

Policlínico Docente "Mártires del Corynthia", La Habana, Cuba

Departamento Municipal de Salud Mental, Plaza de la Revolución

Consumo no social de alcohol: su identificación en la comunidad para prevención y tratamiento

Non-social consumption of alcohol: its identification in the community for its prevention and treatment

Reinaldo Sit Pacheco^I, Lourdes Alicia Rodríguez Pérez^{II} y Damary Puentes Valle^{III}

^IEspecialista Segundo Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Departamento Municipal de Salud Mental Plaza de la Revolución. rsit@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Medicina General e Integral, y Psiquiatría. Máster en Prevención del uso indebido de drogas. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Departamento Municipal de Salud Mental Plaza de la Revolución. lardguez@infomed.sld.cu

^{III}Licenciada en Enfermería. Departamento Municipal de Salud Mental Plaza de la Revolución. damarypv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El uso indebido de alcohol incluye altos costos sociales y económicos. La prevalencia de problemas relacionados con esta sustancia es mayor en sujetos con un consumo no social que aún no reúnen criterios para ser diagnosticados como alcohólicos. En la atención primaria, el reconocimiento de estas personas a través de una pesquisa activa permite su dispensarización y tratamiento.

Objetivo: Caracterizar a las personas con consumo indebido de alcohol.

Material y Método: Se realizó estudio descriptivo de corte transversal en los Policlínicos Docentes "El Vedado", "Héroes del Moncada" y "Héroes de Corynthia", pertenecientes al municipio Plaza de la Revolución, Habana, Cuba. Se recogieron de las fichas familiares de los consultorios médicos, datos socio demográficos y diagnóstico de los pacientes dispensarizados por uso indebido de alcohol. Se

entrevistaron a vecinos, líderes formales y no formales de la comunidad para buscar nuevos casos e identificar la presencia de puntos de venta y sitios de reunión habitual de consumidores.

Resultados: Predominio de hombres trabajadores, mayores de 40 años con diagnóstico de dependencia alcohólica, seguido por el consumo perjudicial. Fácil acceso a sitios donde se expenden bebidas alcohólicas con variedad de precios.

Conclusiones: Existió un subregistro de personas con uso indebido de alcohol dispensarizados en las fichas y se pudo realizar su actualización. Se identifican con más facilidad las etapas avanzadas de la enfermedad no así el consumo de riesgo. Existe aceptación social del consumo.

Palabras clave: Pesquisa, consumo de riesgo, consumo perjudicial, dependencia alcohólica.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol abuse includes high social and economic costs. The prevalence of problems related with alcohol is higher in persons with a non- social consumption, which do not have a criterion to be diagnosed as an alcoholic. In the Health Primary Attention, the recognition of this people through an active investigation, allows their treatment in a medical institution.

Objective: To characterize people with alcohol abuse.

Material and Methods: A descriptive and transversal investigation was conducted at "Héroes del Moncada" and "Héroes de Corynthia" Policlinics in the neighborhood of Vedado. The patients' demographic and diagnostic data with alcohol abuse was collected from the family registry of Family Doctors, formal and non- formal leaders of the community were interviewed to find new cases and identify the presence of sale points and habitual meeting places.

Results: Prevailed the masculine sex, workers and older than 40 with diagnostic of alcoholic dependence followed by harmful consumption and an easy access to places where alcoholic drinks are expended with a variety of prices.

Conclusions: Exist an outdated registration of people with alcohol abuse existed, being able to make its update. It is identified with more facility the advanced of the illness but not the risk consumption. Social acceptance of the consumption exists. A plan for the prevention and attention of the problems was recommend.

Keywords: Investigation, risk consumption, alcohol abuse, alcoholic dependence.

INTRODUCCIÓN

El bebedor social se caracteriza por ser una persona que ingiere de forma responsable bebidas alcohólicas, el consumo no provoca consecuencias negativas sobre el sujeto ni al entorno. Consume preferentemente acompañando las comidas o en ocasiones muy especiales, con una cautela permanente para evitar la embriaguez o que el alcohol se convierta en parte de su estilo de vida. Bebe sin violar advertencias médicas, normas culturales, ni afectar su economía y mucho menos a la familia, los estudios, el trabajo u otras responsabilidades comunitarias.¹ En la actualidad, el uso no social de alcohol, con dependencia alcohólica o sin ella tiene una elevada prevalencia. Este determina cada año el 3,2% de los fallecimientos a nivel mundial y 12 años de reducción promedio de la esperanza de vida. Es significativo que la

repercusión médico-social, económica y ética de este consumo en sujetos sin dependencia, es mayor que la determinada por quienes cumplen los criterios diagnósticos de esclavitud.²

