

Título : Intervención educativa para disminuir riesgos y problemas relacionados con el alcohol en población femenina de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. C León Mármol Sónora (leo@ciego.cav.sld.cu)

Centro de Trabajo : Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Nguyen-Van-Troi”. Ciego de Ávila

PREMIO EN LA INSTANCIA PROVINCIAL DEL CONCURSO PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2012

Palabras clave:

Intervención educativa; Problemas Relacionados con el Alcohol (PRA); sexo femenino.

Introducción.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas por parte de la población femenina, es un fenómeno social que muestra una tendencia creciente a nivel mundial, después de la década del setenta del siglo XX, momento histórico en que se promovió la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo, con la consecuente salida del hogar (1,2).

Existen evidencias que demuestran la estrecha relación entre la mujer y el alcohol desde tiempos inmemoriales; en la Biblia, un profeta proscribe a una gestante el uso de esta sustancia en estos términos: “...*estás encinta, en lo adelante, no debes tomar ni vino ni licor*” (3).

La dependencia del alcohol constituye en los momentos actuales una de las principales tragedias que enfrenta el mundo, donde un tercio de la población mundial padece sus consecuencias negativas (4). En los años 90, se realizó un estudio nacional acerca de las características del consumo de bebidas alcohólicas, dirigido por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) (5). En el mencionado trabajo se expone que 2,5 % de la población cubana presentó dependencia del alcohol y el porcentaje de los hombres duplicó al de las mujeres; también se encontró que la prevalencia de esta entidad en los habitantes de Ciego de Ávila fue 2,8 %.

En un estudio realizado por el autor (6) en una población femenina de Camagüey en el año 2002, se encontró que la frecuencia de aparición de dependencia del alcohol en mujeres fue de 4%, resultados que coincidieron con investigaciones efectuadas en Ciego de Ávila (7).

Algunos autores consideran que el consumo de bebidas debe ser controlado mediante la enseñanza de procedimientos que puedan medir la cantidad de alcohol ingerido (8-12), estos aspectos se tomaron en cuenta en Ciego de Ávila al aplicar estrategias educativas cuyos resultados fueron expuestos en el Taller Nacional de Prevención del Consumo Indebido de Alcohol en Ciudad de La Habana (13).

Los planteamientos expuestos por los expertos cubanos coinciden con la opinión de Miller P y col (14), quienes expresaron en el año 2006 ... “*las intervenciones educativas practicadas*

en dos sesiones de 30 minutos cada una, son tan efectivas como las sesiones prolongadas basadas en técnicas cognitivo-conductuales, semejantes a los programas de los doce pasos”.

En igual sentido, en el Hospital Marqués de Valdecilla (15), de Cantabria, España, fue desarrollada una intervención educativa denominada Programa Focal Cantabria (PFC) para instruir a la población general sobre las cantidades de alcohol ingeridas que no ocasionan daños a la salud. En este estudio se opera con los llamados Problemas Relacionados con el Alcohol (PRA), una categoría reservada para denominar las consecuencias que afectan a las personas que se exceden en sus incursiones con esta sustancia y que no cumplen los criterios para el diagnóstico de dependencia alcohólica.

Estos criterios han sido utilizados en Ciudad de La Habana para conocer la magnitud de las consecuencias del uso nocivo de alcohol en una población general y han aportado un referente necesario para el desarrollo de este trabajo (16), que incluye como primer requisito dirigir las acciones preventivas de salud a personas que no sean dependientes del alcohol.

Con propósitos similares, Prochaska JM y col (17) expresaron en 2007: *“...la meta primaria con los bebedores problemas debe ser la facilitación del cambio”*... Las modificaciones en las conductas ante el consumo de alcohol son posibles, para estos fines se recomienda la aplicación de intervenciones motivacionales, basadas en crear expectativas para aprender a beber con moderación y no dañar la salud.

El alcohol es la más subvalorada de las drogas, la ignorancia sobre las consecuencias de su uso excesivo es un problema difundido en la población, por estas razones, la OMS propuso la elaboración, aplicación y evaluación de estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol.

Esta organización internacional se refirió a los daños durante la gestación y la lactancia, un criterio planteado también por varios expertos en el tema y expresó que el uso nocivo de alcohol constituye el factor de riesgo principal para enfermar en países subdesarrollados y en vías de desarrollo y el tercero en importancia para los países industrializados (17-24).

