

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



**TESIS
Para optar al título de**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL Y NECESIDADES DE
INTERVENCIÓN EN HABITANTES MAYORES DE 19 AÑOS,
DEL REPARTO PRIMERO DE MAYO, DURANTE OCTUBRE
DEL 2012.**

Autor: Evelio Balmaceda Soza
Bernabé Acosta Silva

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

León, octubre de 2012

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto, dándonos salud, sabiduría, entendimiento y las fuerzas para lograr alcanzar nuestras metas.

A nuestros familiares por habernos apoyado en todo momento con su motivación constante y ejemplos de perseverancia y con su amor y esmero se dedicaron a apoyarnos para que pudiésemos prosperar en nuestra carrera y que a través de tantos sacrificios y luchas han logrado llevarnos adelante en la vida con la intención de que seamos mejores y podamos ser personas de bien, útiles a la sociedad.

A nuestro tutor por su gran apoyo y motivación, por habernos transmitido sus conocimientos y guiarnos para culminar nuestro trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien no nos abandona y siempre ha estado acompañándonos en todos los momentos buenos y malos de nuestras vidas.

A nuestras padres y hermanos quienes a través de las dificultades han luchado para que cada uno de nosotros tenga un mejor futuro y estemos mejor preparados para enfrentar la vida.

A nuestros profesores que desde pequeños nos han enseñado y transmitido su conocimiento y experiencias que tanto nos sirven en el diario vivir.

A nuestros pacientes quienes nos permiten ejercer nuestra profesión y nos dan también un lugar como personas importantes en la sociedad en dependencia del tipo de relación que creamos con ellos.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGS.
➤ Dedicatoria	
➤ Agradecimientos	
➤ Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
MARCO TEÓRICO	8
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	38

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de consumo de alcohol y necesidades de intervención en habitantes mayores de 19 años, del Reparto Primero de Mayo, durante octubre del 2012.

El estudio es descriptivo de corte transversal. La población fue de 3,567 habitantes con 19 años o más y la muestra final fue de 167 habitantes obtenida a través de muestreo por conglomerado. El método de recolección de datos fue a través de entrevista. La medición del nivel de consumo de alcohol se basó en la prueba de AUDIT y el software usado fue SPSS versión 18.0.

Las principales características sociodemográficas fueron sexo masculino, entre 20-34 años, alta escolaridad, acompañado, obreros, empleados y con 2-3 hijos. El nivel de consumo de alcohol fue: dependencia (6.6%), consumo perjudicial (1.8%), consumo de riesgo (25.1%) y bajo riesgo de consumo (66.5%). Los principales problemas sociales relacionados al consumo de alcohol fueron violencia (20.4%), pérdida del trabajo (10.2%), separación de su cónyuge (7.2%) y haber sido encarcelado (3%). Los principales problemas de salud relacionados al consumo de alcohol fueron: lumbalgias, cefalea y gastritis. El 4.8% de los entrevistados busco atención médica por problemas de salud relacionada al consumo de alcohol, los que visitaron los hospitales fueron aquellos con nivel de dependencia.

Se recomienda promover la aplicación del AUDIT, campañas educativas, la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de edad y fomentar en estas actividades sociales y deportivas, y referir los pacientes con dependencia alcohólica al centro de salud del Reparto Primero de Mayo para su adecuado manejo.

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

INTRODUCCIÓN

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. El concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.¹

El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, aun teniendo en cuenta el pequeño efecto protector del consumo bajo de alcohol, especialmente contra la cardiopatía coronaria, en algunas personas de más de 40 años.¹⁻⁶

Además, es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. Para algunas enfermedades no hay indicios de un efecto de umbral en la relación entre el riesgo y el nivel de consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.¹⁻⁶

ANTECEDENTES

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

En Nicaragua (2005) el 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres habían consumido alcohol alguna vez. De ellos, 21.9% notificó haber consumido alcohol en el último año.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) midió el 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

Diversos estudios nacionales han usado la prueba de AUDIT para medir el nivel de consumo de alcohol, por ejemplo:

Sarria y Vallejos (2012) estudiaron el nivel del consumo de alcohol en habitantes de 15 años o más de la comarca La Grecia, municipio de Chinandega, durante el 2012. La mayoría eran hombres, entre 20-34 años, con baja escolaridad, acompañado, obreros, empleados y con 2-3 hijos. La prevalencia del nivel de consumo de dependencia, perjudicial, riesgo y de bajo riesgo fue de 25%, 11%, 34% y 30%, respectivamente. 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.¹⁴

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 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.¹⁵

En el área urbana de Nagarote, Blanco (2008) estudio a 188 habitantes y 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.¹⁶

Arróliga (2010) realizó un estudio de corte transversal en 198 trabajadores de la Fábrica de Puro “Natsa”, Estelí. 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%.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de consumo de alcohol y necesidades de intervención en habitantes mayores de 19 años, del Reparto Primero de Mayo, durante octubre del 2012?

JUSTIFICACIÓN

El elevado consumo de alcohol en Nicaragua y el consecuente incremento del porcentaje de riesgo atribuible a múltiples causas de mortalidad hace que este problema sea estudiado y medido para poder dirigir acciones de intervención y control.

La validez de este estudio radica en que la prueba AUDIT aplicada en este estudio es un instrumento aplicado internacionalmente que provee información no solamente sobre el nivel de consumo, sino también la intervención correspondiente. Este es el primer estudio poblacional realizado en el reparto Primero de Mayo. Por las razones antes expuestas, creemos que las mediciones del nivel de consumo de alcohol y las recomendaciones sugeridas a la población estudiada serán de ayuda a las autoridades del MINSA, MINED, la comunidad y otros interesados

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar nivel de consumo de alcohol y necesidades de intervención en habitantes mayores de 19 años, del Reparto Primero de Mayo, durante octubre del 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

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. ²

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. ²

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

Importancia del tamizaje del consumo de alcohol

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.^{21,22, 23}

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.^{21,22, 23}

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.^{21,22}

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.^{21,22}

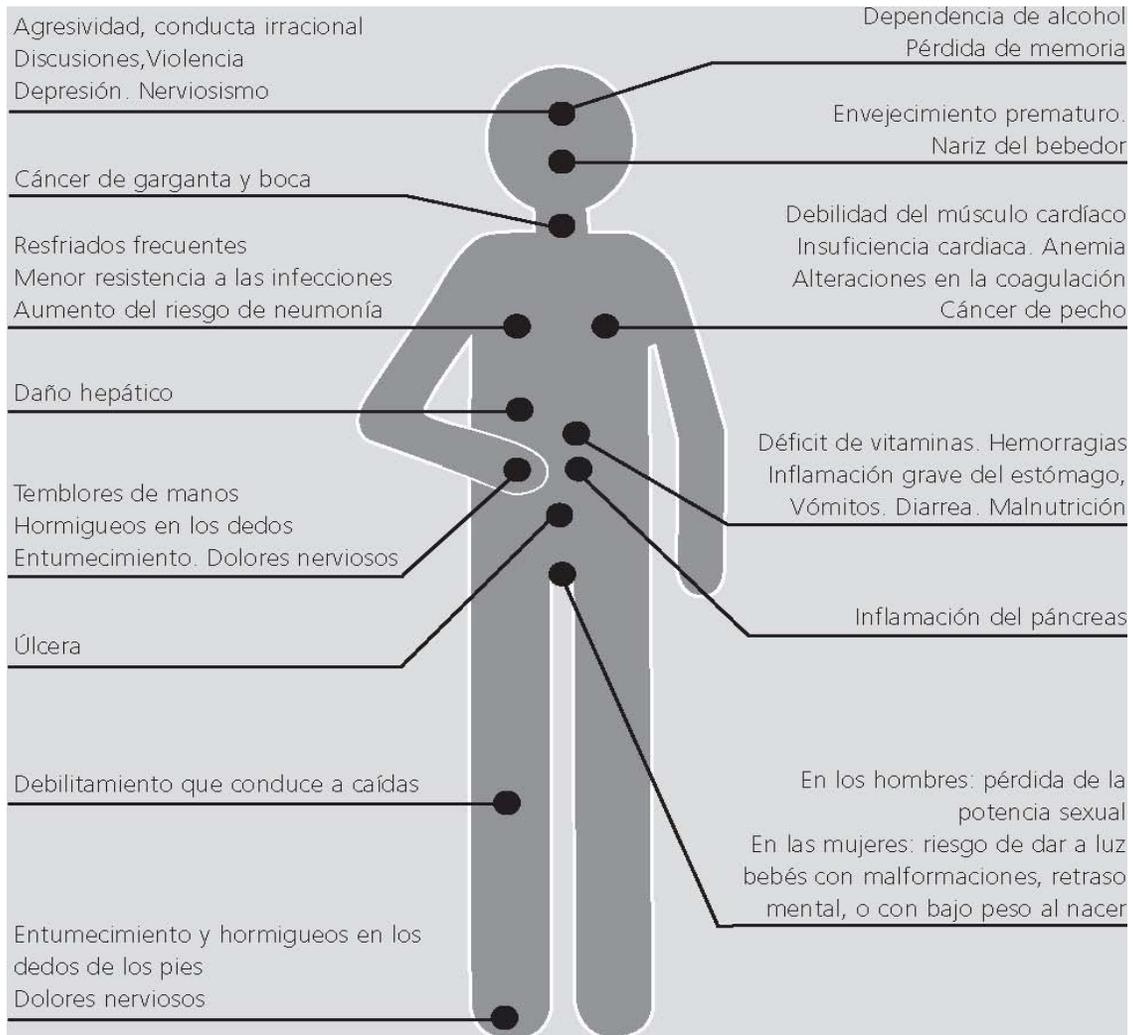
La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol. A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para 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.^{21,22}