Además de los 60 ó más diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales. Se asocia entre otros a una mayor posibilidad de accidentes, a todo tipo de violencia, a depresión y suicidios lo que conduce a enormes costes para la sociedad.^{3,4}

En Cuba factores económicos, socioculturales y una tradición en la fabricación de bebidas influyen en la tolerancia social del consumo por lo que el país no escapa de la tendencia internacional de incremento de su uso.

Hoy la Medicina ha modificado sus enfoques y asociado a los aportes de las ciencias de la salud; hay una reorientación hacia la atención primaria y las acciones preventivas.

El Departamento de salud mental del municipio Plaza de la Revolución, en La Habana tiene como estrategia, lograr una pesquisa activa de personas con un uso indebido de alcohol. Se detectó que esta labor es aún insuficiente, siendo necesarias la actualización de los datos y el incremento de la pesquisa de casos.

OBJETIVO

Se decidió realizar una investigación con el Municipal de Salud Mental para caracterizar a los pacientes con consumo indebido de alcohol. Esto permitirá ubicarlos en una categoría diagnóstica y trazar acciones concretas por el equipo de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal durante el segundo semestre de 2015.

El universo estuvo conformado por la totalidad de la población de tres áreas de salud del municipio Plaza de la Revolución, repartidos de la siguiente forma: Policlínico Docente "El Vedado" con una población de 43 650 habitantes, distribuidos en 40 consultorios médicos, Policlínico Docente "Héroes del Moncada" con 27 241 habitantes, distribuidos en 26 consultorios médicos, y el Policlínico Docente "Héroes de Corynthia" con 22 773 habitantes. Se seleccionaron estas áreas de salud por ser las de mayor densidad poblacional y encontrarse dentro de ellas los barrios El Fanguito y La Timba, donde una parte de su población tiene conductas con características marginales.

Se visitó la totalidad de los consultorios médicos y se entrevistaron el médico de la familia y la enfermera. Se revisaron todas las fichas familiares y se recogieron datos socio-demográficos (edad, sexo y ocupación) y la categoría diagnóstica de los 590 pacientes dispensarizados en las fichas por uso indebido de alcohol.

Quedaron incluidos en la categoría de uso indebido de alcohol, siguiendo criterios de expertos,⁵ los sujetos con un consumo perjudicial (abuso en el DSM IV) y con dependencia alcohólica así como el consumo no social en personas no alcohólicas.

En la investigación se utilizó además, como fuente de información, la entrevista semiestructurada a vecinos, a líderes formales y no formales de la comunidad y elementos de observación epidemiológica, y se pesquisaron 347 nuevos casos. La muestra quedó constituida por los pacientes ya dispensarizados en el consultorio médico, más la pesquisa activa realizada durante el estudio para un total de 937 personas.

Se detectó en el vecindario la presencia de puntos de venta de bebidas alcohólicas y sitios de reunión habitual de consumidores. Se consideró como vecindario al área atendida por el médico de la familia.

Se contó con la participación de estudiantes de 5to año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo", quienes fueron capacitados en el tema y en el Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).⁶

Todo el material una vez recopilado, se introdujo en una base de datos creada al efecto para su análisis. Los resultados se mostraron en tablas de frecuencia y gráficos.

La investigación se basó en los principios éticos para los estudios médicos en seres humanos.

RESULTADOS

Se unificaron los datos teniendo en cuenta la similitud de los resultados encontrados en las tres áreas de salud.

Predominaron los pacientes de ambos sexos, con edades entre 40 y 59 años con un total de 541 pesquisados para 57.8%. La mayoría de las personas pertenecía al sexo masculino, con un total de 810 hombres para 86.4%. Solo se pesquisaron cuatro pacientes menores de 20 años. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad

Edad (Grupos de edades)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20 años	2	0,2	2	0,2	4	0,4
20 - 39 años	81	8,6	11	1,2	92	9,8
40 - 59 años	463	49,4	78	8,4	541	57,8
≥60 años	264	28,2	36	3,8	300	32,0
Total	810	86,4	127	13,6	937	100

