

# Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

## Volumen 13 No.3 - 2016

**Caracterización del consumo en pacientes alcohólicos ingresados para tratamiento de deshabituación**

**Characterization of Consumption in Alcohol-Dependent Patients Admitted for Treatment of Rehabilitation**

MSc. Serguei Iglesias Moré,<sup>I</sup>Dr. C. Justo Reinaldo Fabelo Roche,<sup>II</sup>MSc. Aleida María Núñez Tamayo,<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Licenciado en Enfermería. Máster en Psicología de la Salud y Psicología Clínica. Profesor e Investigador Auxiliar. Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; Cuba

<sup>II</sup> Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador Titular. Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; Cuba

<sup>III</sup> Doctora en Medicina. Máster en Psiquiatría Social y Comunitaria. Sección Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ministerio de Salud Pública; Cuba

---

### RESUMEN

**Introducción:** El alcohol es la droga más consumida en el mundo. Cuba, al igual que el resto de los países de la región latinoamericana, muestra un elevado consumo de alcohol, lo cual obliga el planteamiento de la necesidad de incorporar a la práctica clínica cotidiana las pruebas de evaluación complementaria.

**Objetivo:** Caracterizar el consumo en un grupo de pacientes alcohólicos ingresados para tratamiento de deshabituación.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 33 sujetos con diagnóstico clínico de alcoholismo ingresados en el servicio de adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La información se obtuvo a partir de la aplicación de la Escala de intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA) y una entrevista en profundidad. Se emplearon la media, desviación típica y frecuencias absolutas y relativas como medidas de resumen.

**Resultados:** El 60.6 % de los sujetos estudiados presentaron una dependencia moderada, siendo la dificultad para controlar la ingesta de alcohol, la conducta para aliviar los síntomas de la abstinencia y el consumo habitual de alcohol las escalas con mayor afectación según el instrumento. El patrón de consumo identificado presentó características semejantes en la mayoría de los sujetos.

**Conclusiones:** La mayoría de los sujetos evaluados presentaron niveles de intensidad de la dependencia al alcohol catalogado como moderado, así como se pudo precisar el patrón de consumo establecido en estos casos.

**Palabras clave:** intensidad de la dependencia, alcohol, patrón de consumo

---

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Alcohol is the most consumed drug all over the world. Cuba, like the rest of the countries of the Latin American region, shows a high consumption of alcohol, which forces the need to incorporate into daily clinical practice the complementary evaluation tests.

**OBJECTIVE:** Characterize the consumption in a group of alcohol-dependent patients admitted for treatment of rehabilitation

**METHODS:** A cross-sectional descriptive study was carried out in 33 subjects with clinical diagnosis of alcoholism admitted to the addiction service at the Psychiatric Hospital of Havana. The information was obtained from the application of the Intensity of Alcohol Dependency Scale (IADS), and an in-depth interview. The mean, standard deviation and absolute and relative frequencies were used as summary measures.

**RESULTS:** 60.6% of the subjects studied had a moderate dependence, being the difficulty to control alcohol intake, the behavior to alleviate the symptoms of withdrawal and habitual consumption of alcohol, the scales most affected according to the instrument. The identified pattern of consumption presented similar characteristics in most of the subjects.

**CONCLUSIONS:** The majority of the subjects evaluated had intensity of alcohol dependency levels classified as moderate. The pattern of consumption established in these cases could be precised.

**KEYWORDS:** Intensity of dependence, alcohol, consumption pattern

---

## INTRODUCCIÓN

El alcohol es la droga más consumida en el mundo. La ingestión inicial comenzó vinculada con actividades religiosas, después se usó para el alivio del dolor, dando paso finalmente a su consumo colectivo. Al pasar el tiempo, el hombre descubrió en el alcohol un modo de enajenarse del medio cuando este era para él insoportable.<sup>1,2</sup>

Cuba, al igual que el resto de los países de la región latinoamericana, muestra un elevado consumo de alcohol, según un informe OPS/OMS 2015 en nuestro país, en el trienio 2008-2010, se estimó un consumo total de alcohol per cápita en la población adulta de 8.8 y 1.6 litros de alcohol puro como promedio anual por hombres y mujeres respectivamente.<sup>3</sup> A pesar de los esfuerzos preventivos realizados al respecto, aún es significativo el impacto negativo de esta adicción; esto, unido al incremento del turismo, las modificaciones socioeconómicas que el país se ha visto obligado a adoptar, además de la posición geográfica favorecedora para el tráfico de drogas, han contribuido al incremento del consumo de sustancias psicotrópicas sobre todo en la población joven, en especial el alcohol.

