

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



TESIS

Para optar al título de

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

**Trastornos debidos al consumo de alcohol y características
sociodemográficas de los consumidores de alcohol en el
municipio de Nagarote, León, 2008.**

Autor: Berman Antonio Blanco Montoya.

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

León, Julio 2008

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGS.
<ul style="list-style-type: none">• Dedicatoria• Agradecimientos• Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	37
<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos• Cuadros y figuras	

DEDICATORIA

A Dios nuestro creador por darnos vida, alimento y entendimiento.

A mis padres que con su esfuerzo nos proporcionan educación, nos alientan a seguir adelante y nos dan el mejor consejo en nuestras vidas.

A nuestros maestros que nos dieron sus mejores enseñanzas y los mejores consejos para realizar mejor nuestro trabajo humanitario.

Al gremio médico que cada día emprende su trabajo humanitario para ayudar a nuestra sociedad para lograr mayor desarrollo.

AGRADECIMIENTOS:

A nuestros padres que siempre han confiado en nuestro trabajo.

Al nuestro tutor por proporcionarnos bibliografía sobre el tema y por lograr con su ayuda un trabajo exitoso.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar los trastornos debidos al consumo de alcohol y las características socioeconómicas de los consumidores de alcohol en el municipio de Nagarote, León, 2008.

El tipo de estudio fue de corte transversal en el municipio de Nagarote. La población fueron los habitantes entre 15-64 años y urbanos (n=12,362). La muestra total fue de 188. Previo la recolección de información se solicitó el consentimiento informado verbal. Las entrevistas se realizaron directamente por el investigador de este estudio. 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.

El 44.6% tenían un nivel de riesgo del consumo de alcohol perjudicial o de dependencia, el cual se observó principalmente en hombres, de mayor edad, menor escolaridad, ocupaciones de menor experiencia y desempleados. La prevalencia de problemas de salud y la búsqueda de atención médica fue mayor en personas con mayor consumo de alcohol. Los principales problemas fueron: gastritis, abstinencia alcohólica, diarrea, 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.

Se debería promover la aplicación del AUDIT en los centros de atención primaria del país y realizar campañas educativas para disminuir el consumo de alcohol en cualquiera de sus formas dado sus efectos dañinos.

Palabras claves: Consumo de alcohol, AUDIT, Nagarote.

Introducción

Las alteraciones del consumo de alcohol (ACA) son una causa reconocida de morbilidad y mortalidad significativa en muchos países de alto y bajo ingreso económico. Además, este problema se encuentra entre las diez principales causas de años vividos con discapacidad (AVD) y de años de vida ajustados según discapacidad (AVAD). A nivel mundial el alcohol causó 3.2% de las muertes (1.8 millones) y el 4% de los AVAD (58.3 millones) perdidos.¹

Por otro lado, hay evidencia entre la relación causal entre el volumen medio de alcohol consumido y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En la mayoría de los casos esa relación de causa a efecto es perjudicial, pero el efecto puede ser beneficioso en el caso de las cardiopatías y la diabetes mellitus, a condición de que el volumen medio consumido sea entre bajo y moderado y de que no se concentre en borracheras. Por ejemplo, se estima que los Accidentes Cerebrovasculares Isquémicos serían de un 17% más frecuente en las subregiones de las Américas, Europa Occidental y Región del Pacífico Occidental, con muy baja mortalidad, si nadie consumiera alcohol.^{2,3}

Latinoamérica es la única región de países con bajo y medio ingreso económico en que las ACA se encuentran dentro de las diez principales causas de la carga de morbilidad. En Latinoamérica y el Caribe la fracción atribuible poblacional del uso de alcohol en mortalidad, años de vida potenciales perdidos y en la carga de morbilidad es de 8%, 10% y 9%, respectivamente.¹

Los grandes bebedores y el abuso de alcohol son comunes entre los pacientes en atención primaria, y resultan en considerable sufrimiento, mortalidad y costos económicos. Desafortunadamente, los pacientes de atención primaria quienes pueden beneficiarse de intervenciones rápidas sobre la ingesta de alcohol o referencias no son reconocidos hasta que se presentan serias complicaciones en los bebedores. A pesar de la disponibilidad de un cuestionario estandarizado muy efectivo (AUDIT) para el tamizaje de problemas de la ingesta de alcohol, muchos médicos de atención primaria no hacen uso de él.⁴⁻⁶

Antecedentes

El método primario de tamizaje de problemas de alcohol continúa siendo los instrumentos de auto-reporte. Respondiendo a la necesidad de un instrumento psicométricamente sofisticado, multiculturalmente sensible, los investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) colaboraron en un proyecto de seis países y construyeron el AUDIT como una escala de tamizaje breve para identificar individuos con problemas de alcohol, incluyendo en etapas tempranas. Los investigadores eligieron ítems que pudieran ayudar a distinguir entre tomadores “en riesgo” (aquellos en riesgo de daño físico o psicológico relacionado al alcohol) y tomadores “perjudiciales” (aquellos que ya están experimentando tales problemas). La escala de los 10 ítems fue diseñada para evaluar tres dominios conceptuales: ingesta de alcohol (ítems 1-3), dependencia (ítems 4-6), y consecuencias adversas (ítems 7-10). Cada pregunta tiene respuestas que pueden servir como una base para instruir intervenciones terapéuticas.⁷

La prueba AUDIT es una publicación de la OMS de dominio público. Su aplicación requiere solamente 2 minutos, y se contabiliza simplemente sumando los valores asociados con las respuestas alternativas. Los puntajes pueden oscilar de 0-40, y el punto de corte de la escala generalmente aceptado para la identificación de potenciales problemas de alcohol es de 8 puntos. Aunque el AUDIT fue desarrollado originalmente como un instrumento de tamizaje para ser usado en ambientes de atención primaria, ha probado ser útil subsecuentemente en otros propósitos y en otros contextos, incluso en estudios epidemiológicos. Diversos métodos se han desarrollado para tamizar problemas de alcohol, incluyendo el AUDIT. En una reciente revisión se evaluó el desempeño del AUDIT con otros métodos y se encontró que el desempeño del AUDIT igualaba y frecuentemente excedía a las otras medidas alternativas.⁷

Un mes antes de la tragedia del metanol en León, el Centro de Investigación en Demografía y Salud, UNAN - León, presentó un estudio sobre los altos niveles de consumo de licor en 5 ciudades del país, por el Dr. Trinidad Caldera. León ocupaba el segundo con un 28% lugar después de Bluefields 32% durante los últimos 12 meses. Los encuestados manifestaron en un 40% que tomaron primer trago antes de cumplir los 18 años, siendo bastante común no sólo en la ciudad de León.⁸

En Nicaragua, según una encuesta realizada en 2005, 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres han consumido alcohol una vez; de ellos, 21.9% notificó haber consumido alcohol en el último año. Entre 1992 y 1996, mediante el sistema de ventanas epidemiológicas en los hospitales, se identificaron las prevalencias de vida para tabaco (36.5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0.5%) e inhalantes (1%).⁹

