

Prevalencia del alcoholismo en pacientes de dos consultorios del médico de familia

Alcoholism prevalence among patients from two family physicians offices

Lic. Carmen Olivera Carmenates; Lic. Anaris Reselló Fomber; Lic. Maryolis Maques Granado; Lic. Alina Lugo López

Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el área de salud perteneciente a los consultorios médicos de familia 34 y 59 del Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera de Camagüey, desde enero de 2002 a enero de 2003, con el objetivo de determinar la prevalencia del alcoholismo. El universo de estudio estuvo constituido por 540 pacientes mayores de 15 años, se tomó una muestra de 117 dispensarizados con riesgo de alcoholismo y alcohólicos. Prevaleció el grupo etáreo de 35-44 años, la mayoría de los pacientes del sexo masculino se ubicaron en la categoría de bebedor abusivo y social, su principal motivación fue por gusto personal y por sentirse bien, la autoevaluación fue negativa.

DeCS: ALCOHOLISMO; CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; RECOLECCIÓN DE DATOS; CONSULTORIOS MÉDICOS.

ABSTRACT

Within the jurisdiction of two family doctors offices which are branch offices of the Tula Aguilera Community Clinic, a descriptive study was conducted from January 2002 to January 2003 to determine alcoholism prevalence. The study, which involved 540 patients over age 15, sampled 117 at-risk patients through family history assessment and through polling. Male patients aged 35 to 44, who prevailed as both social and abusive drinkers, had as chief motivation the pursuit of pleasure and low self-esteem.

DeCS: ALCOHOLISM; ALCOHOL DRINKING; EPIDEMIOLOGY DESCRIPTIVE; DATE COLLECTION; PHYSICIANS OFFICES.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el alcoholismo como un trastorno de salud crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol excesivas con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, que interfieren la salud y las funciones económicas y sociales del bebedor, sin embargo, otros autores lo definen como una enfermedad que incluye todo uso de bebidas que causan daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a ambos. Es actualmente la toxicomanía de mayor relevancia a nivel mundial por su prevalencia y su repercusión biosicosocial.¹⁻²

El tabaco y el alcohol están registrados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) como factores causantes de una mayor incidencia en caso de muerte prematura, de desajustes familiares y violencia.³

En nuestro país no escapamos a la tendencia mundial de incremento en las pautas de consumo de bebidas alcohólicas, diversos locales reportan cifras de prevalencia inferiores a las de otros países, se ha demostrado que la apreciación general de la población ante la ingestión de alcohol favorece los mitos sobre los reales efectos dañinos del tóxico, se observa un consumo familiar o grupal que promueve la necesidad de depender de las bebidas alcohólicas para divertirse, expresar amor o amistad o aliviar tensiones, fomentando la tolerancia, casi incondicional hacia la

embriaguez, observable en adultos y jóvenes que se van enraizando paulatinamente en un estilo de vida no saludable, y que a veces es promocionado de forma ingenua a través de los mensajes negativos en los medios de difusión. ⁴

La proyección preventiva del sistema de atención primaria permite que desde ahora se tenga en cuenta la tendencia mundial del incremento de esta toxicomanía y se desarrollen las potencialidades del equipo de salud para identificar a tiempo el consumo anormal de bebidas alcohólicas. ⁵⁻⁶

Se considera entre los tres grandes enemigos de la salud, junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer y si se valora por su repercusión humana general, la existencia de unos millones de alcohólicos lo convierte en el primer problema de salud de nuestro vecino del norte y de muchos otros países. ⁷⁻⁹

Dada la importancia nacional e internacional que el problema del alcoholismo tiene actualmente, su relevancia médica social y la repercusión para la vida personal y laboral realizamos el estudio, cuyos resultados nos permitieron determinar la prevalencia del alcoholismo en el área de atención de dos consultorios médicos de la familia.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en el área de salud pertenecientes a los consultorios del médico de familia 34 y 59 del Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera de Camagüey desde de enero 2002 a enero 2003.