A pesar de encontrarnos en pleno siglo XXI, en la era de la Medicina Basada en la Evidencia o Pruebas (MBE), en repetidas ocasiones se es un tanto negligente en cuanto a la poca utilización de pruebas de evaluación psicométricas. En muchos casos los especialistas realizan el diagnóstico sin el apoyo de pruebas complementarias, ya sean psicométricas, de laboratorio, o de neuroimagen, incluso aunque se trate de los trastornos mentales más graves. Es más, la evaluación de la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos se realiza a partir de la experiencia y así aumentar, disminuir o cambiarlos sin ningún dato riguroso o reproducible.

Sin embargo, en el contexto sanitario actual, donde los sistemas de cuidados eficientes buscan la mejoría en la atención a las necesidades específicas de los pacientes, resulta imprescindible conocer rigurosa y exactamente la naturaleza de los problemas que presentan los pacientes y su gravedad, así como monitorizar y cuantificar los resultados de nuestras intervenciones terapéuticas de una forma estandarizada.<sup>4</sup>

Lo anteriormente expuesto obliga a plantear la necesidad de incorporar a la práctica clínica cotidiana las pruebas de evaluación complementaria, incluyendo los instrumentos de evaluación psicométrica. Dentro de los instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción podemos diferenciar entre instrumentos globales y específicos; los primeros evalúan la gravedad de la adicción al alcohol y a las drogas, y además evalúan problemas en otras áreas de la vida del paciente que pueden estar en relación con la adicción. En el caso de los instrumentos específicos, estos evalúan únicamente la gravedad de la adicción al alcohol o a una sustancia en particular. Por tal razón el objetivo de la investigación fue Caracterizar el consumo en un grupo de pacientes alcohólicos ingresados para tratamiento de deshabituación.

---

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Se trabajó con 33 sujetos que representó la totalidad de los pacientes que ingresaron, en el periodo de septiembre a diciembre 2013, por diagnóstico de alcoholismo en el servicio de adicciones "Rogelio Paredes" del Hospital Psiquiátrico de La Habana y que cumplieron con los criterios de inclusión definidos para el estudio.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de alcoholismo.
2. No poseer alteraciones cognitivas que dificulten el proceso de indagación.
3. No presentar comorbilidad asociada a otras drogas excepto tabaco y/o café.
4. Estar pasando por el primer ingreso en el servicio de adicciones.
5. Estar en disposición de participar en el estudio.

Aspectos éticos

A los pacientes seleccionados se les informó sobre el desarrollo del proceso de investigación, los objetivos, técnicas e instrumentos utilizados, así como cuál sería su participación en el estudio. Se les dieron todas las garantías relacionadas con la confiabilidad de la información brindada y se les hizo saber que podían abandonar la investigación en cualquier momento del proceso sin que esto influya en la calidad de la atención que recibirá en el servicio, si así lo decidían. Esto se formalizó a partir de la firma del consentimiento informado.

### **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

#### Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA)

Desarrollada por Rubio y colaboradores en 1998 para valorar la intensidad de la dependencia al alcohol, a partir de la versión española del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ)<sup>5,6</sup>. Esta escala mostró un coeficiente de correlación ( $r=0.97$ ), así como una elevada fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach: 0.91) y los factores correlacionaron adecuadamente con el total de la escala. Sus aceptables características psicométricas hacen de la EIDA un instrumento eficaz en la evaluación de pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol.

Se trata de un instrumento autoaplicado. El marco de referencia temporal de la evaluación son los últimos 6 meses. La escala consta de 30 ítems tipo Likert con cuatro alternativas, estos ítems se agrupan en las siguientes subescalas: síntomas físicos de la abstinencia<sup>1-5</sup>, síntomas psicológicos de la abstinencia<sup>6-10</sup>, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia<sup>11-15</sup>, consumo habitual de alcohol<sup>16-20</sup>, dificultad para controlar la ingesta de alcohol (21-25), y reinstauración de la sintomatología tras la recaída<sup>26-30</sup>.