En el Reporte Final del Estudio Multicéntrico en 10 países latinoamericanos incluyendo Nicaragua, patrocinado por la OPS, sobre alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Se determinaron los perfiles de consumo de alcohol y los predictores y resultados relacionados, y se encontró que hay amplias diferencias en el volumen de consumo de alcohol e ingesta episódica intensa entre los países. Por lo tanto estos datos resaltan la necesidad de desagregar los datos de las subregiones de la OMS país por país.¹⁰

La producción no reglamentaria de alcohol es bastante común en países en desarrollo, ya que es fuente de ingreso y es una forma de adquirir alcohol muy barato. Esta situación llevo a una intoxicación por metanol en León, Chinandega, y Managua, reportándose 788 casos, muchos de los cuales con discapacidades permanentes y 44 muertes entre el 2 y el 18 de septiembre.^{11,12}

Vanegas (2008) estudió la relación entre alcoholismo y el deterioro de la función renal, a través de la prueba de AUDIT. Solamente el 6.4% de pacientes tuvo un consumo de bajo riesgo, mientras que más de una tercera parte de pacientes tenían riesgo de consumo y dependencia alcohólica, respectivamente. El riesgo de consumo de alcohol fue estadísticamente mayor en pacientes urbanos, de mayor edad y en los casos. Este estudio proveyó evidencia de que el alcoholismo y los pacientes de mayor edad incrementan el deterioro de la función renal, probando así nuestra hipótesis de investigación. El porcentaje de riesgo atribuible al mayor consumo de alcohol (AUDIT \geq 16) y la edad de 40 años o más fue de 56% y 63%, respectivamente.¹³

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los niveles del consumo de alcohol y los trastornos relacionados, así como las características sociodemográfica de la población estudiada en el municipio de Nagarote, León, 2008?

Justificación

En el Plan Nacional de Salud 2004-2015 del MINSA se incluye como uno de sus objetivos la transformación de la conducta de las personas, la familia y la comunidad con relación a la salud y prácticas saludables. Además, las intervenciones a mediano, corto y largo plazo abarcan la prevención del alcoholismo y la drogadicción.¹⁴ Es por esta razón que se realiza este estudio para saber cuál es el nivel de consumo de alcohol en los habitantes del municipio de Nagarote, ya que el alcoholismo representa una causa importante de enfermedades y lesiones relacionadas al alcohol, para poder realizar intervenciones efectivas para reducir este problema de salud prevenible.

La prueba AUDIT aplicada en este estudio es un instrumento validado internacionalmente y el cual evidencia ser superior a otras medidas similares. También no solo permite medir el nivel de ingesta y la identificación de trastornos relacionados al alcohol, sino que orienta sobre las intervenciones en los diversos niveles de ingesta.

Es por eso que creemos que con la aplicación de este indicador en Nagarote, podremos identificar como esta impactando el consumo de alcohol en la población en términos de daños a la salud como en la familia de los afectados.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los trastornos debidos al consumo de alcohol y las características sociodemográfica de los consumidores de alcohol en el municipio de Nagarote, León, 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de la población bajo estudio.
2. Determinar el patrón de ingesta de licor de acuerdo a las características sociodemográficas.
3. Identificar las enfermedades relacionadas al consumo de alcohol en la población bajo estudio.

Marco teórico

Importancia del tamizaje del consumo de alcohol⁵⁻⁶

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.⁵⁻⁶

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.⁵⁻⁶

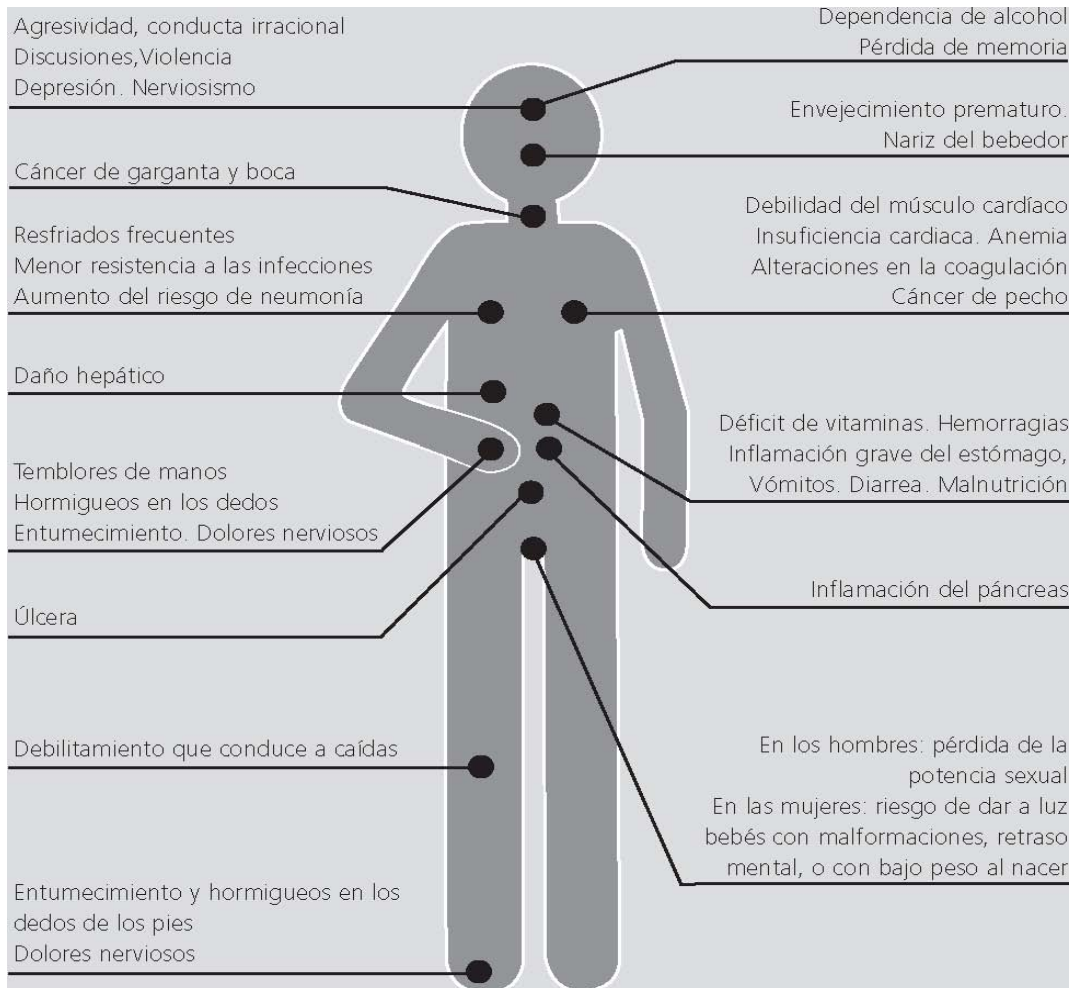
El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial 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.⁵⁻⁶