El universo de estudio estuvo constituido por 540 pacientes mayores de 15 años, del cual se tomó una muestra de 117 pacientes dispensarizados con riesgo de alcoholismo y alcohólicos, las historias clínicas familiares constituyeron la fuente primaria de ambos consultorios Se confeccionó una encuesta con las variables estudiadas: edad y sexo, escolaridad y estado civil, motivaciones, modalidades de conducta, autoevaluación y necesidad.

Se tuvieron en cuenta los siguientes comportamientos ante el consumo de bebidas alcohólicas:

Bebedor social: ingestión de menos de ¼ de botella de ron o 4 botellas de cerveza, dos veces por semana. Llega al estado de euforia y es capaz de controlar al deseo de beber y cuándo parar de beber.

Bebedor abusivo: ingiere grandes cantidades de bebidas. En estadios avanzados requiere de menos cantidad de alcohol para lograr la embriaguez, estado que experimenta en múltiples ocasiones, criterio de aloetiquetado y raras veces de autoetiquetado. Presencia de síndrome de abstinencia secundario de la dependencia. No logra interrumpir la acción de beber. Presenta complicaciones biológicas y psicológicas relacionadas con el alcohol. Aún conserva su integración social y familiar.

Dependencia del alcohol: generalmente logra el estado de embriaguez con pocas cantidades de bebidas alcohólicas, necesario para calmar el síndrome de abstinencia. Dependencia física y psíquica, criterio de aloetiquetado y raras veces de autoetiquetado. No logra interrumpir la acción de beber. Presenta complicaciones biológicas y sociales relacionadas con el alcohol como pérdida de su rol en la familia y su vinculación laboral. Es frecuente ver en ellos conductas de ambulantes. La categoría de alcohólico se utiliza para los bebedores abusivos y dependientes.

RESULTADOS

Se observó predominio del grupo etáreo de 35- 44 años con 33 pacientes (28, 21 %) y el sexo masculino 101 (86, 32 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según edad y sexo. Policlínico Docente Tula Aguilera, Camagüey

| Sexo | | | | | | |
|---------------------------|------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|
| Grupo de Masculino | | | Femenino | | Total | % |
| edades | No. | % | No. | % | | |
| 15-24 | 5 | 4,27 | 0 | 0 | 5 | 4,27 |
| 25-34 | 26 | 22,22 | 4 | 3,42 | 30 | 25,64 |
| 35-44 | 30 | 25,64 | 3 | 2,56 | 33 | 28,21 |
| 45-54 | 24 | 20,51 | 2 | 1,71 | 26 | 22,22 |
| 55-64 | 10 | 8,55 | 2 | 1,71 | 12 | 10,26 |
| Más de 65 | 6 | 5,13 | 5 | 4,27 | 11 | 9,40 |
| TOTAL | 101 | 86,32 | 16 | 13,68 | 117 | 100,00 |

Fuente: Encuesta.

El nivel de escolaridad de secundaria incidió en la mayoría de los pacientes 46 (3, 32 %) y en el estado civil, los solteros 44 (37, 61 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad y estado civil

| | Estado Civil | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|----------|
| | Soltero | | Casado | | Acompañado | | | |
| Escolaridad | No. | % | No. | % | No. | % | Total | % |
| Primaria | 8 | 9,36 | 10 | 11,7 | 6 | 7,02 | 24 | 28,08 |
| Secundaria | 20 | 23,4 | 8 | 9,36 | 18 | 21,06 | 46 | 39,32 |
| Preuniversitario | 16 | 18,72 | 18 | 21,06 | 11 | 12,87 | 45 | 52,65 |
| Universitario | | | 2 | 2,34 | | | 2 | 2,34 |
| TOTAL | 44 | 37,61 | 36 | 44,46 | 35 | 40,95 | | |