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.

21,22

Figura 1 Efectos del consumo de alto riesgo



El contexto del Screening del Alcohol

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.^{22, 23}

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

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. 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) de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;

Se centra en el consumo reciente de alcohol.^{21, 22, 23}

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.^{22,23}

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.^{21,22,23}

Administración oral vs. Cuestionario de auto-pase

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.^{22,23}

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

Babor TF, et al. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.

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

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.^{21,22,23}

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.^{21,22}

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.^{21,22}

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.

Cuadro 4 Nivel de Riesgo, Consumo, Intervención y Puntuación del AUDIT

Nivel de Riesgo	Nivel de consumo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Consumo de bajo riesgo.	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consumo de riesgo.	Consejo simple	8-15
Zona III	Consumo perjudicial.	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Consumo de dependencia.	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>			

Babor TF, et al. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.

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 5.²²

Cuadro 5 Elementos de las Intervenciones Breves.

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 estándar

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).^{22,23}

Medición del contenido de alcohol en una bebida

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.²³

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) \times 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol, 1 vaso de vino (140 ml) al 12% \times 0,79 = 13,3 gramos de alcohol, 1 vaso de destilados (40 ml) al 40% \times 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.²¹

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo de corte transversal.

Área y población de estudio: Reparto Primero de Mayo, municipio de León, el cual cuenta con una población total de 5,223 habitantes, de los cuales 3,567 son adultos con 19 años o más.

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%, con una precisión de 6%, obteniéndose una muestra de 167. El muestreo fue por conglomerado.

Recolección de la información

Se solicitó autorización al director de la unidad de salud bajo estudio. 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 visitas casa a casa 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 20 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 que se usó 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

Se solicitó el consentimiento informado verbalmente y se garantizó la discreción y confidencialidad de la información obtenida. En aquellos casos detectados con elevado nivel de consumo de alcohol serán referidos al nivel de atención correspondiente.