Fuente: Fichas familiares y pesquisa activa

En la Tabla 2, se destaca la primacía de los hombres trabajadores con 495 personas para 52.9% seguido de los jubilados con 148 pacientes. En las féminas existió un predominio de las amas de casa, con 65 mujeres con respecto a las trabajadoras que ocuparon el segundo lugar con 42 personas para 4.6%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según sexo y ocupación

Ocupación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con vínculo	495	52,9	42	4,6	537	57,5
Jubilado	148	15,8	18	1,9	166	17,7
Sin vínculo	147	15,7	-	-	147	15,7
Ama de casa	-	-	65	6,9	65	6,9
Peritado	7	0,7	-	-	7	0,7
Estudiante	7	0,7	2	0,2	9	0,9
Recluso	6	0,6	-	-	6	0,6
Total	810	86,4	127	13,6	937	100

Fuente: Fichas familiares y pesquisa activa

En el Gráfico se muestra el análisis de la categoría diagnóstica según sexo y edad. En el estudio 208 personas para 22.2 % fueron diagnosticados como consumidores de riesgo, 313 sujetos para 33.4% como consumo abusivo y 416 pacientes para 44.4% tenían dependencia alcohólica.

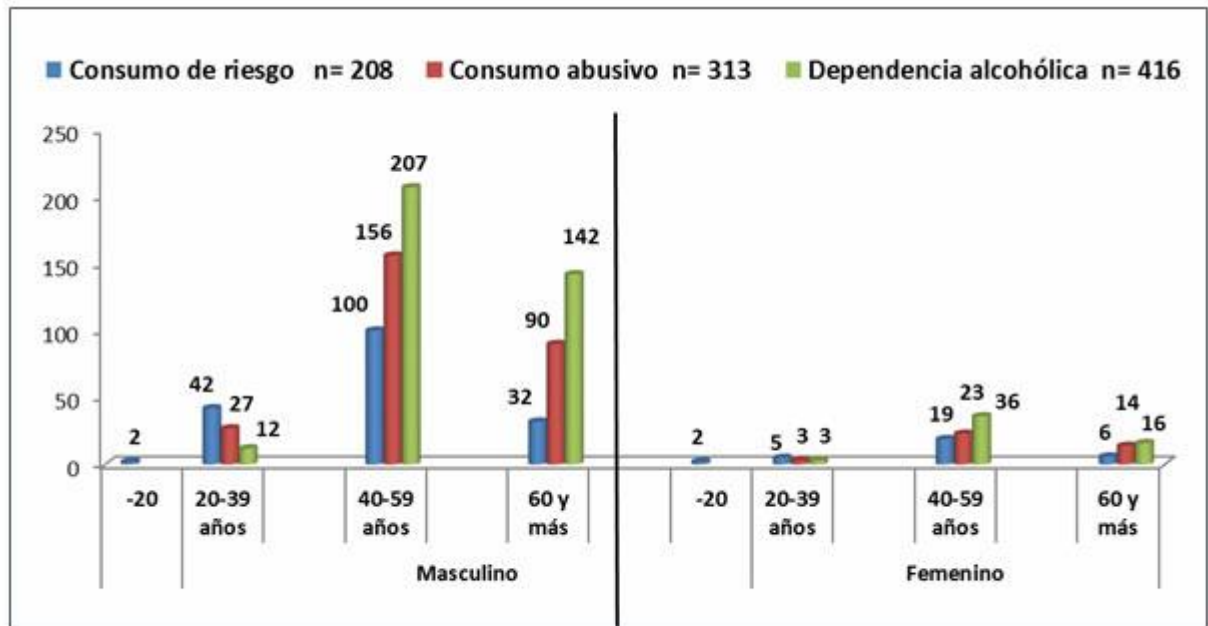


Gráfico. Distribución según sexo, edad y categoría diagnóstica
Fuente: Fichas familiares y pesquisa activa

La mayoría de las personas con diagnóstico de dependencia era mayor de 40 años; de ellos, 349 hombres y 52 mujeres para un total de 401 pesquisados seguidos de los clasificados como consumo abusivo.

Los cuatro menores de 20 años fueron catalogados como consumidores de riesgo. Esta categoría primó en las personas en edades entre 20 y 39 años.

Como se refleja en la Tabla 3 en las fichas familiares de las tres áreas de salud no se encontraban dispensarizados todos los pacientes con uso no social de alcohol, solo estaban reflejados 590 pacientes para 62,9%. Después de la pesquisa realizada con el apoyo de los miembros de la comunidad se identificaron 347 nuevas personas para 37,1%.