Fuente: Encuesta

Dentro de las motivaciones, el gusto personal ocupó la mayor parte 93 (79, 49 %), seguido de 63 (53, 85 %) que lo hacían para sentirse bien y 49 (44, 88 %) por tradición familiar (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según motivos que tuvo para ingerir bebidas alcohólicas

| Motivaciones | No. | % |
|--|------------|----------|
| Gusto personal | 93 | 79,49 |
| Sentirse bien | 63 | 53,85 |
| Tradición familiar | 49 | 44,88 |
| Olvidar problemas | 22 | 18,80 |
| Facilidad para obtener la bebida | 21 | 17,95 |
| Complacer amigos | 15 | 12,82 |
| Dormir mejor | 14 | 11,97 |
| Calmar los nervios | 12 | 10,26 |
| Actividad laboral relacionada con el alcohol | 6 | 1,71 |

Fuente: Encuesta

El comportamiento ante el consumo de bebidas la mayor parte se correspondió con el bebedor abusivo 93 (79, 4 %) seguido del bebedor social riesgo 85 (72 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento ante el consumo de bebidas alcohólicas

| Comportamiento | No. | % |
|-------------------------|------------|----------|
| Bebedor abusivo | 93 | 74,4 |
| Bebedor de riesgo | 85 | 72 |
| Dependencia del alcohol | 24 | 20,51 |
| Bebedor social | 22 | 18,80 |
| TOTAL | 117 | 100,00 |

Fuente: Encuesta.

El 100 % de estos pacientes no aceptaron ser alcohólicos, mientras que solo 12 (10, 26 %) aceptó sentirse molesto o culpable por su forma de beber, el 100 % no ha recibido atención hospitalaria, 105 (89, 74 %) consideraban que no debían recibir atención médica para tomar menos y solo 12 (10, 26 %) si consideraban que la debían recibir (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según autoevaluación del paciente

| Autoevaluación | SI | | NO | | Total |
|--|-----|-------|-----|--------|-------|
| | No. | % | No. | % | |
| Cree Ud. que bebe más de la cuenta. | 34 | 29,06 | 83 | 70,94 | 117 |
| Se siente molesto o culpable por su forma de beber. | 12 | 10,26 | 105 | 89,74 | 117 |
| Se considera un alcohólico. | 0 | 0 | 117 | 100,00 | 117 |
| Considera que debía recibir ayuda médica para tomar menos. | 12 | 10,26 | 105 | 89,74 | 117 |
| Ha recibido atención hospitalaria por el alcoholismo. | 0 | 0 | 117 | 100,00 | 117 |

DISCUSIÓN

El sexo masculino predominó sobre el femenino, ya que la tradición y la idiosincrasia de los pueblos justifican que este sexo ingiera bebidas alcohólicas con más frecuencia. Otras investigaciones demuestran la tendencia al aumento de ingerir alcohol por el sexo femenino.³ El grupo de edades que predominó fue de 35–44 años, *Rodríguez O*¹⁰ coincide con estos resultados al encontrar una elevada prevalencia en este grupo de edad. *Díaz*¹ en un estudio realizado en 1996 encontró predominio del grupo de 15–29 años.

Según la escolaridad, se obtuvo un mayor por ciento, entre los que tenían el nivel secundario, seguido de preuniversitario. Consideramos que es expresión de la escolaridad general en la población cubana, resultados similares obtenidos por otros autores.¹¹⁻¹²

Al analizar el estado civil, se observó un predominio de los solteros, esto está relacionado con las repercusiones nocivas que este hábito trae en las relaciones entre parejas, lo que coincidió con el estudio de *Olimpio*¹³ *et al*, donde más de la mitad de los pacientes no tenían vínculos matrimoniales.

Con respecto a las motivaciones psicosociales de los pacientes, gran parte de ellos refirieron beber por gusto personal, seguido de aquellos que lo hacían para sentirse bien y por último la tradición familiar, donde se muestra en esencia la pobreza de intereses sociales de los individuos, la escasa utilización de los sistemas de apoyo sociales, formales e informales para la solución de su problemática de vida, la no

utilización de formas sanas de recreación, la pobre utilización de bebidas sustitutivas no alcohólicas, elementos estos que crean un estilo de vida no saludable y un círculo de problemas sociales e individuales que afectan la salud individual y familiar y posteriormente de la comunidad, reportes similares encontramos en el trabajo realizado por *Guibertw W Cobas*.⁹

La proporción de sujetos alcohólicos se correspondió con una alta prevalencia en las categorías de abusivos y social, ya que cumplieron los criterios establecidos para las mismas, por lo que es necesario adoptar estrategias dirigidas a modificar estas conductas y a la rehabilitación de los enfermos susceptibles.