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.	20-34 35-54 55-64 ≥ 65
Escolaridad.	Se consideró baja escolaridad si ha cursado primaria o ninguna educación; y alta de secundaria o universitario.	Baja Alta
Estado civil.	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Soltero Casado Acompañado Otro
Ocupación.	Tipo de ocupación del entrevistado.	Profesionales Técnicos Obreros Otros Desempleado
Número de hijos.	Cantidad de hijos que tienen las personas.	Ninguno Uno Dos Tres o más
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

Variable	Concepto	Categoría
Enfermedades relacionadas al consumo.	Lesión o enfermedad generada por el consumo prolongado de alcohol.	Se especificó en el cuestionario AUDIT.
Duración del consumo.	Tiempo expresado en años en que la persona ha consumido alcohol	< 1 1-4 5-9 ≥ 10
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 especificó en el cuestionario AUDIT.
Nivel de consumo 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.	Consumo de bajo riesgo Consumo de riesgo Consumo 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 167 habitantes con 20 años o más de edad del reparto Primero de Mayo en León. Las principales características sociodemográficas fueron las siguientes: sexo masculino 74.3%, edad entre 20-34 años 61.1%, alta escolaridad 68.9%, estado civil acompañado 47.3%, ocupación obrero 50.9%, actualmente empleado 75.4% y con 2-3 hijos.

Cuadro 1 Características sociodemográficas según el nivel de consumo de alcohol, Reparto Primero de Mayo, durante octubre, 2012.

Características Sociodemográficas	Nivel de Riesgo ¹				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Sexo:*						
Femenino	93	7	0	0	43	25.7
Masculino	57	32	2	9	124	74.3
Edad:						
20-34	72	20	2	6	102	61.1
35-44	59	33	2	6	46	27.5
45-64	57	36	0	7	14	8.4
≥ 65	40	40	0	20	5	3.0
Escolaridad:						
Baja	58	33	4	6	52	31.1
Alta	70	22	1	7	115	68.9
Estado civil:*						
Soltero (a)	70	19	6	6	54	32.3
Casado (a)	65	18	0	18	34	20.4
Acompañado (a)	65	33	0	2	79	47.3
Ocupación:						
Profesional	71	29	0	0	7	4.2
Técnico	52	41	3	3	29	17.4
Obrero	67	27	1	5	85	50.9
Estudiante	81	9	0	10	21	12.6
Otro	68	12	4	16	25	15.0
Empleo actual:						
Si	63	27	2	8	126	75.4
No	76	20	2	2	41	24.6
Número de hijos:						
Ninguno	81	13	3	3	37	22.2
1	65	20	0	15	20	12.0
2-3	65	31	2	3	62	37.1
≥ 4	58	29	2	10	48	28.7

* Valor $p \leq 0.05$

El promedio de edad fue de 35 ± 13 años, la mediana de 31 años y el rango de 22 a 85 años. El promedio de hijos fue de 2.5 ± 2 hijos, la mediana de 2 y el rango de 0 a 9 hijos. Con respecto al nivel de consumo de alcohol se determinó, a través de AUDIT, que el 66.5% tenían un nivel consumo de bajo riesgo, 25.1% tenía un consumo de riesgo, en 1.8% el nivel de consumo era perjudicial y el 6.6% tenía dependencia alcohólica (Cuadro 1).

Al comparar el nivel de consumo de alcohol con las características sociodemográficas se observó que solamente en el sexo y en el estado civil las diferencias fueron estadísticamente significativas (valor de $P < 0.05$), observándose un nivel de consumo de dependencia mayor en hombres y en casados. En el resto de variables como edad, escolaridad, tipo de ocupación, empleo y número de hijos no se observaron diferencias significativas (Cuadro 1).

En el cuadro 2 se presentan algunos problemas sociales relacionados al consumo de alcohol. En la población estudiada el 10.2% habían manifestado haber perdido su empleo debido al consumo de alcohol, 7.2% se habían separado de su cónyuge, 3% había estado preso, 20.4% dijo haber ejercido violencia producto del consumo de alcohol, 4.8% dijo haber recibido atención médica por problemas de salud relacionados al alcohol y 4.2% estaba integrado en los Alcohólicos Anónimos (AA).

