo perjudicial (11%), consumo de riesgo (34%) y bajo riesgo de consumo (30%).

Los principales problemas sociales relacionados al consumo de alcohol fueron haber sido violento (47%), pérdida del trabajo (20%), separación de su cónyuge (15%) y haber sido encarcelado (9%). Además, los principales problemas de salud relacionados al consumo de alcohol fueron: gastritis, diarrea y cefalea.

El 13% dijo que habían recibido atención médica por problemas de salud relacionada al consumo de alcohol, principalmente en el centro de salud de La Grecia.

RECOMENDACIONES

Fomentar el desarrollo de actividades sociales y de ocio saludables, como ejercicio, deportes, cultura, estudio, empleo.

Proporcionar a las familias de la comunidad La Grecia información relativa a los problemas derivados del consumo de alcohol y los factores de riesgo, para prevenir su consumo a través de actividades de promoción y educación.

Contactar a grupos de Alcohólicos Anónimos para que brinden apoyo a la comunidad de La Grecia, involucrando a organizaciones comunitarias, MINSA, ministerio de educación y otros interesados para enfrentar de forma multidisciplinaria el problema del alcoholismo en dicha población.

Diseminar los resultados de este estudio a las autoridades de salud para que deriven a atención especializada a los pacientes con dependencia alcohólica, y de brindar consejería y educación sobre el consumo de alcohol a todos los pacientes que asistan a consulta médica.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002.
2. Montero MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.
3. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. 2004.
4. Rehm J, Monteiro M. El consumo de alcohol y la carga de la enfermedad en las Américas: implicaciones para la política de alcohol. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4-5):241-248 2005; 18 (4-5) :241-248
5. Organización Mundial de la Salud. World report on road traffic injury prevention 2004. Ginebra: OMS; 2004b.
6. Thavorncharoensap M, et al. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2009; 4: 20.
7. Rehm J, et al. Alcohol consumption and the global burden of disease 2002. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Dirección de Toxicomanías; 2006.
8. Organización Mundial de la Salud. World Mental Health Survey Consortium. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC: "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health." Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21):2581-2590.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Vol. II-Países. Washington D.C.: OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622.
10. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2007.
11. Organización Panamericana de la Salud. Intoxicación masiva por metanol en Nicaragua Septiembre, 2006. Managua: OPS.
12. Alto al consumo de licor. Managua, Nicaragua. La Prensa. 30 de agosto 2007.

13. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2007.
14. Vanegas YV. Relación entre alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en emergencia de Medicina Interna del HEODRA 2005-2007. Tesis (Especialista en Medicina Interna). 2008.
15. Blanco BA. Trastornos debidos al consumo de alcohol y características socioeconómicas de los consumidores de alcohol en el municipio de Nagarote, León, 20008. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2008.
16. Arróliga OI. Identificación del patrón de riesgo de consumo de alcohol en pacientes atendidos en la Clínica NATSA, Estelí, en el período Mayo-Julio 2008. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.
17. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS. 2010.
18. Resolución de la 61.a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2008). WHA61.4 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.
19. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSa, 2005.
20. Babor TF, et al. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.
21. Babor TF, Higgins-Bibble JC. Intervención breve: Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.
22. Kirch W. Enciclopedia of Public Health. Vol. 1. Dresden, Germany: Springer. 2008.
23. Gordis L. Epidemiology. Second Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 2000.
24. Greenberg RS, et al. Epidemiología Médica. Cuarta edición. Mexico, D.F.: Editorial El Manual Moderno. 2005.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Alcoholismo en la Grecia, municipio de Chinandega: Nivel de consumo y características socioeconómicas, 2012.

Datos generales.

1. Iniciales: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: a) Femenino b) Masculino
4. Escolaridad: a) Baja b) Alta
5. Ocupación: a) Profesional b) Técnico c) Obrero d) Otro: _____
6. Estado civil: a) Soltero c) Casado c) Acompañado d) Otro: _____
7. Número de hijos: _____
8. Tiene empleo actualmente: a) Si b) No.
9. Ha perdido algún trabajo por consumir alcohol: a) Si b) No.
10. Se ha separado de su cónyuge por consumir alcohol: a) Si b) No.
11. Ha sido encarcelado por consumir alcohol: a) Si b) No.
12. Alguna vez a sido violento por consumir alcohol: a) Si b) No.