Tabla 3. Pacientes con VIH según conteo de linfocitos T CD4 por sexo

Conteo de Linfocitos T CD4	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 200	15	18,5	61	18,9	76	18,8
200-499	45	55,6	158	48,9	203	50,2
500 y más	19	23,5	88	27,2	107	26,5
No realizado	2	2,5	16	5,0	18	4,5
Total	81	100	323	100	404	100

$$\chi^2 = 1,64 \text{ NS}$$

DISCUSIÓN

Existen diferencias en la forma de beber de hombres y mujeres. En Cuba, la ingestión de bebidas alcohólicas es mayor en el sexo masculino al igual que en otros países.^{7, 8} De forma inquietante debe señalarse, que en los últimos años, a nivel mundial se ha visto una tendencia al aumento del consumo en las mujeres sobre todo en edades tempranas.⁹ Nótese que en la investigación la mitad de los menores de 20 años pesquisados pertenecían al sexo femenino.

En las tres áreas de salud investigadas, primaron las personas entre 40 y 59 años seguidos por los de la tercera edad a diferencia del estudio de Sarmiento y colaboradores¹⁰ quienes detectaron que el consumo de alcohol era más frecuente en el grupo etario de 21-45 años. En una pesquisa en el reparto Víbora Park, los grupos de edades más afectados por el consumo de alcohol son los representados entre 20 y 39 años.¹¹

Se debe señalar que el municipio Plaza se caracteriza por el envejecimiento poblacional por lo que la edad debe ser considerada un factor significativo en la planificación de medidas preventivas.

Pasan años de consumo excesivo para que un sujeto se convierta en enfermo, lo cual explicaría el solo haberse pesquisado cuatro menores de 20 años. Pero generalmente mucho antes de cumplir con los criterios diagnósticos de alcoholismo la persona se convierte en un bebedor de riesgo siendo este un comportamiento peligroso por propiciar el estado de embriaguez y por la posibilidad de transitar hacia el alcoholismo.¹² Es posible la identificación en edades más tempranas del consumo de riesgo, pero en ocasiones no es reconocido, ni siquiera por el personal de salud. El patrón de consumo de la gente joven en forma de consumo excesivo pero no diario puede ser más difícil de detectar, e incluso puede llegar a ser considerado normal para la edad.

Los autores coinciden con Gárciga Ortega¹³ en la necesidad de que debe prevalecer el diagnóstico precoz, lo cual es difícil, debido a factores socioculturales que llevan a una gran parte de la población a considerar que el adicto no es un enfermo. En el caso del alcohol, la línea divisoria entre salud y enfermedad es muy variable y mal definida.

Las acciones de salud deben partir de la promoción de estilos sanos de vida y de la prevención, por lo que hay que estar atentos al consumo en los más jóvenes. Llamamos la atención de esta problemática, diversas investigaciones en adolescentes que han detectado un incremento de los episodios de embriaguez durante los fines de semana; reportes de adolescentes en riñas bajo los efectos del alcohol, así como el planteamiento de que una condición que no debe faltar en sus actividades sociales es la presencia de bebidas alcohólicas, la cual consideran una vía de aceptación en el grupo, desconocen en su mayoría, que el alcoholismo es una enfermedad.¹⁴⁻¹⁶

En la investigación, predominaron los hombres con vínculo laboral y entre estos, los cuentapropistas. Sin embargo, Martha Chang encontró en el municipio 10 de Octubre, en La Habana, que los desvinculados consumen más bebidas. Hallazgo similar refirió García Betancourt en el municipio de Matanzas.^{17,18}

Los gastronómicos y los obreros de la construcción fueron las labores más reportadas. Coincide con un estudio en la población masculina de El Caney que reveló que 42,8% de los obreros bebían diariamente.¹⁰

Dentro de los trabajadores se detectó, en las entrevistas realizadas, a los integrantes de las comunidades casos de cuentapropistas que aunque no desarrollaban sistemáticamente su labor pagan sus cuotas por lo que socialmente están vinculados coincidiendo con otro autor.¹⁹ También existieron casos de trabajadores que consumían durante el horario laboral lo cual es extremadamente riesgoso según ha sido reportado.^{20,21}

En el sexo femenino hubo predominio de las amas de casa a diferencia de estudio sobre patrones de consumo en mujeres donde primaron las trabajadoras.²²