Por estas razones, en Cuba se ha estudiado el comportamiento de las mujeres en relación con el consumo de bebidas y para su control se han elaborado estrategias que están implícitas en el Programa de Prevención de la Conducta Alcohólica desde el año 1985, el cual se actualizó en octubre de 2007 y está argumentado por las teorías de los expertos (5, 7, 13,21-26).

Estas acciones también tributan al trabajo de rehabilitación, debido a que las personas diagnosticadas como dependientes del alcohol son remitidas a tratamientos y seguimiento en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) o pueden ser ingresadas para la deshabitación al alcohol en el segundo nivel de atención (27).

En 2006 en Ciego de Ávila se incorporó la categoría PRA al trabajo preventivo, se aplicaron intervenciones educativas breves, con la creación de programas computarizados didácticos

para la instrucción de la población, se incluyó la necesidad de estratificar las acciones según sexos y edades, sobre todo con énfasis en el adulto mayor (28-30,31).

Existe evidencia del uso nocivo de alcohol en una parte de la población femenina, cuyos efectos negativos se manifestaron como necesidades sentidas en el diagnóstico de salud del área de estudio. Además, constituyeron fuentes de motivación en este trabajo, los referentes de la literatura especializada acerca del carácter oculto del consumo del tóxico en las mujeres y la repercusión negativa en la embarazada en detrimento de su descendencia. (1, 2, 4, 12, 14,18).

La experiencia del autor sobre la necesidad de realizar intervenciones breves para instruir a la población, referente a las consecuencias negativas del uso indiscriminado de bebidas alcohólicas también justifica la realización del presente estudio.

La intervención realizada en el área norte de Ciego de Ávila está en correspondencia con el actual Programa Nacional de Prevención del Consumo Indebido del Alcohol (13) y constituye una propuesta para instruir a las mujeres no dependientes a esta sustancia a beber de manera que no dañen la salud o a mantener la abstinencia (9).

La prevención de otras toxicomanías y entidades comórbidas también justifican la implementación de esta intervención.

Objetivos

1. Implementar una Intervención Educativa para disminuir riesgos, Problemas Relacionados con el Alcohol (PRA) y prevenir la aparición de dependencia del alcohol en mujeres del área norte del municipio de Ciego de Ávila.
2. Caracterizar la situación inicial de la población en estudio de acuerdo a:
 - Tipos de riesgo y PRA.
 - Dependencia del alcohol.
 - Comportamiento de algunas variables epidemiológicas de acuerdo al tipo de riesgo y dependencia del alcohol.
3. Diseñar una intervención educativa breve y evaluar sus resultados antes y después de dos años de la aplicación respecto a conductas de riesgo, frecuencia de aparición de PRA y presencia de dependencia del alcohol.

Diseño Metodológico

El trabajo se desarrolló durante el período comprendido desde marzo de 2007 hasta diciembre 2010. Clasifica como una investigación de desarrollo a partir de un diseño pre experimental de un solo grupo. Los métodos utilizados estuvieron determinados por los objetivos de investigación proyectados.

A nivel teórico se emplearon los métodos de análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico lógico y el enfoque sistémico; todos de utilidad en el estudio y valoración de las fuentes

bibliográficas localizadas en torno a la temática de investigación, así como en la interpretación de los resultados.

También se emplearon métodos y técnicas del nivel empírico y estadístico para la constatación del estado de las variables objeto de estudio y la valoración del pre experimento desarrollado.

De este modo, para evaluar los riesgos se entrenó a las mujeres en estudio con técnicas de auto monitoreo del consumo y se utilizó una entrevista estructurada para la recolección de los datos sobre la caracterización de la muestra y para la evaluación de los PRA.

El diagnóstico de la dependencia del alcohol en esta intervención se realizó a partir del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), un instrumento de alta fidelidad (32).

El método de análisis documental resultó de utilidad para extraer la información necesaria en la implementación de la intervención educativa; se utilizó el por ciento como medida de resumen de información de variables cualitativas y se aplicaron análisis no paramétricos para dos muestras relacionadas, con vista a determinar la utilidad de la intervención y de correlación, para constatar la asociación entre las variables que fueron objeto de estudio. La intervención propuesta está basada en el PFC (15), adecuada a las características y estilos de vida de una población femenina, que reside en un área priorizada que pertenece al Policlínico norte y del Reparto Aeropuerto del municipio Ciego de Ávila.

Resultados y discusión

Caracterización de la situación inicial de la población objeto de estudio. Tipos de riesgo y PRA.