En los ítems 1 al 25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos:

0 (*nunca o casi nunca*), 1 (*a veces*), 2 (*frecuentemente*) y 3 (*casi siempre*). Las preguntas 23, 24 y 25 puntúan inverso: 3, 2, 1, 0. En los ítems 26 al 30 se emplea una escala de intensidad: 0 (*nada*), 1 (*un poco*), 2 (*moderadamente*) y 3 (*bastante*).

Proporciona una puntuación global de intensidad de la dependencia. Los puntos de corte establecidos por los autores son: Puntuación entre 0 y 20: dependencia leve; puntuación entre 21 y 37 puntos: dependencia moderada; y puntuación mayor a 37 puntos: dependencia grave. Esta escala fue sometida a un proceso de validación a cargo de expertos, y se obtuvo como resultado un instrumento comprensible para su aplicación en nuestro contexto.

### Entrevista en profundidad

Se realizó una entrevista en profundidad al paciente con el objetivo de explorar los principales aspectos relacionados con el consumo de alcohol que permitieran establecer el patrón de consumo. La información obtenida se procesó a partir del análisis de contenido, agrupándose los datos en las categorías siguientes: cantidad, frecuencia, encuadre físico, forma de consumo, periodo temporal, pautas comportamentales y vías patogénicas.

Como parte del análisis de los datos se emplearon la media, la desviación estándar y las frecuencias absolutas y relativas como medidas de resumen según el tipo de variables de que se tratase: cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

---

## RESULTADOS

Las características sociobiológicas de estos pacientes fueron: edad promedio 44.12 años, con 15.30 años de consumo de alcohol como promedio, el tiempo promedio de abstinencia reportado por los pacientes fue de 33.76 días y el 60.6% estaban desvinculados laboralmente en el momento de la investigación.

En el gráfico 1 se puede observar que el 60.6 % de los sujetos estudiados presentaron una dependencia moderada. Es válido señalar que cuatro de ellos se encontraban en límite entre moderado y grave (37 puntos).



Fuente: Tabla 1(ver anexos)

Analizando las sub escalas que componen el instrumento utilizado, tabla 2, se encontró que la dificultad para controlar la ingesta de alcohol obtuvo la puntuación promedio más elevada, 7.27 puntos.

En segundo lugar se encontró la sub escala relacionada con la conducta para aliviar los síntomas de la abstinencia con 6.73 puntos como promedio y en la tercera posición se encontró el consumo habitual de alcohol (5.55 puntos promedio).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos según sub escalas del instrumento Escala de Intensidad de la Dependencia al alcohol

	Mín	Máx	Media	Desv. Típ.
Dificultad para Controlar la Ingesta de Alcohol	2	12	7.27	2.649
Conducta para Aliviar los Síntomas de Abstinencia	1	15	6.73	3.986
Consumo Habitual de Alcohol	1	15	5.55	4.243
Reinstauración de la Sintomatología tras la Recaída	0	8	4.15	2.959
Síntomas Físicos de Abstinencia	0	7	3.45	2.438
Síntomas Psicológicos de Abstinencia	0	7	2.67	2.056

Haciendo un análisis sobre las cantidades de alcohol consumido, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes (30.3 %) refirieron una ingesta de una y media botellas como promedio, seguido de media a una botella diaria, lo que representa una cantidad y frecuencia elevada según las normas de consumo, lo cual es consecuente con el diagnóstico de enfermedad alcohólica.

El encuadre físico en el cual se realiza el consumo se caracterizó por ser “la calle” el lugar referido por el 27.3% de los casos. Es válido señalar que la casa apareció en segundo lugar como espacio de consumo, en igual proporción que la opción de cualquier lugar, 24.2% en ambos casos.

En cuanto a la forma de consumo no se evidenció una diferencia marcada entre los pacientes que refieren consumir en solitario y los que lo hacen de forma grupal.