Según la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, en Cuba 2010-2011, la prevalencia de bebedores sociales fue de 85,1%, en tanto 7,2% de los consumidores fueron bebedores en riesgo, 5,1% bebedores perjudiciales y solo 2,7% fueron clasificados como dependientes alcohólicos.⁷ Son contradictorios los hallazgos en la investigación al reportarse con un mayor porcentaje los consumidores ya en franca dependencia. En muchos casos, al igual que en otra investigación presentaban enfermedades médicas comórbidas.²³

Predominó el criterio en la población entrevistada que el alcoholismo es un vicio coincidiendo con una investigación en otra área de salud del municipio Plaza.²⁴

Solo se considera a una persona enferma cuando no puede dejar de tomar bebidas sin que se sienta mal, irritable o tenga temblores. Esto explicaría que se detectara en un mayor número a las personas ya con un diagnóstico de dependencia alcohólica.

La pesquisa realizada mostró que el porcentaje de alcohólicos en las tres áreas era mayor que los que estaban registrados en la ficha familiar al igual que otra investigación.¹⁰ Se es del criterio que a pesar de aumentar el número de personas con problemas relacionados con el alcohol dispensarizados después del estudio hay que seguir profundizando en la pesquisa.

En Cuba, en la atención primaria, el médico y la enfermera de la familia, tienen una estrecha relación con todos los integrantes de la comunidad. Cuentan con el apoyo de las instituciones sociales por lo que disponen de más elementos para el reconocimiento temprano de personas con consumo inadecuado de alcohol pudiendo iniciar precozmente acciones preventivas, de ahí el valor de la pesquisa activa.

Al igual que en otras investigaciones se constató asociación entre un consumo no social de alcohol con o sin dependencia y el tabaquismo lo que influye negativamente en el estado de salud de las personas.^{18,25}

El consumo excesivo e irresponsable de alcohol no solo es el resultado de comportamientos individuales. Hay que tener en cuenta además, la influencia del contexto social, de ahí lo frecuente de la vía sociocultural. Factores genéticos, ambientales y sociales aumentan la vulnerabilidad a la adicción incluyéndose entre ellos los antecedentes familiares, la exposición temprana a entornos en los que hay fácil acceso a las drogas con actitudes permisivas hacia el consumo de las mismas.^{26, 27}

En la investigación se encontró en los vecindarios numerosos puntos de venta y de reunión de vecinos y amigos para el consumo coincidiendo con otro estudio.²⁴

Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio se declara que teniendo en cuenta que Cuba es reconocida mundialmente como un productor de ron de excelente calidad y que la ingestión de bebidas alcohólicas está ampliamente extendida y aceptada por la sociedad, la consulta de focos de información comunitaria pudiera ser un factor de sesgo para el subregistro. La línea que separa una conducta normal ante el alcohol y las primeras manifestaciones de un consumo de riesgo suelen ser imprecisas, no es percibido por algunos miembros de la comunidad la ingestión excesiva de alcohol como un comportamiento irresponsable hasta etapas más avanzadas.

Extender el estudio a todos los escenarios sociales del municipio permitirá valorar las particularidades de cada área, así como las estrategias a seguir según el contexto y las necesidades sentidas de cada población.

CONCLUSIONES

Predominaron los hombres con vínculo laboral, de edad media con diagnóstico de dependencia alcohólica. Se detectó un subregistro de pacientes con uso indebido de alcohol por lo que se realizó una actualización de la dispensarización en las fichas familiares y se constató que existen dificultades en la pesquisa activa, sobre todo en la categoría de bebedor de riesgo. Fueron numerosos los sitios dentro de la comunidad que propiciaban la ingestión de bebidas alcohólicas. Esto fue de conocimiento general.