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.⁵⁻⁶

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.⁵

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.⁵

Figura 1 Efectos del consumo de alto riesgo



El contexto del Screening del Alcohol⁵⁻⁶

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.⁵⁻⁶

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 AUDIT⁵⁻⁶

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.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple. Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Los investigadores revisaron diversos procedimientos clínicos, de laboratorio y de auto-informe que habían sido utilizados con este fin en diferentes países. Entonces iniciaron un estudio transnacional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening. Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América). El método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. A diferencia de los test previos de screening, el nuevo instrumento pretendía la identificación precoz del consumo de riesgo y perjudicial, así como la dependencia de alcohol (alcoholismo). Cerca de 2.000 pacientes fueron reclutados de diversos recursos sanitarios, incluyendo centros especializados en el tratamiento del alcohol. El 64% eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol.⁵⁻⁶

A los participantes se les practicó un examen físico, que incluía un análisis de sangre para determinar los marcadores estándar de alcoholismo, así como, una amplia entrevista que recogía las características demográficas, la historia médica, problemas de salud, consumo de alcohol y drogas, reacciones psicológicas al alcohol, problemas asociados con la bebida y los antecedentes familiares de problemas con el alcohol. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional.⁵⁻⁶

Cuadro 2 Dominios e ítems del AUDIT

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

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

El AUDIT difiere de otros tests de screening en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un racionamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

Al publicarse el AUDIT, los autores recomendaron estudios adicionales de validación. En respuesta a esta solicitud, se han llevado a cabo un gran número de estudios para evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo. Para el punto de corte recomendado de 8 puntos, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10),¹⁰ así como para el riesgo de futuros daños. No obstante, se han logrado mejoras en la detección de algunos casos mediante el aumento o disminución del valor de corte en uno o dos puntos, dependiendo de la población y el objetivo del programa de screening.⁵⁻⁶

Se han estudiado diversas sub poblaciones entre las que se incluyen pacientes de atención primaria, casos de servicios de urgencias, consumidores de drogas, desempleados, estudiantes universitarios, pacientes ancianos ingresados y personas con un bajo nivel socioeconómico, viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación. 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.⁵⁻⁶

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.

Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior cuando se compara con otros tests de screening, a través de una amplia variedad de criterios. Bohn, et al. hallaron alta correlación entre el AUDIT y el MAST ($r=0.88$) tanto para hombres como mujeres y correlaciones de 0.47 y 0.46 para hombres y mujeres, respectivamente, en un test encubierto de screening del alcoholismo. También se ha visto un alto coeficiente de correlación (.78) entre el AUDIT y el CAGE en pacientes ambulatorios. Se halló que las puntuaciones del AUDIT correlacionaban bien con medidas de las consecuencias del consumo, actitudes hacia el consumo, vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber. Parece que la puntuación total del AUDIT refleja la magnitud de la implicación del alcohol a lo largo de un amplio continuo de gravedad.

Dos estudios han considerado la relación entre las puntuaciones del AUDIT y futuros indicadores de problemas relacionados con el alcohol, con un funcionamiento general más global. En uno de los estudios, la probabilidad de permanecer desempleado a lo largo de un período de dos años fue 1,6 veces mayor en individuos con puntuaciones en el AUDIT iguales o mayores de 8 que para personas con puntuaciones inferiores. En otro estudio las puntuaciones del AUDIT de pacientes en tratamiento ambulatorio predijeron la aparición futura de un trastorno físico, así como problemas sociales relacionados con la bebida. Las puntuaciones del AUDIT también predijeron la utilización de los recursos sanitarios y el inicio de un consumo de riesgo en el futuro. Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT. Un estudio de fiabilidad test - retest indicó una alta fiabilidad ($r=.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos. Otro estudio metodológico fue realizado en parte para investigar el efecto del orden de las preguntas y los cambios en los términos sobre las estimaciones de prevalencia y la fiabilidad de consistencia interna. Los cambios en el orden de las preguntas y en los términos no afectaron a las puntuaciones del AUDIT, lo que sugeriría que dentro de ciertos límites, que los investigadores podrían tener cierta flexibilidad a la hora de modificar el orden y los términos en los ítems del AUDIT.

Administración oral vs. Cuestionario de auto-pase^{5,6}

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^{5,6}

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.⁵

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

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
* 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.		

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 5.⁵

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.

¿Qué es una unidad de bebida estándar? ⁶

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).

¿Cómo calcular el 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. ⁶

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.⁶

Diseño metodológico

El tipo de estudio: de corte transversal.

La población de estudio:

El municipio de Nagarote, departamento de León, cuenta con una población total de 32,303 habitantes, de los cuales 16,183 son urbanos y 12,689 rurales. La población a estudiar fueron todos los habitantes entre 15-64 años cuya residencia es urbana (n=12,362).¹⁶

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 esperada de consumo de alcohol de 28% (datos publicados por Caldera T, para la ciudad de León), con una precisión de 7%, obteniéndose una muestra de 156. El muestreo fue por conglomerado, para la cual la muestra se ajustó a 186 (efecto de diseño=1.2). En el área urbana se consideró como conglomerados a todas las manzanas de la ciudad, para esto se obtuvo un mapa, y se procedió posteriormente a seleccionar aleatoriamente las manzanas, para visitar las casas seleccionadas y entrevistar a los habitantes con edades entre 15-64 años.

Recolección de la información

Previo la recolección de información se procedió a explicar los objetivos del estudio y a solicitar el consentimiento informado verbal. Una vez aceptado, se procedió a la entrevista de la población seleccionada durante el mes de junio de 2008. Las entrevistas se realizaron directamente por el investigador de este estudio. 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, mencionadas en el Marco Teórico.

Aspectos Éticos

La participación fue bajo consentimiento informado y la encuesta fue anónima, y se garantizó la discreción y confidencialidad de la información obtenida por parte de los investigadores. Por otro lado, la información obtenida se empleo para clasificar las necesidades de intervención de la población de Nagarote con problemas del consumo de alcohol.

Análisis

El software usado fue el Epi Info versión 6.04. Las variables numéricas fueron analizadas con medidas de centro y dispersión. En cambio las cualitativas se analizaron 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 sea ≤ 0.05 .

Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORIA
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
Procedencia	Lugar donde habita el paciente al momento de la investigación	Urbana Rural
Escolaridad	Se basará en el nivel escolar y se considerará escolaridad baja a una escolaridad primaria o inferior; y alta de secundaria o universitario.	Baja Alta
Estado civil		Soltero Casado Acompañado Otro
Ocupación	Tipo de ocupación del entrevistado.	Profesional Técnica No manual con experiencia Manual con experiencia Con experiencia parcial Sin experiencia
Empleado	Estado en el cual el entrevistado trabaja para otro y es asalariado.	Si No
Número de hijos		Se especificará
Tipo de licor	Cualquier bebida con contenido de alcohol.	Cerveza Ron Otros

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORIA
Duración en el consumo de alcohol en años	Tiempo expresado en años en que la persona ha consumido alcohol	Se especificará
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. ⁶	Se especificará
Enfermedades relacionadas al consumo de alcohol	Lesión generada por el consumo prolongado de alcohol.	Se especificará
Test AUDIT.	Cuestionario de tamizaje o de escrutinio 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.	Centro de salud Hospital Clínica privada Empresa médica provisional Otro

Resultados

El promedio de edad de la población estudiada fue de 30.3 ± 9.3 años, con una mediana y moda de 27 años. El rango de edad osciló de 16-63 años. Las principales características sociodemográficas fueron las siguientes: la razón de masculinidad fue de 2:1; el 72.3% eran menores de 35 años; el 36.7% tenían baja escolaridad y el 61.2% alta; el 43.1% eran solteros y el 52.1% eran casados/acompañados; las principales ocupaciones eran profesional 29.8% y obrero 27.7%, sin embargo el 26.6% estaba desempleado; el 58.5% tenía algún hijo; y el 31.9% había presentado algún problema de salud relacionado al consumo de alcohol (Cuadro 1-2).