En el caso del periodo temporal en el cual se produce el consumo se encontró que el 39.4% de los casos reportó que lo hacían en el horario de la tarde, generalmente después de regresar del trabajo, en el caso de los que aún trabajaban, o cuando terminaban de “luchar las cosas para la casa”.

Al analizar las pautas comportamentales asociadas al consumo en los sujetos estudiados se pudo observar que las dos manifestaciones predominantes fueron la agresividad y la pasividad ambas en el 36.4% de los pacientes.

Por último al precisar las vías de iniciación y mantenimiento del consumo indebido de alcohol que fueron declaradas por los pacientes, se pudo identificar la sociocultural, la evasiva y la hedónica como las más frecuentes. De las vías anteriormente mencionadas, fue en la sociocultural en la que con mayor frecuencia se agruparon los sujetos estudiados, representando el 45.5% de los casos.

---

## DISCUSIÓN

Uno de los criterios que puede haber determinado que los pacientes se encontrarán en el nivel de intensidad moderado con tendencia al grave es el hecho de que se trata de sujetos que recién ingresan en un servicio de desintoxicación, después de más de 15 años de consumo como promedio. Como es sabido la dependencia al alcohol se gesta durante un largo periodo de tiempo, a diferencia de lo que sucede con otras sustancias psicoactivas que esto ocurre prácticamente de forma inmediata.

En una investigación se encontró similitud con estos resultados ya que la mayoría de los pacientes estudiados se encontraban entre los niveles grave y moderado, según la intensidad de la dependencia al alcohol.<sup>8</sup>

Otro elemento a tener en cuenta es que este resultado está mediatizado por la perspectiva de género. Los casos estudiados son del sexo masculino, los cuales según se reporta en la literatura tienen mayor resistencia al consumo y demoran más tiempo para evidenciar deterioro físico y psicosocial.<sup>7</sup>

En la revisión bibliográfica realizada se encontró que la evaluación de la gravedad se realiza desde diferentes parámetros, la mayoría indirectos (consumo de sustancias, situación laboral, problemática legal, relaciones familiares, entre otros), siendo muy pocos los que utilizan instrumentos standard, lo que hace difícil la comparación. No obstante Gutiérrez *et al*<sup>9</sup> reportan en un estudio realizado puntuaciones elevadas en el área de consumo de alcohol en un grupo de pacientes evaluados. Así mismo se encontró el índice de gravedad más alto en el grupo de consumo de alcohol al compararlos con consumidores de otras sustancias. Estos mismos autores refieren que en los casos analizados *"las áreas más afectadas, por orden de intensidad, son situación familiar, relaciones sociales, la situación laboral y el estado psicológico"*. Este hecho refuerza el criterio clínico de que el alcoholismo, sobre todo en sus fases iniciales e intermedias, es un problema más psicosocial que médico.

Por otra parte, atendiendo a que el tiempo promedio de abstinencia fue de 33.76 días, era de esperar que la sub escala dificultad para controlar la ingesta de alcohol obtuviera la mayor puntuación promedio teniendo en cuenta que al ser pacientes con diagnóstico de dependencia, se cumplen los cuatro criterios válidos para clasificarlos de esta manera: cantidad y frecuencia, criterio de nocividad o tóxico, criterio de esclavitud y criterio de etiquetado (autoetiquetado y aloetiquetado).<sup>10,11</sup>

En el caso del criterio de cantidad y frecuencia se pone de manifiesto cuando el sujeto consume tres o más veces a la semana el equivalente a un cuarto de botella de bebida fuerte u otra variante que represente un consumo de 100 gramos de alcohol en 24 horas, o cuando excede 12 estados de embriaguez ligera en el curso de un año.

El criterio de nocividad se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol tanto en el nivel biológico (gastritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis), como en el psicológico (depresión, ansiedad, culpabilidad, disforia, y otros.); en el social, (la pérdida reiterada de empleos, separaciones, divorcios, arrestos,) entre otros., y en el espiritual (*"la vida deja de tener sentido para el paciente"*).

En relación al criterio de esclavitud se puede decir que *"El sujeto pierde progresivamente su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si lo ingiere o no, y en el caso de hacerlo, hasta cuándo y cuánto tomar"*. El sujeto no puede detener el consumo una vez que lo ha iniciado, no puede sostener una abstinencia de consumo de más de dos días y no puede realizar otras actividades cotidianas sin consumir el tóxico.