De las 602 mujeres estudiadas, 60 (9,96%) refirieron no consumir bebidas alcohólicas en ninguna ocasión, fueron consideradas de riesgo nulo.

La mayoría de las personas de la muestra presentaban algún tipo de riesgo, con predominio del ligero, con 433 personas al inicio de la intervención (71,92%); 60 en riesgo medio (9,96%), alto 30 (4,98%) y severo 19 (3,15%).

Estos datos coinciden con un trabajo realizado en España, por Díez J. E. y col (15), en el cual se encontró que 23% de las mujeres estudiadas eran bebedoras de riesgo medio, alto y severo. Baer JS y Peterson PL encontraron iguales resultados (86).

En cuanto a la presencia de PRA, la totalidad de las bebedoras de riesgo ligero no presentaron estas alteraciones.

Los PRA se presentaron en las mujeres con riesgo medio, alto y severo. En estos casos al aumentar el volumen ingerido de alcohol se incrementó el peligro para la salud, estos resultados son similares a los de Tatarsky A y Denning P y col (82,83)

Los resultados de la presente investigación son comparables con la estadística de Caballero AJ (16), en población de Cayo Hueso, La Habana, quien encontró en la muestra estudiada 6%

de mujeres abstemias e identificó 32 bebedoras de altos riesgos con problemas relacionados con el alcohol.

Widle M y col (84) y Westermeyer M y col (85, 86) obtuvieron resultados similares en dos investigaciones realizadas.

Identificación de las mujeres dependientes del alcohol a partir de las bebedoras de riesgo alto y severo.

Las diecinueve mujeres identificadas en el presente estudio como dependientes del alcohol coinciden con las clasificadas como riesgo severo.

Cepeda BA y col (87) coinciden con estos resultados.

En la mayoría de las ocasiones, las personas con riesgo severo resultan diagnosticadas como dependientes del alcohol, después de ser sometidas a estudios clínicos, debido a que los altos volúmenes del tóxico ingerido promueven los mecanismos de adaptación tisular a la sustancia química y determinan una enfermedad adictiva.

Comportamiento de algunas variables epidemiológicas de acuerdo al tipo de riesgo.

- **Edad:** en riesgo severo predominaron las edades comprendidas de 35 a 44 y de más de 55 años, con cuatro mujeres en cada grupo.

De 443 mujeres en riesgo ligero, se encontraban en edades comprendidas entre 15 a 34 años.

En las mujeres de riesgo nulo predominó el grupo de edad mayor de 55 años.

En el estudio realizado en Santander, España, la mayor frecuencia de consumos elevados lo exhibieron personas de edades comprendidas entre 18 - 29 años (15). En el estudio de Cayo Hueso, La Habana, se encontró una mayor frecuencia de consumos en edades de 30 a 49 años (16).

Según estadísticas de Coviello DM y col, en Estados Unidos de América (89), 25% de jóvenes encuestados manifestaron beber en forma excesiva. Estos autores coinciden en la necesidad de insistir en las intervenciones educativas que involucren a la familia para lograr resultados más efectivos y refieren que las personas en edades más jóvenes son comúnmente más afectadas por los problemas relacionados con el alcohol.

En este trabajo los consumos más altos de alcohol estuvieron presentes en mujeres en edades medias de la vida, estas personas fueron observadas por el equipo de salud mental, debido a la facilidad que existe en la zona de estudio para obtener el alcohol, que cuenta con varios lugares de expendio de bebidas, en los que se incluyen termos de cerveza, bares y clubes donde asiste la juventud. Existió asociación estadística entre los riesgos y los grupos de edades ($p = 0,033$).

- **Escolaridad:** el nivel de secundaria básica predominó en las participantes en el estudio

-Ocupación: las amas de casa estuvieron mayormente representadas entre las portadoras de riesgo severo, alto y medio. Existió asociación estadística entre la ocupación y los tipos de riesgo ($p=0,001$).

El alto consumo de alcohol encontrado entre amas de casa probablemente se relacionó en la mayoría de los casos con la sensación de soledad experimentada en el hogar por las mujeres. Estos datos coinciden con Wang R y col (90) en un estudio realizado en Norteamérica.

En una investigación realizada por Padrón AI y col (91) en Ciudad de La Habana, se encontró que en la muestra participaron 36 amas de casa, de ellas 19,4% eran bebedoras abusivas.

En la investigación practicada en Camagüey por el autor (6), de 28 mujeres dependientes del alcohol identificadas en un área de salud, 12 (42,8%) eran amas de casa.