En relación con la autoevaluación, ninguno de ellos se consideró alcohólico, algunos reconocieron que bebían más de la cuenta y muy pocos se sentían molestos o culpables por su forma de beber. Lo anteriormente expuesto demuestra una falta de crítica en estos pacientes con respecto a la enfermedad que los aqueja, esta autovaloración de defensa es frecuente en los alcohólicos. *Rubio*¹⁴ en su estudio tampoco encuentra ningún paciente que admite ser alcohólico. En cuanto a la necesidad de atención médica, una minoría consideraba que debía recibir ayuda médica para tomar menos y no encontramos ningún paciente que había recibido atención hospitalaria por alcoholismo. Es fácil comprender ya que la mayoría de los pacientes refieren niveles de atención médica y de hospitalización insignificante, pues no identifican el alcohol como agente causal de los problemas que los aquejan, ni siquiera lo aceptan como un factor de riesgo.

CONCLUSIONES

1. Predominaron los hombres de 33-44 años con secundaria básica terminada.
2. La mayoría de los encuestados tenía como motivación el gusto personal y sentirse bien.
3. El bebedor abusivo y social resultaron los de mayor incidencia dentro de la muestra.
4. Ninguno de los pacientes con criterio de alcoholismo reconoció ser alcohólico y muy pocos consideraron que necesitaban ayuda.

RECOMENDACIONES

Trazar una estrategia de intervención para disminuir esta adicción en nuestra área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz O, Soler BT, Soler M. Aspectos epidemiológicos del alcoholismo. *Rev Cubana Med General Integ.* 1996;12(4):342-48.
2. García MP. Alcohol y violencia familiar. *Adicciones* 2002;14(1):3-8.
3. Sandoral JE, Larigan M, Gutiérrez L, Martínez M. Patrones de consumo de alcohol en la población de cuatro consultorios médicos. *Rev Cubana Med General Integ.* 1998;14(3):225-30.
4. González R. *Psicoterapia del alcoholismo y otros toxicómanos.* La Habana: Científico-Técnica; 1996.
5. González R, Gorcolea S. El consumo social y anormal del alcohol. Criterios para su identificación por el médico de la familia. *Rev Cubana Med General Integ.* 1993;9(3):252-55.
6. González R. *Alcohol y otras drogas.* Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997.
7. González R. Significación social del consumo abusivo del alcohol. En: González R, editor. *El alcoholismo y su atención específica.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. p. 17-26.
8. Bestard A, Calderín A. Comportamiento del alcoholismo en un área de salud de un consultorio médico de familia. *Rev Hosp Psiq Hab.* 1999 XL(1):10-24.
9. Guibertw Cobas FS, Reyes R, Gobir R. Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cub Med Gen Int.* 1999;(2):109-14.
10. Rodríguez O, Baldó R. Consumo de alcohol, alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Genl Integ.* 2000;16(3):255-9.
11. Gonzáles R. Consideraciones para el manejo de la drogadicción. Atención a las adicciones en la comunidad. La Habana: MINSAP; 2002.
12. Rodríguez M. Una estrategia en la capacitación en la prevención del alcoholismo. *Rev Hosp Psiquiátrico Hab.* 1997;38(1):51-5.

13. Olimpio Rodríguez S, Baldó Soria R, Cardoso Cristía S. Consumo de alcohol, alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. Rev Cubana Med Gen Integ. 2000;16(3):255-9.
14. Rubio G, Ponce G. La pérdida de control en la dependencia alcohólica. Conceptualización. Adicciones. 1999;11(2):143-58.

Recibido: 26 de febrero de 2004.

Aceptado: 22 de diciembre de 2004.

Lic. Carmen Olivera Carmenates. Licenciada en Enfermería. Policlínico Comunitario
Docente Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.