Cuestionario AUDIT.

- 1- ¿Con qué frecuencia ingiere alguna bebidas alcohólica?
(0) Nunca. (3) Dos o tres veces por semana.
(1) Una vez al mes o menos. (4) Cuatro o más veces por semana.
(2) Entre dos y cuatro veces al mes.
- 2- ¿En los días que toma, cuántas bebidas que contienen alcohol ingiere por día?
(0) 1 o 2. (3) de 7 a 9.
(1) 3 o 4. (4) 10 o más.
(2) 5 o 6.
- 3- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en una misma ocasión?
(0) Nunca. (3) Semanalmente.
(1) Menos de 1 vez al mes. (4) A diario, o casi diariamente.
(2) Mensualmente.
- 4- ¿Durante el último año, con qué frecuencia no ha sido capaz de parar de tomar bebidas alcohólicas una vez que ha empezado?
(0) Nunca. (3) Semanalmente.
(1) Menos de 1 vez al mes. (4) A diario, o casi diariamente.
(2) Mensualmente.
- 5- ¿Durante el último año, con qué frecuencia ha dejado de hacer lo que debía por causa de la bebida?
(0) Nunca. (3) Semanalmente.
(1) Menos de 1 vez al mes. (4) A diario, o casi diariamente.
(2) Mensualmente.
- 6- ¿Durante el último año, con qué frecuencia ha tenido que tomarse un trago en la mañana para empezar el nuevo día después de haber ingerido abundantemente el día previo?
(0) Nunca. (3) Semanalmente.
(1) Menos de 1 vez al mes. (4) A diario, o casi diariamente.
(2) Mensualmente.

7- ¿Durante el último año, con qué frecuencia ha sentido culpa o remordimiento después de tomar?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de 1 vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario, o casi diariamente.

8- ¿Durante el último año, con qué frecuencia no ha sido capaz de recordar lo que pasó la noche anterior por causa de la bebida?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de 1 vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario, o casi diariamente.

9- ¿Ha tenido usted, o alguien más, lesiones derivadas de su ingesta de bebidas alcohólicas?

- (0) No.
- (2) Sí, pero no en el último año.
- (4) Sí, durante el último año.

10- ¿Algún pariente, amigo, médico, o personal de salud se ha preocupado por su forma de tomar o ha sugerido que usted debería disminuir la cantidad?

- (0) No.
- (2) Sí, pero no en el último año.
- (4) Sí, durante el último año.

11- De la forma como toma actualmente ¿Cuántos años tiene?: _____

12- Señale en números lo siguiente:

Tipo de licor	Tiempo / consumo	Cantidad	Gramos por episodios
Cerveza	_____	_____	_____
Ron	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

13. Enumere los problemas de salud durante el último año:

14. Esta recibiendo atención médica por su problema de salud: a) Si b) No.

15. Donde recibe esa atención médica: _____

16. Esta integrado a los Alcohólicos Anónimos: a) Si b) No.

Cuadro 1 Características sociodemográficas según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, comarca La Grecia, Chinandega, 2012.

Características sociodemográficas	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Sexo:*						
Femenino	67	23	3	7	30	18
Masculino	22	36	12	29	140	82
Edad:*						
15-19	39	33	0	28	18	11
20-34	42	31	13	15	72	42
35-44	17	39	19	25	36	21
45-64	19	38	5	38	42	25
≥ 65	0	0	0	100	2	1
Escolaridad:*						
Baja	27	36	10	27	151	89
Alta	58	16	16	11	19	11
Estado civil:						
Soltero (a)	42	33	4	21	48	28
Casado (a)	14	14	29	43	7	4
Acompañado (a)	26	36	12	25	114	67
Viuda	0	0	0	100	1	0.6
Ocupación:*						
Profesional	63	0	13	25	8	5
Técnico	24	43	29	5	21	12
Obrero	21	39	8	33	78	46
Otro	40	30	8	22	63	37
Empleo actual:						
Si	28	37	13	23	102	60
No	34	29	7	29	68	40
Número de hijos:*						
Ninguno	45	30	3	23	40	23
1	26	52	17	4	23	14
2-3	30	35	15	20	66	39
≥ 4	17	27	7	49	41	24
Total (No.)	51	58	18	43	170	
(%)	30	34	11	25		100

* Valor $p \leq 0.05$

¶ Los porcentajes de las celdas se calcularon en base al total de filas.