El último criterio expuesto es el de etiquetado en el cual se puede encontrar dos modalidades: el aloetiquetado, que es cuando familiares, o conocidos le tildan de consumidor y el auto etiquetado, que es cuando el paciente reconoce su esclavitud ante el alcohol y la confiesan.<sup>12</sup>

En la investigación "Funcionamiento familiar percibido por pacientes alcohólicos", el autor encontró que entre los pacientes con niveles de intensidad moderado, lo cual era frecuente en los casos estudiados, la puntuación promedio más alta fue también en la sub escala Dificultad para controlar la ingesta de alcohol, lo que puede estar en relación con el hecho de que aunque los pacientes no tienen manifestaciones evidentes de síndrome de abstinencia, si persiste de forma intensa la dificultad para controlar la ingesta de alcohol dado que el deseo de beber no ha desaparecido.<sup>8</sup>

En segundo lugar se encontró la sub escala relacionada con la conducta para aliviar los síntomas de la abstinencia. Este hecho ratifica el diagnóstico de dependencia alcohólica presente en los sujetos estudiados, ya que una de las dificultades que con mayor frecuencia se observa en estos pacientes es el hecho de la necesidad de consumir en horarios tempranos del día para calmar las manifestaciones del síndrome de abstinencia.

La mayoría de los pacientes referían que casi siempre les gustaba beber alcohol por las mañanas sintiendo una fuerte necesidad de beber al despertarse. Ello está relacionado con que durante las horas de sueño el organismo no recibe la sustancia a la cual se ha habituado apareciendo síntomas neurovegetativos que solo pueden controlarse con una nueva ingesta. Esto, por supuesto, se convierte en una especie de "boomerang" que conduce a manifestaciones más severas tanto a nivel biológico como psicológico y social.

Como puede apreciarse anteriormente las tres sub escalas que alcanzaron las mayores puntuaciones promedios relevantes ratifican el predominio de tres de los criterios diagnósticos establecidos, que desde el punto de vista clínico se han identificado como específicos para el diagnóstico del alcoholismo. Solo el criterio de etiquetado no aparece reflejado, ya que el instrumento utilizado no explora características que dependen más de aspectos sociales y personales del individuo.

Un elemento de suma importancia a tener en cuenta es el patrón de consumo, definido como la relación que se establece entre el individuo y la sustancia de preferencia. Se considera que a partir de ello puede precisarse el grado de dependencia y las afectaciones que en los contextos familiar, laboral, comunitario y social son frecuentes en los sujetos que presentan alcoholismo. Teniendo en cuenta la cantidad de alcohol consumido como promedio por los pacientes estudiados, se corroboró que la presencia del criterio de cantidad y frecuencia es determinante en la caracterización del patrón de consumo. Las cantidades referidas sobrepasan lo admisible como uso social y ello puede ser valorado como un indicador objetivo de un elevado nivel de gravedad de la adicción al alcohol.

Autores como Águila, CM<sup>13</sup> plantean que la indisciplina social ha llevado a extrapolar el consumo a la vía pública, resultando cualquier espacio idóneo para tal práctica e incluso irrespetando las regulaciones vigentes para nuestro contexto social. Más allá de precisiones poco operativas, en este estudio se evidenció que los pacientes consumen independientemente del lugar específico en que se encuentren, así como la forma de consumo no resulta específica entre las preferencias de los sujetos. Estando en un lugar o en otro y estando solo o acompañado, el alcohólico prioriza su consumo y lo asume como comportamiento habitual.

En cuanto a los resultados relacionados con las pautas comportamentales de los sujetos estudiados, el autor de esta investigación pudo constatar que el criterio de agresividad se utilizaba como sinónimo de violencia, aunque es válido señalar que esta violencia era generalmente de tipo psicológica, teniendo su máxima expresión en episodios de discusiones familiares y con vecinos, sin llegar nunca a la violencia física, al menos esto fue lo que refirieron los pacientes durante el proceso de entrevista. Las manifestaciones de pasividad estaban asociadas al efecto depresor que ejerce el alcohol sobre el sistema nervioso central, razón por la cual muchos de estos pacientes referían que *"la borrachera me daba por dormir"*.