RECOMENDACIONES

Promover la pesquisa activa de pacientes con la intervención de la comunidad para la identificación de sus necesidades y la búsqueda de soluciones de acuerdo con los recursos con que cuenta, además de diseñar programas educativos en la comunidad que promuevan estilos de vida saludables alejados del consumo de alcohol y otras drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez R, Donaire Calabuch IA. Alcohol y otras drogas: criterios populares vs verdades científicas. La Habana: Editorial Academia; 2015.
2. González Menéndez R. Un criterio taxonómico para los patrones de consumo etílico. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011; 37(1). [Citado 7 de junio 2016]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100011&lng=es
3. Martínez Hurtado M. Urgencias psiquiátricas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias En: Compendio de Atención Primaria. 4th ed. España: Elsevier; 2016, p. 388-404.
5. González R. Misión: Rescate de adictos. Guía para la relación de ayuda con toxicómanos. La Habana: Ediciones Abril; 2012.
6. Babor TF, Higgins- Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2da ed. Organización Mundial de la Salud; 2001.
7. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial de Ciencias médicas; 2015.
8. Legleye S, Baumann M, Peretti-Watel P, Beck F, Chau N. Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working population. Rev Epidemiol Sante Publique. 2011; 59(4):223-32.
9. Centro Nacional para la prevención y el control de las adicciones. Encuesta nacional de adicciones 2011: Reporte de alcohol. México: 2012.
10. Sarmiento R, Carbonell IC, Plasencia C, Ducónger R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. Medisan. Abr 2011; 15(4):495-502.
11. Brito G, Iraizoz AM, Albuquerque F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr. Set. 2011; 27(3): 355-370.
12. González R. Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. La Habana: Política; 2009.
13. Gárciga Ortega. Las conductas adictivas desde un enfoque social. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 Dic; 12(4). [Citado 22 May 2016]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400020&lng=es
14. Sánchez-Queija I, Moreno C, Rivera F, Ramos P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. Gaceta Sanitaria. 2015; 29(3): 184-89.

15. Camero Machín JC, Curbelo Fajardo JC, Romero López A, Ríos Torres R, Hernández Díaz D. Caracterización de la toxicomanía por alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Ciencias Médicas Pinar*. 2012; 16(1):87-96.
16. Hernández L, Licea ME, Díaz MT. Evaluación de hábitos tóxicos en una población de adolescentes. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2014; 11(suppl). [Citado 22 jul 2016]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/habitos%20toxicos%20en%20una%20poblacion.html>
17. Chang De la Rosa M, Cañizares Pérez M. Consumo de bebidas alcohólicas y ambiente social. Un enfoque multinivel. *Rev. Cubana Hig Epidemiol*. 2010; 48 (2): 114-122.
18. García Betancourt N, Morales Rigau JM, González Pino M, Serrano Dueñas Y, Trujillo Rodríguez Y, Morales Fuentes MA. Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. Municipio Matanzas. 2011-2012. *Rev. Med. Electron*. Abr 2015; 37 (2):130-140.
19. Calvo Guerra E, González Menéndez R, Diago Alfes Z, Llanes Basulto Y, Leal Rivas B, Galán Beiro GM. Adicción al alcohol o medicamentos psicoactivos. Hospital "Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé", 2010–2013. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [Internet] 2014; 11(3). [Citado jul 2016]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%203/adiccion%20al%20alcohol.html>
20. Ochoa Mangado E, Madoz Gúrpide A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Rev. Med SecurTrab*. 2008; 54(213):25-32.
21. Riboldi L, Bordini L. Acute and chronic alcohol abuse and work. *Ital Med Lav Ergon*. 2008; 30(3 Suppl):56-66.
22. Herrero Lugones Y, Rosales Domínguez O, Rodríguez Pérez LA. Patrones de consumo femenino. Consulta de alcoholismo. Plaza de la Revolución. *Hosp. Psiquiátrico de La Habana* [Internet] 2014; 11(suppl). [Citado 22 Jun]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/patrones%20de%20consumo.html>
23. Miquel L, Barrio P, Moreno-España J, Ortega L, Manthey J, Rehm J, *et al*. Detección y prevalencia del trastorno por uso de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña. *Atencion Primaria*. 2016; 48 (3): 175-182.
24. Castañeda H, Álvarez AE, Oramas L. Alcoholismo: criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlínico Rampa. *Rev. haban cienc méd* [Internet]. 2008;Jun; 7(2): [Citado 9 de Jun 2016]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200012&lng=es
25. Paredes Díaz R, Orraca Castillo O, Marimón Torres ER, Casanova Moreno MC, Véliz Martínez DM. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Rev. Ciencias Médicas*. Feb 2015; 19 (1): 46-55.

26. Stanis JJ, Andersen SL. Reducing substance use during adolescence: a translational framework for prevention. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; 231:1437-53.

27. Longo DL. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*. 2016; 374:363-71.

Recibido: 19 de julio de 2016.

Aprobado: 2 de diciembre de 2016.