- Estado civil.

El estado civil soltera presentó mayor representatividad en los riesgos severo y alto. En Estados Unidos de América Tucker JA y col (92) informaron que de 24 mujeres con problemas con el alcohol, 13 eran solteras, lo que representó 54,1% de la muestra.

- Uso nocivo del alcohol en los padres.

Predominó el antecedente de uso nocivo de alcohol en el padre de mujeres con riesgo alto (Tabla 1).

El consumo indebido de bebidas en la madre estuvo presente en tres participantes de riesgo alto y cinco de riesgo severo. Existió asociación estadística entre los tipos de riesgo y la presencia de uso abusivo de alcohol en los padres ($p < 0,005$) (Tabla 2).

Tabla 1 Distribución según riesgos y uso nocivo de alcohol en el padre.

-Hábito de fumar.

El hábito de fumar estuvo más representado entre las mujeres de mayores riesgos, en relación

Uso nocivo en la madre	Tipos de riesgos al inicio de la intervención										Total
	Nulo		Ligero		Medio		Alto		Severo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
NO	59	98,40	421	97,2	54*	90,00	27*	90,00	14*	73,79	575
SI	1	1,6	12	2,8	6	10,00	3	10,00	5	26,31	27
Total	60	100	433	100	60	100	30	100	19	100	602

con este aspecto fumaban la totalidad de las participantes de riesgo severo, estos datos coinciden con Wakefield , Apodaka y col (93,94). Capelli JC y col (95), Wayne F y col (96)

estudiaron adolescentes fumadores y encontraron resultados similares, entre otros autores norteamericanos (97-99).

En el presente estudio fue evidente la asociación entre los hábitos de fumar y beber.

- Ingestión de psicofármacos.

De las 602 participantes, 17 reconocieron sus consumos no facultativos de psicofármacos. La

Presencia de padre con uso nocivo de alcohol	Tipos de riesgos al inicio de la intervención										Total
	Nulo		Ligero		Medio		Alto		Severo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
No	58	92,0	398	92,9	48	80,6	13	45,8	5	26,31	522
Si	2	8,0	35	8,09	12	20,0	17	56,66	14	73,18	80
Total	60	100*	433	100	36	100	35	100	9	100	602

totalidad de participantes de riesgo severo consumían estas sustancias. Bot S y col (100) , Nolen E y Hoeksema S (101) reportaron resultados similares.

Particularidades de la intervención educativa de Ciego de Ávila.

Reacciones obtenidas en el intercambio con las mujeres en estudio y su manejo desde el punto de vista educativo.

Tabla 2. **Distribución según riesgos y uso nocivo de alcohol en la madre.**

Las principales reacciones obtenidas durante las fases de intercambio con la población objeto de estudio se relacionan a continuación:

-Risa,

-Manifestaciones de crítica al personal de salud en relación a su probable forma de

Se enseñaron técnicas para refutar la oferta de alcohol cuando era inoportuno el consumo

Evaluación de la Intervención Educativa después de dos años de su aplicación.

El grupo de riesgo alto disminuyó de 30 a 16, el medio de 60 a 18, el ligero aumentó de 433 a 489, el riesgo nulo se mantuvo en 60 personas. La diferencia entre los grupos fue significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3. **Cambios en los tipos de riesgo durante la intervención.**

Etapas de la intervención	Tipos de riesgos					
	Nulo	Ligero	Medio	Alto	Severo	Total
Al inicio	60	433	60	30	19	602
Al final	60	489	18	16	19	602

Valoración de los cambios individuales en los riesgos.

Los cambios hacia tipos de riesgo de menor grado se observaron en 56 participantes, quienes representaron 9,30 % de las 602 mujeres en estudio. Estos se produjeron de la siguiente forma:

-De riesgo alto a ligero:	14
-De riesgo medio a ligero	42
No se modificaron en los riesgos medio y alto	34

Se consideró un resultado positivo el cambio de conductas de altos riesgos hacia formas de consumo de escaso peligro para la salud, se tuvo en cuenta la magnitud del riesgo alto, que es limítrofe con la dependencia del alcohol y que en este caso se pudo controlar con la intervención educativa en casi la mitad del total de personas.

Este resultado muestra la utilidad de la intervención, aunque desde una perspectiva ético humanística, la estrategia sería efectiva si se beneficiara sólo una persona.

Todd M y col, realizaron un estudio y encontraron la disminución de los problemas relacionados con el alcohol en la mayoría de su muestra.