La población estudiada se clasificó, en base al nivel de riesgo del consumo de alcohol (AUDIT), así: bajo riesgo 34.6%, riesgo 29.8%, consumo perjudicial 22.3% y dependencia alcohólica 22.3%. Sin embargo, este patrón de riesgo varió al desagregarlos por sus características sociodemográficas. Por ejemplo, el porcentaje de bajo riesgo y riesgo fue mayor en mujeres que en hombres, pero fue lo contrario en los niveles perjudiciales o de dependencia alcohólica; por otro lado, los niveles perjudiciales y de dependencia se incrementaban al incrementar la edad, con excepción del grupo de 55-64 años; pero lo contrario se observó en pacientes con consumo de bajo riesgo. El porcentaje de dependencia se asoció negativamente con la escolaridad, o sea aquellos con alta escolaridad tuvieron menor nivel de dependencia que aquellos con menor escolaridad (11.3% vs. 42%). El nivel de consumo perjudicial y de dependencia alcohólica fue mayor en los acompañados que en el resto de categorías del estado civil (Cuadro 1).

Aquellas personas con ocupacional profesional tuvieron reducidos niveles de consumo perjudicial y de dependencia alcohólica, pero fue mayor en aquellos con ocupaciones de menor experiencia. Consecuentemente, los profesionales y técnicos tuvieron mayor porcentaje de bajo riesgo. Los pacientes empleados tuvieron un menor porcentaje de dependencia alcohólica y riesgo, pero fue mayor en los niveles de bajo riesgo y perjudicial, sin embargo estas diferencias no fueron significativas. No se observó un patrón claro con respecto al número de hijos. Sin embargo, se observó que el nivel de riesgo del consumo de alcohol fue significativamente mayor en los pacientes que habían presentado eventos adversos a la salud relacionados al consumo de alcohol (Cuadro 2).

Las diferencias observadas entre el nivel de riesgo y el sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y la presencia de problemas de salud relacionados al consumo de alcohol fueron estadísticamente significativas (valor $p \leq 0.05$) (Cuadro 1-2).

En el cuadro 3 y 4 se observa la ingesta del alcohol durante el último mes de la entrevista, en términos de volumen (ml.) y contenido de alcohol (g.). La mediana total del consumo de cerveza fue de 3,750 ml. o 375 g.; mientras que el de ron fue de 148 ml. o 118 g. El consumo de cerveza y de ron fue estadísticamente superior en hombres que en mujeres; el consumo de cerveza fue estadísticamente superior mayores de 34 años; el consumo de ron fue estadísticamente superior en aquellas personas con baja escolaridad, estado civil soltero/acompañados, ocupación diferente a la profesional, y en pacientes que presentaron problemas de salud relacionados al consumo de alcohol.

Tanto el consumo de cerveza como el consumo de ron incrementaba significativamente con el nivel de riesgo de consumo de alcohol (valor $p \leq 0.05$) (Fig. 1-2).

El promedio en años de consumo de alcohol fue mayor en los hombres, personas con baja escolaridad y ocupación técnica y obrero. Además, la mediana en años de consumo de alcohol en aquellos habitantes con un nivel de riesgo bajo y de riesgo fue de 5, pero para aquellos con consumo perjudicial y dependencia fue de 7 y 10 años, respectivamente.

En la Fig. 3 se observa que la prevalencia de problemas de salud relacionados al alcohol se asoció positivamente con el nivel de riesgo del consumo de alcohol, pasando de 9.2% en aquellas personas con bajo riesgo y alcanzó el pico de 66.3% en aquellos pacientes con dependencia alcohólica. La prevalencia total de los problemas de salud relacionados al consumo de alcohol fue de 31.9%. Las principales enfermedades relacionadas al consumo de alcohol fueron: gastritis 17%, abstinencia alcohólica 16%, y diarrea 14%. Otras enfermedades menos frecuentes fueron hipertensión arterial, lesiones, hepatitis, diabetes, ascitis y encefalopatía (Fig. 4).

La búsqueda de atención médica guardó relación con la severidad del consumo de alcohol. En total 8% acudió a centros de salud, 16% a clínicas privadas y el 10% al hospital. El patrón de búsqueda de atención de acuerdo al nivel de riesgo puede apreciarse en la Fig. 5. 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. En total el 4.8% recurrió a los Alcohólicos Anónimos (Fig. 6).

Discusión

En total se estudiaron 188 residentes del área urbana de Nagarote que se encontraban en la vivienda al momento de la visita del investigador. Las principales características sociodemográficas fueron: sexo masculino, menores de 35 años, con alta escolaridad, soltero, con ocupación profesional y empleados. Sin embargo, el predominio de algunas de estas características varió al asociarlas con el nivel de riesgo del consumo de alcohol. Por ejemplo, La dependencia de alcohol y riesgo perjudicial fue mayor en hombres, en edades mayores de 34 años, baja escolaridad, estado civil acompañado, ocupación técnica u obrera, y en los desempleados. Por otro lado, se identificó que aquellas personas que presentaron enfermedades asociadas al alcohol tuvieron un nivel de consumo perjudicial y dependencia alcohólica. Estos hallazgos revelan que los pacientes que viven en condiciones sociodemográficas desventajosas tienen mayor nivel en el consumo de riesgo que aquellos en condiciones mas ventajosas.^{6,17-19} Por otro lado, tienen que enfrentar el costo de los problemas de salud relacionados al alcohol y al mismo tiempo tiene un consumo de alcohol alto. Esto tiende a formar un círculo de pobreza que no solo los incluye a ellos, sino a su familia también.

El sesgo del recuerdo es una limitación de toda encuesta poblacional, pero puede ser reducido si el período del recuerdo es reducido, esta estrategia fue realizada y por esta razón se decidió preguntarle a los entrevistados sobre el consumo de alcohol que habían tenido un mes antes de la entrevista. Otra limitación que se tuvo fue que no se pudieron entrevistar todos los habitantes de las viviendas seleccionadas porque algunos se encontraban trabajando o no se encontraban por otras razones al momento de la encuesta. Es importante mencionar que no se registró rechazo de la población estudiada, y al contrario mostraron interés en proveer información después que se le explicó los objetivos del estudio y se le pidió el consentimiento informado.