Cuadro 2 Problemas sociales relacionados al consumo de alcohol según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, comarca La Grecia, Chinandega, 2012.

Problemas relacionados al consumo de alcohol	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Pérdida de trabajo:*						
Si	0	12	15	74	34	20
No	38	40	10	13	136	80
Separación con cónyuge:*						
Si	4	8	24	64	25	15
No	35	38	8	19	145	85
Ha sido encarcelado:*						
Si	0	20	7	73	15	9
No	33	36	11	21	155	91
Violencia:*						
Si	5	35	15	45	80	47
No	52	33	7	8	90	53
Recibió atención médica:						
Si	27	32	14	27	22	13
No	30	35	10	25	148	87
Integrado a AA:						
Si	0	0	0	0	0	0
No	30	34	11	25	170	100
Total (No.)	51	58	18	43	170	
(%)	30	34	11	25		100.0

* Valor $p \leq 0.05$

¶ Los porcentajes de las celdas se calcularon en base al total de filas.

Cuadro 3 Problemas de salud relacionados al consumo de alcohol según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, comarca La Grecia, Chinandega, 2012.

Problemas de salud	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Gastritis	12	33	17	26	37	22
Diarrea	27	14	11	21	33	19
Cefalea	10	5	6	19	17	10
Nauseas/vómitos	8	4	6	14	13	8
Dispepsias	12	7	6	2	12	7
Sepsis urinaria	2	2	6	7	6	4
Hemorroides	2	5	6	2	6	4
Otros	2	5	17	19	17	10
Ninguna	51	48	56	30	77	45
Total (No.)	51	58	18	43	170	
(%)	30	34	11	25		100.0

¶ Los porcentajes de las celdas se calcularon en base al total de columnas.

Cuadro 4 Ingesta de alcohol (gramos) según características sociodemográficas, comarca La Grecia, Chinandega, 2012.

Características	Cerveza		Ron	
	Media ± DE	Mediana	Media ± DE	Mediana
Sexo:**				
Femenino	124 ± 81	118	279 ± 137	316
Masculino	179 ± 109	158	360 ± 184	316
Edad:				
15-19	174 ± 241	79	271 ± 104	316
20-34	160 ± 73	158	383 ± 202	316
35-44	158 ± 83	158	366 ± 183	316
45-64	188 ± 109	197	340 ± 168	318
≥ 65	--	--	147 ± 41	147
Escolaridad:***				
Baja	166 ± 103	158	359 ± 181	316
Alta	155 ± 116	118	217 ± 101	217
Estado civil:				
Soltero (a)	174 ± 139	118	352 ± 191	316
Casado (a)	197 ± 104	158	546 ± 162	632
Acompañado (a)	159 ± 78	158	339 ± 173	316
Viuda	40 ± 0	40	355 ± 0	355
Ocupación:***				
Profesional	153 ± 125	98	237 ± 0	237
Técnico	195 ± 84	158	303 ± 138	314
Obrero	168 ± 125	158	396 ± 197	323
Otro	151 ± 80	153	306 ± 156	316
Empleo actual:				
Sí	174 ± 82	158	356 ± 166	316
No	144 ± 140	118	344 ± 201	316
Número de hijos:				
Ninguno	165 ± 155	118	328 ± 133	316
1	142 ± 76	118	354 ± 252	316
2-3	169 ± 77	158	373 ± 190	316
≥ 4	171 ± 91	197	334 ± 163	316
Total	164 ± 105	158	351 ± 180	316

* valor $p \leq 0.05$, significativo para cerveza y ron.

** valor $p \leq 0.05$, significativo sólo para cerveza.

*** valor $p \leq 0.05$, significativo sólo para ron.