Evaluación de los resultados de la intervención de acuerdo a los PRA.

Antes de la aplicación del programa existían 101 personas con PRA, al finalizar la intervención, 56 quedaron con alteraciones de salud atribuibles al uso del tóxico. Este dato fue significativo desde el punto de vista estadístico ($p < 0.05$) (tabla 4).

Los PRA más comunes encontrados en las personas que se excedían en el uso de bebidas fueron: 21 presentaron gastritis, 43 depresión, 22 trastornos de conducta, cuatro personas manifestaron hipertensión arterial y una aquejó presentar hígado graso, 10 presentaron otros trastornos debido al uso de la sustancia.

Al final de la intervención las participantes del estudio que modificaron sus PRA lo hicieron de la siguiente forma:

- gastritis: lograron erradicarla 15 mujeres.
- depresión: desapareció en 27 personas.
- trastornos de conducta fueron controlados 14.

--hipertensión arterial fue controlada en dos personas.

--se controlaron las otras 10 alteraciones atribuibles al alcohol.

En esta intervención, la gastritis fue el principal trastorno en las bebedoras, esto se debió probablemente a los deficientes hábitos alimenticios que poseían cuando ingerían alcohol, la depresión también obedeció al desconocimiento de los efectos de la sustancia, la mayoría de las personas en estudio consideraban el alcohol como un estimulante y desconocían los efectos depresivos cuando su uso es indiscriminado.

Tabla 4. Modificación de P R A durante la intervención.

Etapa de la intervención	Personas con PRA
Al inicio	101
Al final	56

Conclusiones

- Se aplicó la Intervención Educativa y se enseñaron técnicas de autorregulación y auto monitoreo del consumo de alcohol para evitar riesgos y PRA.
- Una sexta parte de la muestra se reconocieron como bebedoras de riesgo medio, alto y severo, en las cuales predominaron los PRA y en su mayoría se caracterizaron por estar en grupos de edades medias de la vida, con escolaridad secundaria básica, solteras, amas de casa, hijas de padre con uso indebido de alcohol y fumadoras.
- Del total de mujeres estudiadas, 2,2% resultaron dependientes del alcohol, referidas a tratamiento especializado.
- La mayoría de las mujeres en riesgo medio y alto modificaron el uso del tóxico hacia formas menos dañinas, después de aplicada la Intervención Educativa.
- Los PRA disminuyeron, la gastritis y la depresión fueron erradicados casi en la totalidad de las personas.