La mediana en el consumo per capita mensual de alcohol fue de 3.9 litros o 493 g. de alcohol, de los cuales la cerveza representó 3.75 litros y el ron 0.148 litro por separado. Este nivel de consumo es ligeramente superior al per capita de Nicaragua que oscila de 2.53-3.6 litros, y se estima que en Nicaragua el consumo no registrado de alcohol oscila entre 0.5-1.0 litro.^{10,17}

El patrón de consumo de alcohol fue similar al estimado por la OMS para la región de las Américas que considera a la cerveza y los licores como las bebidas alcohólicas más consumidas en un 50% cada una. La prevalencia de estos dos tipos de bebidas alcohólicas puede deberse a que su costo es reducido comparado a otros tipos, como el vino, güisqui, etc. Sin embargo, en Nagarote, el consumo de cerveza es mucho mayor que el consumo de ron (375 g. vs. 118 g.).¹⁰

Durante el 2001-2005 el consumo de alcohol durante la vida de los adolescentes en Nicaragua fue de 59%, el uso en el año anterior y el último mes es de 38% y 20%, respectivamente, para ambos sexos, siendo mayor en el sexo masculino.¹⁰ De acuerdo a los hallazgos encontrados en este estudio la prevalencia en el consumo de alcohol durante el último mes es mucho mayor.

En Nicaragua la prevalencia de peleas luego de consumir alcohol es de 26.5% para hombres y de 18% en mujeres; mientras que la prevalencia de lesiones en hombres y mujeres es de 12.9% y 6%, respectivamente.¹⁰ En Nagarote la frecuencia de lesiones fue muy baja.

El 6.9% de consumidores de alcohol en Nagarote eran adolescentes menores de 20 años, con niveles de consumo perjudicial y de dependencia considerables. Se estima que en la sub región D de las Américas, en la que se incluye Nicaragua, la prevalencia de dependencia de alcohol en la población de 15 años o más oscila de 3.2% A 5.1%.¹⁹ Sin embargo, en este estudio dicha prevalencia es de 22.3%. De acuerdo a esto, Nicaragua tiene restricciones hasta los 19 años para el consumo de alcohol.¹⁰ Sin embargo, es importante mencionar que estos límites legales de edad son únicamente para adquirir alcohol y no necesariamente para beberlo. Por consiguiente, los padres u otros adultos pueden comprar estos productos y servirlos a jóvenes dentro o fuera de locales, lo que hace más difícil la aplicación de la ley. Además, se sabe que, en la práctica, pocas veces se aplica los límites legales de edad. Un hallazgo importante es que además de consumir mayor volumen de alcohol estos habitantes tienen un promedio en años del consumo de alcohol mayor. Esto se manifiesta en las enfermedades relacionadas al consumo de alcohol, lo cual es consistente con la historia natural del consumo de alcohol. Por otro lado, la mayor frecuencia de lesiones en los pacientes que consumen mayor cantidad de alcohol ha sido reportada en el estudio multicéntrico de la OPS.¹¹

Nicaragua esta clasificada en el subgrupo de las regiones de las Américas con alta mortalidad infantil y en adultos (Grupo D). Según datos del estudio multicéntrico de la OPS se encontró que el consumo promedio diario en gramos para hombres y mujeres fue de 26 y 11 gramos, respectivamente.¹¹ En este estudio fue de 16.8 gramos para hombres y de solamente 3.4% para mujeres, cifras inferiores al promedio diario nacional. Esto demuestra que el consumo de alcohol es mucho mayor en hombres que en mujeres consistente con los hallazgos reportados en el estudio multicéntrico.¹¹

El elevado patrón del consumo de alcohol en Nagarote debe alertar a las autoridades de salud debido a sus gravísimas consecuencias lo que se ve reflejado en cifras alarmantes de lesiones no fatales y fatales como crimen, violencia familiar, violaciones sexuales, homicidios, y accidentes (tráfico, laborales, etc.), las cuales actualmente no es necesario identificarlo a través de libros de texto o estadísticas tradicionales, sino que lo vemos diariamente de forma alarmante en la radio, televisión, periódicos y en la vida diaria en nuestra comunidad. Además, se debe de agregar la carga en morbi-mortalidad relacionada al consumo de alcohol sobre el organismo como gastroenteritis, úlceras, cirrosis alcohólica, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares,²⁰ a como fue observado en este estudio. Este panorama puede ser prevenido ya que existe un amplio cuerpo de conocimiento para hacerlo,^{21,22} pero para esto se deben de hacer esfuerzos que involucren a la comunidad organizada y a los tomadores de decisiones con intención de mejorar este problema, de igual forma a como se ha logrado que actualmente la ciudad de Nagarote sea considerada como la más limpia de Nicaragua, siendo galardonado con el Galardón Municipio Azul, distinción “Semper Virens”, obtenido siete años consecutivos como la ciudad más limpia del país.^{23,24}

Conclusiones

La mayoría de la población estudiada eran masculinos, jóvenes, solteros, con alta escolaridad; las principales ocupaciones eran profesionales y obreros; 26.6% estaba desempleado; y 58.5% tenía algún hijo.

Casi la mitad de personas (44.6%) tenían un nivel de riesgo del consumo de alcohol considerado como perjudicial o de dependencia, el cual se observó principalmente en hombres, de mayor edad, 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.

Recomendaciones

Basados en la experiencia del investigador se debería promover la aplicación del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en todos los centros de atención primaria del país dado la facilidad de su aplicación y la detección oportuna de aquellas personas en riesgo para implementar las intervenciones adecuadas.

Realizar campañas educativas en todos los escenarios posibles (escuelas, lugares de trabajo, la comunidad, etc.) para disminuir el consumo de alcohol en cualquiera de sus formas dado sus efectos dañinos.

Referencias

1. Mathers CD, et al. The burden of disease and mortality by condition: Data, methods, and results for 2001. In Lopez A, editors. Global burden of disease and risk factors. Washington D.C.: World Bank/Oxford University Press. 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002.
3. Lindstrand A, editors. Global Health: An introductory textbook. Denmark: Studentlitteratur. 2006.
4. Bush K, et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). Arch Intern Med 1998; 158: 1789-1795.
5. Babor TF, et al. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2001.
6. 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.
7. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. Alcohol Clin Exp Res 2002; 26 (2): 272-279.
8. Alto al consumo de licor. Managua, Nicaragua. La Prensa. 30 de agosto 2007.
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. Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2007.
11. 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.
12. Organización Panamericana de la Salud. Intoxicación masiva por metanol en Nicaragua Septiembre, 2006. Managua: OPS.