Estudios realizados sobre el tema indican que generalmente se identifican varias vías de iniciación del consumo en cada paciente, pudiéndose destacar en orden decreciente de frecuencia la sociocultural, hedónica, evasiva, asertiva y sintomática<sup>(14)</sup>. En Cuba se considera como vía patagénica más frecuente la sociocultural, la cual está relacionada con tradiciones, costumbres, patrones de consumo reforzados por el contexto caribeño en lo referente al consumo de alcohol<sup>15,16</sup> y las actitudes comunitarias de tolerancia incondicionada que aceptan tanto el consumo –lo que resulta adecuado– como los excesos embriagantes, de resultados catastróficos constatados a través de la historia en diferentes contextos socioculturales.<sup>17,10</sup> De igual forma se valora la influencia de grupos humanos tanto en su categoría macrosocial como microsocia, expresándose uno de sus paradigmas en las ocupaciones de alto riesgo como ocurre con los trabajadores de empresas productoras de bebidas, servicios gastronómicos, reparaciones de autos, empresas turísticas y aquellas que implican separaciones frecuentes del medio familiar como los trabajadores de la marina.<sup>17</sup>

En cuanto a la vía evasiva, se puede afirmar que ha sido muy enfatizada en la literatura científica hasta el punto de llegar a considerarla como la más relevante. En este caso, el consumo del tóxico persigue olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas, y pretende –lo que en el caso del alcoholismo se conoce popularmente como– *"ahogar las penas"*, sin percatarse que dicha conducta lo que hace es aumentarlas hasta el punto de llegar a veces a lo que llamamos evasión secundaria, donde lo que llega finalmente a pretender olvidar son paradójicamente las propias consecuencias del consumo, algo así como consumir para olvidar las tragedias que determina dicha conducta. (18) En el proceso de atención a personas adictas al alcohol es frecuente la valoración de diferentes aspectos que intervienen en el establecimiento de las formas evasivas de la enfermedad.

Por último la vía hedónica, aunque estrechamente vinculada a la vía sociocultural, se caracteriza por estilos de vida donde la búsqueda del placer es la motivación más importante para el consumo reiterado. Es muy frecuente en sujetos con rasgos disociales y también en jóvenes procedentes de medios familiares económicamente muy holgados y erróneamente habituados a la satisfacción excesiva de sus necesidades de recreación. Las características más frecuentes presentes en los sujetos estudiados son: se muestran cada vez más egoístas, no aceptan ningún tipo de compromiso social moral y sus capacidades críticas comienzan a involucionar. Se concluye que la mayoría de los sujetos evaluados presentaron niveles de intensidad de la dependencia al alcohol catalogados como moderado, siendo la dificultad para controlar la ingesta de alcohol, la conducta para aliviar los síntomas de abstinencia y el consumo habitual de alcohol las sub escalas con mayor afectación.

El patrón de consumo en los pacientes estudiados se caracterizó por un volumen de consumo que oscila entre media y una y media botellas de ron diarias, el lugar de consumo preferido es "la calle", generalmente en solitario, prefiriendo el horario de la tarde, las pautas comportamentales están regidas por comportamientos agresivos y pasivos, así como la vía sociocultural es la que principalmente ejerce de soporte cultural al consumo.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González RA. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1995; 11(3): 269-70.
2. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En Morris E. Chafetz, MD (eds). Tratado de Psiquiatría. La Habana: Científico-Técnico; 1992.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2015.
4. Bobes J, Bascaran MT, Bobes-Bascaran MT, Carballo JL, Díaz-Mesa EM, Florez G, et al. Valoración de la gravedad de la adicción. Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). Psiquiatría Biológica. 1998; 5 (supl 1): 44-7.
6. Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Bousoño M. Capítulo 3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 2º ed. Ars Médica; 2002 p. 15-26.
7. Martínez AM. Cuando el Camino no se ve. Santiago de Cuba: Oriente; 2005.
8. Ferrand RE. Funcionamiento familiar percibido por pacientes alcohólicos [tesis de diploma]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2014.
9. Gutiérrez E, Sáiz PA, García N, Fernández P, González MP, Fernández JJ, Bobes J. Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos. Adicciones. 2001; 13(1):51-60.
10. González RA. Repercusión médico-social y ético-jurídica del uso indebido de drogas. En: Curso de Capacitación para consejeros de la línea antidroga "Consejería: herramienta para el abordaje de las drogodependencias". La Habana: Centro para el Desarrollo Académico sobre Drogodependencias; 2008.
11. Otero A, Rabelo V, Echazábal A, Calzadilla L, Duarte F, Magriñat JM, et al. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001.
12. Reyes D. Características sociofamiliares de pacientes alcohólicos. Minas de Matahambre. Pinar del Río. 2009 [tesis de maestría]. La Habana: Ensap; 2010.