Referencias bibliográficas

1. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2005.
2. Martínez M. Alcoholismo femenino. Problemática social [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2007; citado 3 Marzo 2008] Infomed.cu Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/search.php?query=&topic=14>
3. Biblia Latinoamericana. Edición Pastoral, Madrid, 1994.
4. González R. De mis apreciaciones ingenuas sobre las drogas, a las basadas en la experiencia de 30 años como terapeuta. Rev Cubana Med Gen Integr. [on line]. Mar.-abr. 2004, vol.20, no. 2 [citado 9 Marzo 2008], p.0-0.Disponible en:http://scielo.sld.cu/cielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252004000200010&Ing=es&nrm=iso>ISSN 0864-2125.
5. Chang de la Rosa M, Cañizares M, Sandoval JE, Bonet M, González R. Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana. Rev Hosp Psiquiatr Hab. 1998; 39(3): 257-263.
6. Mármol L. Determinación de un sistema de factores clínicos y socioculturales para trabajar en la prevención del alcoholismo femenino. [Tesis] Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2002.
7. Moreira R. Comportamientos ante el alcohol y caracterización epidemiológica en mujeres pertenecientes a un consultorio. [Tesis] Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"; 2003.
8. Graves KN. Risks and protective factors associated with alcohol. J Youth. 2005; 4(2):379-387.
9. Sobell L, Sobell M. Time line follow back: A technique for assessing self reported ethanol consumption. Measuring alcohol consumption. The Humana Press, Totowa, 1992.
10. Miller WL. Controlling your drinking, tools to make moderation work for you; Guilford Press, New York, 2005.
11. Owen PL. Change mechanism. Guilford Press, New York, 2006.
12. World Health Organization. The WHO brief intervention study group. Brief intervention with heavy drinkers. Am J Publ Health. 1996; 86(12): 948-955.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol. La Habana, MINSAP, 2007.
14. Miller P, Ball AS, Todd M, Tennen H. Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. Addict Behav. 2007; 32(6):1105-1118.
15. Díez Manrique JF. Análisis bibliográfico del concepto problemas relacionados con el alcohol. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1993; 21(2):44-50.
16. Caballero AJ. Respuesta comunitaria: Problemas relacionados con el alcohol (PRA). [Tesis] Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médica "Victoria de Girón"; 1995.
17. Prochaska JM, Prochaska JO, Cohen FC. The transtheoretical model of change for multi-level interventions for alcohol abuse on campus. J Alcohol Drug Educ. 2005; 47(3):34-50
18. González Menéndez R. Tabaco y alcohol. Las drogas bajo piel de cordero. [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2007; citado 2 Mayo 2008]Infomed.cu. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=GONZALEZ+MENENDEZ,+RICARDO>
19. Washton A, Zweben JE. Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice. Doing what works. Guilford Press, New York, 2006.
20. Ey H, Bernard P, Dashaies E. Manuel de psychiatrie. Masson, Madrid, 1997.
21. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Brasilia. I Conferencia Panamericana de Políticas en Alcohol, Brasilia; 27-30 nov 2005
22. Sokol RJ. Fetal alcohol spectrum disorder. J Am Med Assoc. 2003; 290(22): 2926-2999.
23. Bertrard J. Fetal alcohol syndrome. Atlanta, GA: Centred for Disease Control and Prevention; 2004.
24. Alonso F. Los tres secretos del alcoholismo. Ediciones Libertarias, Madrid, 1998.
25. González R. Alcoholismo. Abordaje integral. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2007.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención y Control de la Conducta Alcohólica. MINSAP, 1985.
27. Mármol L, Ocaña AI. Caracterización de las mujeres alcohólicas egresadas del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila. Enlace [serie en Internet] 2002 actualizado 10 abril 2002 [citado 12 junio 2003] 8(46):12-22. Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>
28. Mármol L, Ocaña AI. Software educativo en la prevención del alcoholismo. Su aplicación en el área Norte de Ciego de Ávila en 2006. MediCiego [serie en Internet] 2007 [citado 6 mayo 2007] 13(1): [8 p.].Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/comunicacion/cb2_v13_0207.html

29. Mármol L, Ocaña AI. Intervención focal educativa preventiva del alcoholismo en el área Norte de Ciego de Ávila. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2007 [citado 6 mayo 2007] 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a3_v13_0107.htm
30. Mármol L. Estrategias educativas de prevención del uso nocivo de alcohol. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol. La Habana, MINSAP, 2007.
31. Mármol L, Ocaña AI. Uso abusivo de bebidas alcohólicas en el adulto mayor. A propósito de un caso. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2007 [citado 8 mayo 2007]13 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c1_v13_0107.htm
32. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Versión 2.1. Ginebra, OMS, 2000.
33. Sandoval JE, Hernández AE. Alcohol, mito y realidad. Editorial Científico Técnica, La Habana, 2004.
34. González R. Contra las adicciones. Clínica y terapéutica. Editorial Científico técnica, La Habana, 2006.
35. Lis Turlejska M; Polar M. Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among alcohol dependent women. Polish Psychological Bulletin, 33(2): 13-20, 2002.
36. Roca R. Temas de Medicina Interna. 4ta Ed. Editorial. Ciencias Médicas, La Habana, 2002.
37. Gorguet M. Violencia, sexualidad y drogas. Autoayuda. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2006.
38. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, Guilford Press, New York, 2002.
39. Merlin D. Gender differences appear in drug dispensing data. Psychiatric News, American Psychiatry Association, professionals News, 42(15) 9-11, 2007.
40. Stinsky IA, Stefan K. Binge drinking and health behavior. Addictive Behaviors.32 (3):505-514, 2007.
41. Cheryl D, Brich J, Sherry H. Exploring differential patterns of situational risk for eating and heavy drinking. Addictive Behaviors .32(3):439-448, 2007.
42. Keller S, Jason E. Binge drinking and health behaviors in medical students. Addictive Behaviors. 32(3):505-515, 2007.
43. Gill JS. Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within U. K. undergraduate student population over the last 25 years. Journal of Alcohol and Alcoholism.37 (2):109-120, 2002.
44. James LM, Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with alcohol use problems and cluster B personality. Addictive Behaviors.32 (4)710, 2007
45. Maruyama K., Mirle D. Japan grapples with alcoholism crisis. Addictive Behaviors. 32(1):24-36, 2003.
46. Goldman D, Alcohol related problem in Japan, Journal of Abnormal Psychology, 113(32):541-555, 2004.
47. Lau J, Hi Yi Tsu, Lam Lt. Alcohol consumption sex and use of psychotropic substances among Hong Kong -mainland China cross border substance users. Addictive Behaviors.32 (4):686-689, 2007.
48. Norico C, Sacker A, Smith EM. Psychological distress and misuse. Addictive Behaviors. 32(2):282-295, 2007.alcohol use and
49. Dregan M, Turlejska ML, Wilson TA. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. Addictive Behaviors 32(5): 902-912, 2007.
50. Grinder J, Bandler R. The structure of magic. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1997.
51. Glindermann KE, Ehrhart I, Drake EA, Scout E. Reduction alcohol consumption at university fraternally parties: a cost-effective incentive-reward intervention. Addictive Behaviors. 32(1): 24-36, 2007.
52. Marlatt GA, Little J. Harm reduction psychotherapy: a new treatment for alcohol and drug problems. Journal of Studies on Alcohol, 63(28):631-640, 2002.
53. Gutiérrez E, Bandera A, Gómez AM, Martínez M. Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias. Editorial Científico- Técnica, Ciudad de La Habana, 2006.
54. La Brie J, Pedersen ER, Lamb T, Quirlamp T. A campus –based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in college students. Addictive Behaviors. 32(5) 902, 2007.
55. De Jong P J, Weirs R W; van de Braak B, Huijding J. Relationship with drinking behavior and alcohol problems. Addictive Behaviors.32 (4):881-887; 2007.
56. Zweben J E, Washton A, Boundy L. Women need special treatments. Guilford Press, New York, 2004.
57. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Formulario Nacional de Medicamentos, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2006.
58. Ministerio de Salud Pública de Cuba: Programa Nacional de prevención y control del alcoholismo. Taller Nacional de actualización en tratamientos antialcohólicos, La Habana, marzo 2006.
59. González R. El alcoholismo y su atención específica. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1995.
60. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. El paciente drogodependiente. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Masson, Madrid, 2004.
61. Kelly ML, French A, Bountres K, Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. Addictive Behaviors. 32(4)734, 2007.