13. 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.
14. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSA, 2005.
15. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Vol. 1. Geneva: World Health Organization. 1992.
16. Estadísticas del Centro de Salud de Nagarote, León. 2008.
17. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Geneva: World Health Organization. 2004.
18. Babor TF, Caetano R. (Editorial). The trouble with alcohol abuse: what are we trying to measure, diagnose, count and prevent? *Addiction* 2008; 103: 1057-1059.
19. Caetano R. (Editorial). The first Pan American Conference on Alcohol Public Policies and its significance for the region. *Addiction* 2006; 101: 765-767.
20. Ríos ECE. Conociendo la problemática del alcoholismo y su incidencia en la sociedad nicaragüense. Disponible en julio en <http://www.monografias.com/trabajos30/alcoholismo-nicaragua/alcoholismo-nicaragua2.shtml>.
21. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. 2001.
22. World Health Organization. Global status report: Alcohol Policy. Geneva: World Health Organization. 2004.
23. Ministerio de Relaciones Exteriores. República de El Salvador. Tercer Consulado Móvil realizado en las ciudades de León y Nagarote. Reporte de Prensa, del 5 de julio del 2006. Disponible en junio 2008
<http://www.rree.gob.sv/sitio/sitiowebrrree.nsf/pages/3conmovnagle06>
24. Peralta M. Nagarote, la mejor gestión de Occidente. Managua: La Prensa, 31 enero 2005. Disponible en junio 2008 en <http://www.laprensa.com.ni/archivo/2005/enero/31/regionales>.

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 medica: _____

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

Cuadro 1 Características sociodemográficas según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León, 2008.

Características	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Sexo:*						
Femenino	61.3	32.3	3.2	3.2	62	33.0
Masculino	21.4	28.6	18.3	31.7	126	67.0
Edad:						
15-19	46.2	30.8	7.7	15.4	13	6.9
20-34	37.4	29.3	14.6	18.7	123	65.4
35-54	25.0	27.1	12.5	35.4	48	25.5
55-64	25.0	75.0	0.0	0.0	4	2.1
Escolaridad:*						
Baja	23.2	20.3	14.5	42.0	69	36.7
Alta	40.9	34.8	13.0	11.3	115	61.2
Sin dato	50.0	50.0	0.0	0.0	4	2.1
Estado civil:*						
Soltero	24.7	34.6	14.8	25.9	81	43.1
Casado	49.3	29.9	7.5	13.4	67	35.6
Acompañado	25.8	12.9	25.8	35.5	31	16.5
Otro	44.4	44.4	0.0	11.1	9	4.8
Total (No.)	65	56	25	42	188	
(%)	34.6	29.8	22.3	22.3		100.0

* Valor $p \leq 0.05$

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

Cuadro 2 Características sociodemográficas según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León, 2008 (continuación).

Características	Nivel de Riesgo [¶]				Total	
	Bajo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia	No.	%
Ocupación:*						
Profesional	57.1	26.8	7.1	8.9	56	29.8
Técnica	30.0	30.0	20.0	20.0	20	10.6
Obrero	23.1	32.7	11.5	32.7	52	27.7
Otro	25.0	30.0	18.3	26.7	60	32.0
Empleado:						
Si	36.2	26.8	15.2	21.7	138	73.4
No	30.0	38.0	8.0	24.0	50	26.6
Número de hijos:						
Ninguno	34.6	32.1	15.4	17.9	78	41.5
1	33.3	23.8	16.7	26.2	42	22.3
2-3	38.0	28.0	8.0	26.0	50	26.6
≥ 4	27.8	38.9	11.1	22.2	18	9.6
Enfermo:*						
Si	10.0	30.0	15.0	45.0	60	31.9
No	46.1	29.7	12.5	11.7	128	68.1
Total (No.)	65	56	25	42	188	
(%)	34.6	29.8	22.3	22.3		100.0

* Valor $p \leq 0.05$

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

Cuadro 3 Ingesta de alcohol según características sociodemográficas, municipio de Nagarote, León, 2008.

Características	Cerveza [¶]		Ron [¶]	
	ml.	g.	ml.	g.
Sexo:*				
Femenino	2625	103	0	0
Masculino	3750	148	1125	355
Edad:**				
15-19	1875	74	0	0
20-34	3750	148	375	118
35-54	3187	125	532	177
55-64	9000	325	1875	592
Escolaridad:***				
Baja	3750	148	1125	355
Alta	3750	148	0	0
Estado civil:***				
Soltero	3750	148	1125	355
Casado	3750	148	0	0
Acompañado	3750	148	1125	355
Otro	2812	111	0	0
Total	3750	375	148	118

* 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.

¶ Los valores en las celdas son la mediana.

Cuadro 4 Ingesta de alcohol según características sociodemográficas, municipio de Nagarote, León, 2008 (continuación).

Características	Cerveza [¶]		Ron [¶]	
	ml.	g.	ml.	g.
Ocupación:***				
Profesional	3187	125	0	0
Técnica	3000	118	375	118
Obrero	3750	148	1125	355
Otro	3000	118	1125	355
Empleado:				
Si	3750	148	375	118
No	3000	118	750	237
Número de hijos:				
Ninguno	3562	140	375	118
1	3375	133	375	118
2-3	3750	148	375	118
≥ 4	3750	148	1125	355
Enfermo:***				
Si	3750	118	1125	355
No	3000	148	0	0
Total	3750	375	148	118

* 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.

¶ Los valores en las celdas son la mediana.

Fig. 1 Ingesta de alcohol (mediana en ml.) según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León. 2008.