Al asociar el nivel de consumo de alcohol con los problemas sociales relacionados al consumo se determinó que todos estuvieron asociados estadísticamente con el mayor porcentaje de consumo perjudicial y de dependencia alcohólica (Cuadro 2).

Los principales problemas de salud relacionados al consumo de alcohol reportado por los entrevistados fueron: lumbalgias 7.8%, cefaleas 6.6%, gastritis 5.4%, hipertensión arterial 3%, etc. (Cuadro 3). El 4.8% de la población estudiada (8 casos) buscó atención médica por problemas de salud relacionados al alcohol, cuatro de seis casos que buscaron atención en centros de salud tenían un nivel de consumo de bajo riesgo, uno un nivel de consumo de riesgo y otro caso un nivel de dependencia. Por otro lado, dos casos que buscaron atención hospitalaria se clasificaron con un nivel de dependencia alcohólica.

Cuadro 2 Problemas sociales relacionados al consumo de alcohol según el nivel de consumo de alcohol, Reparto Primero de Mayo, durante octubre, 2012.

Problemas relacionados al consumo de alcohol	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Pérdida de trabajo:*						
Si	24	29	6	41	17	10.2
No	71	25	1	3	150	89.8
Separación con cónyuge:*						
Si	25	17	0	58	12	7.2
No	70	26	2	2	155	92.8
Ha sido encarcelado:*						
Si	0	20	20	50	5	3.0
No	69	25	1	5	162	97.0
Violencia:*						
Si	29	41	3	27	34	20.4
No	75	21	2	2	133	79.6
Recibió atención médica:*						
Si	50	12	0	38	8	4.8
No	67	26	2	5	159	95.2
Integrado a AA:						
Si	57	43	0	0	7	4.2
No	67	24	2	7	160	95.8

* Valor $p \leq 0.05$

Cuadro 3 Problemas de salud relacionados al consumo de alcohol según el nivel de consumo de alcohol, Reparto Primero de Mayo, durante octubre, 2012.

Problemas de salud	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Lumbalgia	8	1	0	4	13	7.8
Cefalea	5	2	0	4	11	6.6
Gastritis	4	1	0	4	9	5.4
Hipertensión arterial	3	1	0	1	5	3.0
Sepsis urinaria	2	1	0	0	3	1.8
Insomnio	0	0	1	2	3	1.8
Nauseas/vómitos	0	0	0	2	2	1.2
Otros	5	0	0	4	9	5.4
Ninguna	100	38	3	2	143	85.6

¶ Las cifras en las celdas son valores absolutos.

Cuadro 4 Nivel de consumo de alcohol según duración de su consumo (años), Reparto Primero de Mayo, durante octubre, 2012.

Duración del consumo (años)*	Riesgo ¹ Bajo	Riesgo Perjudicial	Dependencia	Total	
				No.	%
< 1	100	0	0	21	12.6
1-4	77	23	0	64	38.3
5-9	50	33	0	30	18.0
≥ 10	50	33	5	52	31.1

* Valor $p \leq 0.05$

El promedio de años de consumir alcohol fue de 8 ± 8 años, la mediana de 4 años y el rango de 0 a 39 años. El 12.6% tenía menos de un año de consumir alcohol, 38.3% entre 1-4 años, 18% entre 5-9 años y 31.1% tenía 10 años o más de consumir alcohol. Las diferencias observadas entre el nivel de consumo y su duración fueron estadísticamente significativas, o sea que aquellos pacientes con mayor tiempo de consumo de alcohol tuvieron mayor porcentaje de consumo perjudicial y de dependencia alcohólica (Cuadro 4).