62. Clavijo A. Crisis, estrés y psicoterapia. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2000.
63. Hernández R. Metodología de la investigación. Editorial Félix Varela, La Habana, 2004.
64. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima Edición. Editorial Meditor, Madrid, 1992
65. Vázquez Barquero JL; Díez Manrique JF.; García Usieto ME. Psiquiatría en atención primaria. Grupo Aula Médica, Cantabria, 2005.
66. Anónimo, <http://www.muJeres.cubaweb.cu/espacio/tema.htm>
67. Mármol L, Ocaña AI. Presentación de un caso de uso abusivo de bebidas alcohólicas en una adolescente. MediCiego [serie en Internet] 2007 [citado 5 mayo 2007]13 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c4_v13_0107.htm
68. DiClemente, CC. Addiction and change: How addiction develops and addicted people recover. Guilford Press, New York, 2003.
69. Albear O, Lugo C. Conviviendo con VIH. Manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH-SIDA en Cuba. Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH-SIDA, 2004.
70. Muesuer KT. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. Guilford Press, New York, 2006.
71. Wahston, A., "Outpatients groups at different stages of substances abuse treatment: preparation initial abstinence, and relapse prevention". In D. W. Brook Ed. The group psychotherapy of substance abuse. Haworth. Medical Press, Binghamton, New York, USA, 2005.
72. Babor T; Caetano R. Evidence based alcohol policy in the Americas. Strengths weakness and futures challenges. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(3-4) 3327-337,2005.
73. Bunke BL, Arkowitz, H, "The efficacy of motivational interviewing: a meta analysis of controlled clinical trials. Journal of studies on alcohol", 63 (5):559-567, 2003.
74. Apostolopoulos Y. Risk behaviors of American spring break vacationers: a case of situational desinhibition? International Journal of STD and AIDS, 13(2): 733-743, 2002.
75. Grinder J; Bandler R. Frogs into princes. De sapos a príncipes, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2005.
76. Barnett NP., Tevay T., Fromme K. "Brief alcohol interventions with mandated in adulterated college students". Alcoholism. Clinical and experimental research, 28(6):966-975, 2004.
77. Sobell M.; Sobell L. Problems drinkers: Guided self-change treatment, Guilford Press, New York, 2003.
78. Mármol L, Ocaña AI. El Alcoholismo en la mujer: Mitos y realidades. Enlace [serie en Internet] actualizado 6 febrero 2003 [citado 8 junio 2003] 9(51):22-24 Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>
79. Bundio F. La gran diferencia ¿Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres? , Editorial Masson, Madrid, 2005.
80. Graham A W, Schultz T K., Mayo M. Principles of addiction medicine (3rd Ed.) Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine. (2003).
81. Washton A.M., Washton L.J. Finding silver linings in the clouds. Paper presented at the Annual Medical Scientific Conference of the American Society of Addiction Medicine, Atlanta, GA.,2002 Behaviors. 32 (1):115-127, 2007
82. Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy, a new treatment for alcohol and drug problems. Arouson, Northvale, New Jersey, 2002.
83. Denning P, Little J, Gickman A. Over the influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol. Guilford Press, New York, 2004.
84. Widle M, Schumann EG, Hamilton JR. Alcohol use among adolescents and young adults. Alcohol research and health, 27 (4):79-85, 2004.
85. Westermeyer M, White WJ, Phillips RY. Co-morbidity in heavy drinkers. Addictive Behaviors. 32 (4):674-682, 2007
86. Baer JS, Peterson PL. Motivational interviewing for adolescents and young adults. In W R Miller, 2nd Ed. The Guilford Press, New York, 2003.
87. Cepeda BA. Henry K, Gleaves D H, Fernandez M C. Cross-cultural investigations assessments, Journal of Consulting and Clinical Psychology.11 (2):152-159, 2003.
88. Hatterma J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing .Annual Reviews of Clinical Psychology. 1(2): 91-111, 2004.
89. Coviello DM, Alterman AI, Cacciola JC.The rol of family history in addiction severity and treatment response. Journal of Substance Abuse Treatment. 26(1):303-313, 2004.
90. Wang R, Shillington A, Clap J. Substance use disorders among women. Addictive Behaviors. 32 (2):44-46, 2007.