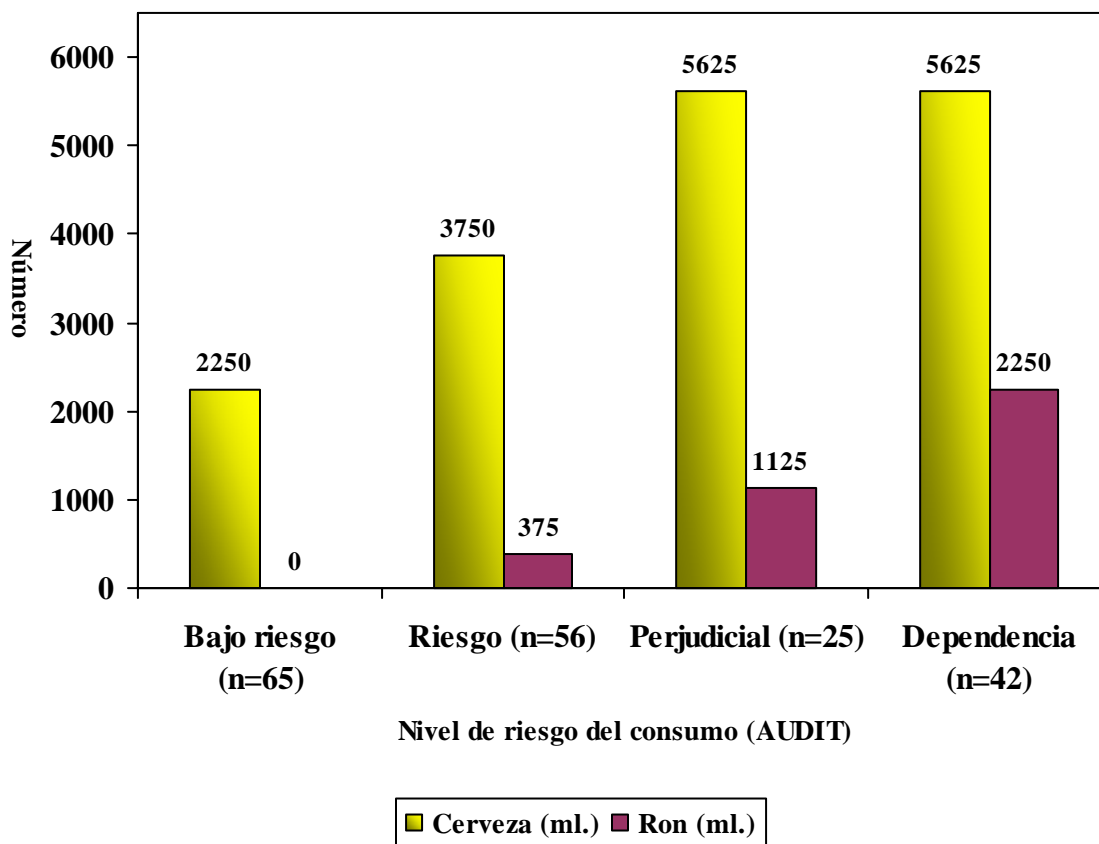


Fig. 2 Ingesta de alcohol (mediana en g.) según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León. 2008.

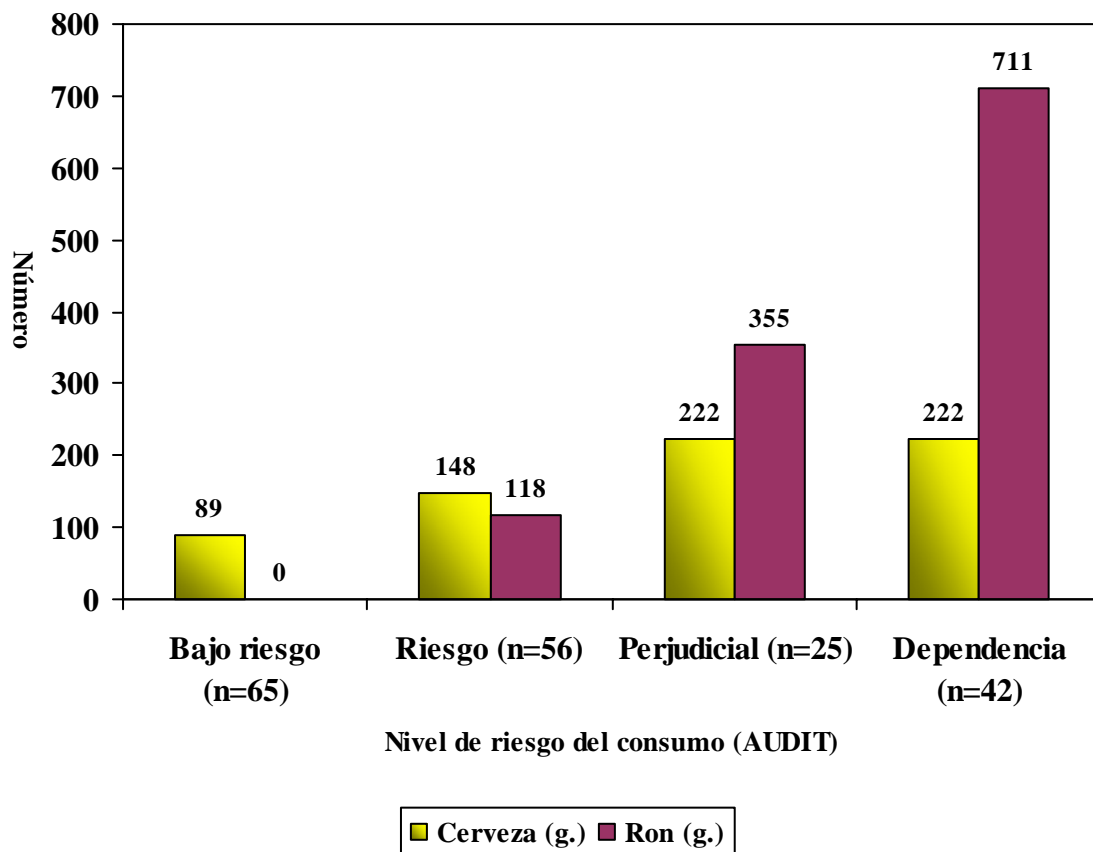


Fig. 3 Prevalencia de problemas de salud (eventos) relacionadas al consumo de alcohol según el nivel de riesgo del consumo, municipio de Nagarote, León. 2008.

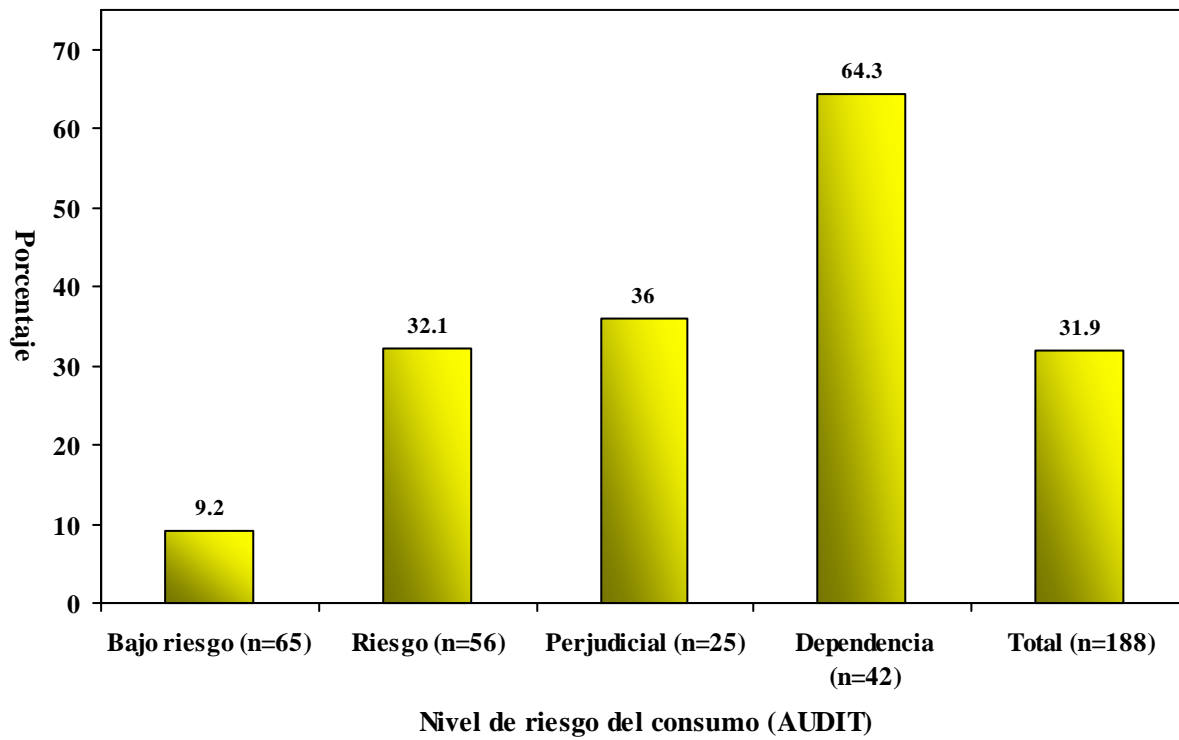


Fig. 4 Principales problemas de salud (eventos) relacionados al consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León. 2008.