El promedio en gramos de alcohol relacionado al consumo de cerveza fue de 88 ± 46 y una mediana de 78 g. Con respecto al consumo de ron dicho promedio fue de 134 ± 110 g. El promedio de ingesta (en gramos) de alcohol ya sea en forma de cerveza o de ron fue estadísticamente superior en el sexo masculino y en aquellos habitantes con mayor nivel de consumo de alcohol. Las diferencias en el estado civil solamente fueron significativas con respecto al consumo de ron, siendo mayor en los casados. El consumo de cerveza fue estadísticamente superior en aquellos con mayor número de hijos, pero con respecto al consumo de ron no se observaron diferencias significativas. Por otro lado, no se observaron diferencias con respecto a la edad, escolaridad y ocupación (Cuadro 5).

Cuadro 5 Ingesta de alcohol (gramos) según características sociodemográficas, Reparto Primero de Mayo, durante octubre, 2012.

Características	Cerveza		Ron	
	Media ± DE	Mediana	Media ± DE	Mediana
Sexo:*				
Femenino	62 ± 31	52	73 ± 44	63
Masculino	89 ± 47	78	140 ± 78	110
Edad:				
20-34	81 ± 49	72	129 ± 88	79
35-54	87 ± 39	72	130 ± 65	110
55-64	96 ± 49	91	137 ± 71	110
≥ 65	72 ± 32	65	210 ± 102	205
Escolaridad:				
Baja	92 ± 45	78	137 ± 67	110
Alta	80 ± 46	65	132 ± 86	102
Estado civil:***				
Soltero (a)	70 ± 52	65	152 ± 101	95
Casado (a)	93 ± 47	72	163 ± 71	158
Acompañado (a)	87 ± 40	78	111 ± 62	86
Ocupación:				
Profesional	98 ± 9	98	157 ± 136	79
Técnico	89 ± 61	78	154 ± 108	158
Obrero	86 ± 42	78	131 ± 65	110
Estudiante	71 ± 30	65	110 ± 66	79
Otro	66 ± 42	65	143 ± 106	79
Empleo actual:				
Si	87 ± 39	78	133 ± 69	118
No	70 ± 65	52	138 ± 106	95
Número de hijos:**				
Ninguno	59 ± 24	52	110 ± 74	79
1	86 ± 40	78	166 ± 114	158
2-3	90 ± 55	78	108 ± 68	79
≥ 4	93 ± 42	78	147 ± 73	142
Nivel de riesgo:*				
Bajo	70 ± 3	65	92 ± 49	79
Riesgo	98 ± 32	97	129 ± 58	110
Perjudicial	351 ± 0	351	247 ± 63	237
Dependencia	135 ± 63	156	240 ± 64	237
Total	88 ± 46	78	134 ± 78	110

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

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

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

Con el nivel de consumo de alcohol determinado por AUDIT, se puede decir que 6.6% con dependencia alcohólica requiere ser referido a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento, 1.8% con consumo perjudicial requiere de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada. El resto de casos requiere de consejos y de educación sobre alcohol.

DISCUSIÓN

La prevalencia de consumo perjudicial y de dependencia encontrado en este estudio fue muy inferior a la reportada en un estudio realizado en La Grecia, Chinandega, que fue de 11% y 25%, respectivamente, y a otro estudio similar realizado en la población urbana de Nagarote con 22.3% respectivamente. En este estudio de todas las características sociodemográficas el sexo masculino, adultos jóvenes entre 20-34 años y de 2 hijos o más son las que se han asociado consistentemente con el consumo de alcohol tanto en los anteriores estudios nacionales, así como en otros reportes internacionales. En las otras características sociodemográficas se ha observado patrones distintos, por ejemplo en el estudio de Nagarote y La Grecia la prevalencia de dependencia fue mayor en la población con baja escolaridad, ocupación obrero y desempleados, en cambio en este estudio fue mayor en aquellos con alta escolaridad, en estudiantes, con trabajo actual y estado civil casado.^{14,16}

Al igual a lo reportado por estudios nacionales, la búsqueda de atención médica y de apoyo en Alcohólicos Anónimos guardo relación con el mayor nivel de consumo de alcohol. Esto está relacionado a la presencia de severos problemas de salud relacionados al consumo de alcohol como cirrosis hepática, gastritis, hemorragias digestivas y trastornos neurológicos.^{14,16}