91. Padrón AI, Rangel R, Larrosa C. Aplicación del AUDIT en un consultorio del Médico de Familia. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Taller de prevención del uso indebido de alcohol, La Habana: MINSAP, 2007.
92. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. Different variables are associated with help-seeking patterns and long term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviors*. 29, 433-439, 2004.
93. Wakefield F, Flay B, Nitcher M. The role of the media in influencing trajectories of smoking. *Addiction*, 98 (Suppl 1), 79-103, 2004.
94. Apodaka T, Abrantes AM, Strong D., Brown, R A. Readiness to change smoking behavior in adolescents with psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*. 32 (6):1119-1130, 2007.
95. Capelli JC, Bushmakin AG, Goldman EF. Confirmatory factor analyses and reliability of the modified cigarette evaluation questionnaire. *Addictive Behaviors*. 32(5):912-923, 2007.
96. Wayne F, Clap J., Brown RA. Binge drinking and smoking Pharmacology. *Biochemistry and Behaviors*, 78(24):611-622, 2006.
97. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB. Langrod, J. Substance abuse: a comprehensive textbook. Williams and Wilkins, Baltimore, 2005.
98. Prochaska JO, Velicer WF, Redding CA. Tailored communications for smoking cessation: Past successes and future directions, *Drug and Alcohol Review*, 25, 47-55, 2004.
99. Gogg P. Alcoholismo femenino. Enemigo en soledad (pagina en Internet). La Habana. Infomed.cu; 2007 (actualizado 3 Ene 2008; citado 3 Marzo 2008. Disponible en: <http://www.radohoc.cu/espanol-sugerencias-nov06-alcoholismo.htm>.
100. Bot S; Engels R., Taylor SA. Pastime in a pub. *Addictive behaviors*. 32 (3):491-499, 2007.
101. Nolen E, Hoeksema, S. Gender differences in risks factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychological Review*, 24(8): 981-1010, 2004.
102. Brecht ML, Brown ML, Hunt SE. Substance use pathways. *Addictive Behaviors*, 32 (1):24-38, 2007.
103. Todd M, Arneli S. Ball S. Drinking to COPE. *Journal of studies on alcohol*, 66, 121-129.
104. Herrera Y, Pita C. Alcoholismo femenino. Abordaje del alcoholismo femenino en el primero y segundo nivel de atención. (pagina en Internet) . La Habana. Infomed.cu; 2007 (actualizado 3 Ene 2008; citado 3 marzo 2008). Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/mgi_publicacion_yanela.doc.