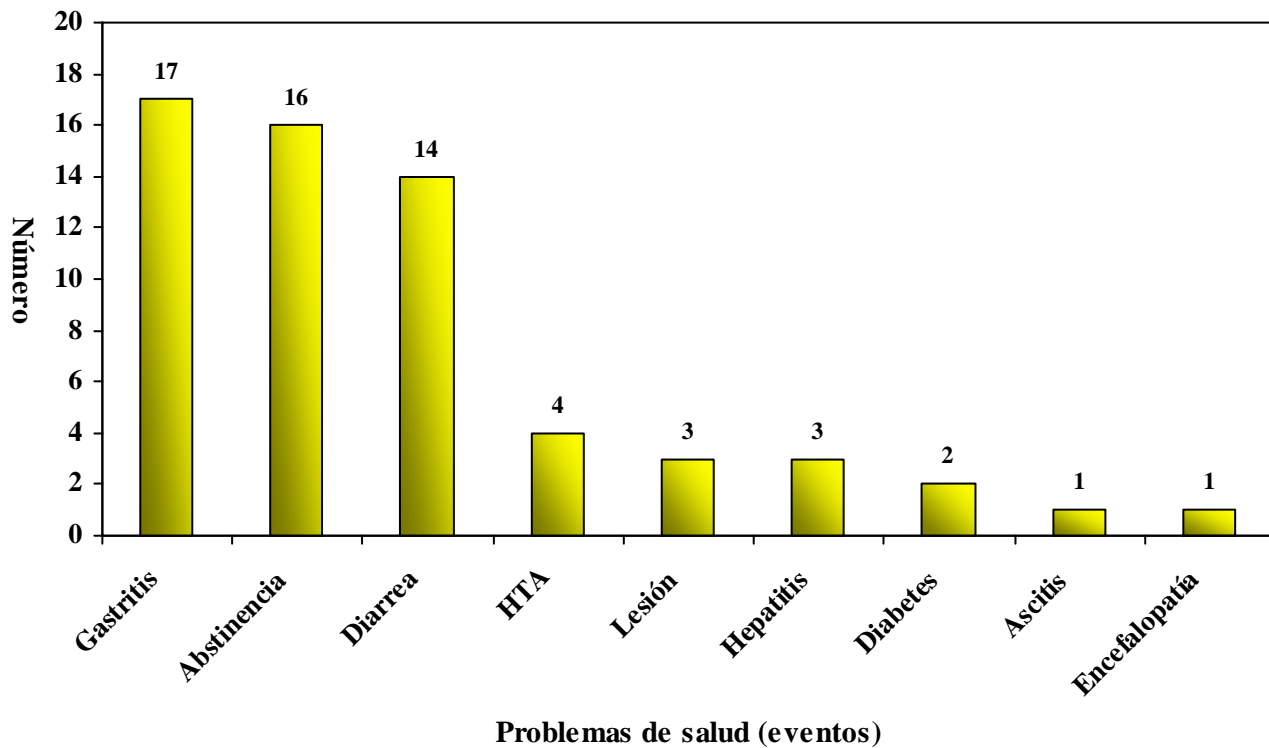


Fig.5 Lugar de atención médica según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León. 2008.

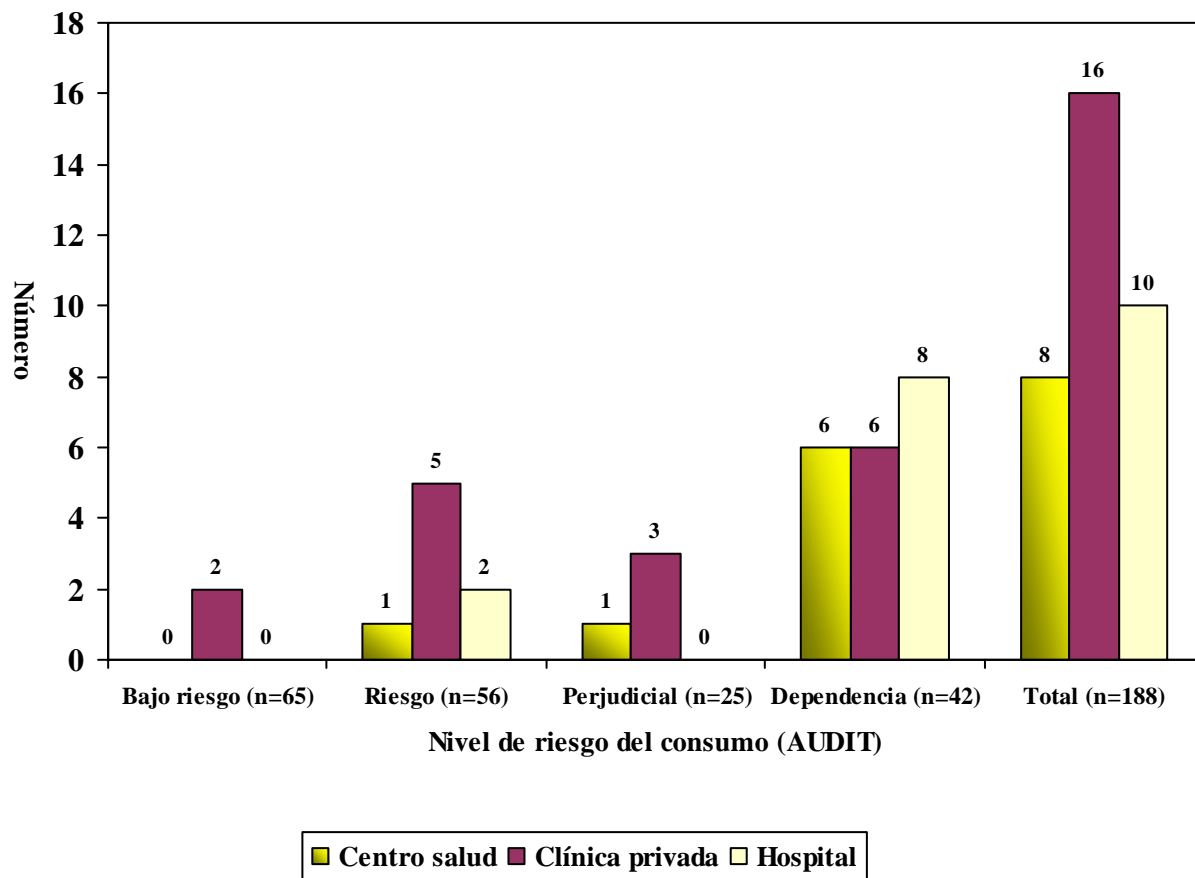


Fig. 6 Búsqueda de ayuda en los Alcohólicos Anónimos según el nivel de riesgo del consumo de alcohol, municipio de Nagarote, León. 2008.