13. Águila CM. El consumo de alcohol en Cuba. Rev. Medcentro[Internet] 20112013 [consultado 3 junio 2014]; 15(4). Disponible en: <http://www.medcentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/353>
14. González RA. Terapéutica psiquiátrica integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
15. Sandoval JE, Díaz JA, Alonso A, Fraga G. **Factores de riesgo de recaídas en el alcoholismo y su relación con el funcionamiento familiar**. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [Internet] 2013[consultado 3 junio 2014]; 10(3). Disponible en: <http://revistahph.sld.cu>.
16. Romero MK, Viera AW, Hernández CV, González R, Sarracent A, Correa M. Relación de la evolución preingreso e iniciación del consumo en adictos al alcohol y cocaína. RevMéd Electrón [Internet] 2012 [consultado 3 de junio de 2014]; 34(3).Disponible en: [www.http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol3%202012/tema06.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol3%202012/tema06.htm)
17. Alonso F. Las nuevas adicciones. Madrid: Editorial TEA; 2003.
18. González RA. Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.

---

## ANEXOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según niveles de intensidad de la dependencia al alcohol.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Leve	6	18.1
Moderado*	20	60.6
Grave	7	21.2
Total	33	100,0

\*Cuatro pacientes se encontraban en el límite (37 puntos) entre moderado y grave

### Anexo 2. Instrumento resultante. EIDA

#### *Escala de Intensidad de Dependencia al Alcohol (EIDA)*

Intente recordar un periodo de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente a la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período

#### **Durante ese período de tiempo que bebía mucho**

1. Me despertaba sudando	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Tenía náuseas a primera hora de la mañana	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

1. Me despertaba completamente bañado en sudor	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Temía que llegase la hora de levantarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me sentía muy nervioso al despertarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me sentía asustado al despertarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me gustaba beber alcohol por la mañana	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Bebía por la mañana para calmar los temblores	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Bebía más de 4 tragos de ron al día <i>(el equivalente es una botella de vino u 8 vasos de cerveza)</i>	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Bebía más de 8 tragos de ron al día <i>(el equivalente son 2 botellas de vino o 16 vasos de cerveza)</i>	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

1. Bebía más de 16 tragos de ron al día <i>(el equivalente son 3,5 botellas de vino o 32 vasos de cerveza)</i>	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Bebía más de 32 tragos de ron al día <i>(el equivalente son 7 botellas de vino o 64 vasos de cerveza)</i>	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 tragos de ron <i>(el equivalente son 2 botellas de vino o 18 vasos de cerveza)</i>	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Después de haber tomado algunos tragos me apetecía seguir bebiendo	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas <i>(trabajo, estudio, reuniones, etc.)</i>	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca o casi nunca
1. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca o casi nunca
1. Había días en los que conseguía no beber nada	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca o casi nunca
<b>Imagínese la siguiente situación:</b>				
1. Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas. 2. Y tiene una recaída en la que bebe bastante durante 2 días consecutivos.				
1. Por la mañana comenzaría a sudar	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
1. Tendría temblor en las manos	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
1. Tendría náuseas	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante

1. Mi cuerpo temblaría	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
1. Mis deseos por beber serían	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Recibido: 09 de septiembre de 2016  
Aceptado: 26 de diciembre de 2016

*Serguei Iglesias Moré.* Grupo de Investigaciones sobre Adicciones. Universidad de Ciencias  
Médicas de La Habana; Cuba