En Nagarote, las enfermedades relacionadas al consumo de alcohol se observaron en el 31.9% de personas entrevistadas predominando: gastritis 17%, abstinencia alcohólica 16%, y diarrea 14%. Otras enfermedades menos frecuentes fueron hipertensión arterial, lesiones, hepatitis, diabetes, ascitis y encefalopatía. En La Grecia 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%). En este estudio no se reportaron problemas severos como esos, pero esto no se podría descartar, ya que los pacientes podrían estar desarrollando dichos procesos pero no lo suficiente como para ser sintomáticos.^{14,16}

De los estudios revisados solamente en el realizado en La Grecia por Sarria y Vallejos (2012) se reportan problemas sociales relacionados al consumo de alcohol, predominando perdida del trabajo 20%, separación del cónyuge 15% y encarcelado 9%.¹⁴ Estos problemas fueron encontrados en este estudio, pero con una menor prevalencia. La literatura internacional refiere que el alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. La cirrosis hepática y la pancreatitis se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas y agrava problemas médicos como hipertensión arterial, gastritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares.^{22,23}

El tipo de bebidas alcohólicas consumidas guarda relación con la producción nacional en donde predomina el consumo de cervezas y de ron, aunque el promedio de consumo de alcohol en este último es casi el doble al de cerveza. No obstante, la ingesta de alcohol (en gramos) representa casi la mitad de lo reportado por Sarria y Vallejos en La Grecia, Chinandega, por Blanco (2008) en Nagarote.¹⁴

Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumido. 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, ya que su número es mayor. 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 y esta información podría ser usada por las autoridades del MINSA para dirigir acciones específicas de intervención para cada nivel de consumo de alcohol.

CONCLUSIONES

La mayoría de la población estudiada eran hombres, entre 20-34 años de edad, alta escolaridad, acompañado, obreros, empleados y con 2-3 hijos.

El 66.5% tenían un nivel consumo de bajo riesgo, 25.1% un consumo de riesgo, 1.8% nivel de consumo perjudicial y 6.6% tenía dependencia alcohólica.

Los problemas de salud relacionados al consumo de alcohol eran leves, pero un porcentaje considerable de entrevistados manifestaron haber perdido su empleo, separación de su cónyuge, estado preso, ejercido violencia.

El 4.8% de la población estudiada dijo haber buscado atención médica por problemas de salud relacionados al alcohol y 4.2% estaba integrado a los Alcohólicos Anónimos.

RECOMENDACIONES

Promover la aplicación del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) para la detección oportuna de consumidores en riesgo para implementar las intervenciones adecuadas.

Realizar campañas educativas a través de medios de comunicación social y en las escuelas y centros de trabajo sobre el consumo de alcohol y sus efectos biológicos y sociales para reducir la prevalencia de su consumo.

Garantizar la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de edad y fomentar en estos actividades sociales y de ocio saludables, como ejercicio, deportes, cultura, estudio, empleo, etc.

Referir todos los pacientes con dependencia alcohólica al centro de salud del Reparto Primero de Mayo para su adecuado manejo.

REFERENCIAS

1. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002.
3. Monteriro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.
4. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. 2004.
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. Sarria BA, Vallejos HM. Alcoholismo en la Grecia, municipio de Chinandega: Nivel de consumo y características socioeconómicas, 2012. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2012.
15. 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.
16. Blanco BA. Trastornos debidos al consumo de alcohol y características socioeconómicas de los consumidores de alcohol en el municipio de Nagarote, León, 20008. UNAN-Leon. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2008.
17. 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-Leon. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2010.
18. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS. 2010.
19. Resolución de la 61.a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2008). WHA61.4 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.
20. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSAL, 2005.
21. Babor TF, et al. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.
22. Babor TF, Higgins-Bibb 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.
23. Kirch W. Enciclopedia of Public Health. Vol. 1. Dresden, Germany: Springer. 2008.

ANEXOS

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. Está integrado a los Alcohólicos Anónimos: a) Si b) No.