

Prevención de Alcoholismo a Nivel Clínico y Comunitario

Dr. Klaus Püschel I,

Médico Familiar, Magister en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Universidad de Washington

Dra. Paula Rojas D,

Médico Familiar CESFAM El Roble

Dra. Blanca Peñaloza H,

Médico Familiar, Directora del CESFAM El Roble

Docentes del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza la eficacia y efectividad de estrategias a nivel clínico y comunitario dirigidas a la prevención de problemas asociados al alcohol. En primer lugar, se describen las características del problema en términos de prevalencia, factores de riesgo y consecuencias del consumo inadecuado de alcohol. En segundo término, se presenta evidencia sobre la eficacia y efectividad de estrategias a nivel clínico y comunitario asociada a la disminución de la prevalencia de bebedores excesivos, es decir, aquellos con consumo perjudicial. Finalmente, se presenta una discusión en relación a los principios comunes de las estrategias analizadas y su relevancia para enfrentar el problema en la atención primaria de nuestro país.

CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

Prevalencia y principales factores de riesgo:

La cuarta edición del Manual Diagnóstico para Enfermedades Mentales (1), identifica dos tipos principales de trastornos asociados al consumo de alcohol: trastornos por abuso de alcohol y dependencia alcohólica. Básicamente, el trastorno por abuso de alcohol está caracterizado por un patrón desadaptativo de consumo que pone a una persona en riesgo de daño biomédico o produce consecuen-

cias negativas en su funcionamiento social. En la dependencia por alcohol o "alcoholismo", la persona usualmente desarrolla tolerancia, síntomas de abstinencia y posee un patrón compulsivo de consumo (1).

De acuerdo a la información obtenida en diversos estudios nacionales, la prevalencia de "bebedores problema", es decir, aquellos con trastornos por abuso de alcohol o con dependencia alcohólica, varía entre un 14% (2) y un 19% (3). Estos indicadores son superiores a los publicados para población norteamericana en la cual la prevalencia de bebedores problema se ha estimado en un 9.4% de la población (4). La prevalencia de bebedores problema es significativamente mayor en hombres y en población de bajo nivel socioeconómico (2,4).

Existe consistente evidencia en estudios internacionales sobre la agregación familiar de los trastornos por abuso de alcohol en la población (5-10). Estudios en gemelos realizados en Estados Unidos, Finlandia, Suecia y Australia, apoyan la hipótesis de una influencia genética en el desarrollo de problemas asociados al alcohol (6-8). La influencia social de familias con inadecuado hábito alcohólico también parece jugar un rol fundamental en el desarrollo del problema. Cloninger y colaboradores (8,9), encontraron una significativa interacción sinérgica genética-ambiental en el desarrollo de bebedores problema al estudiar un grupo de ochocientos hombres y 900 mujeres en Suecia.

Por último, es importante considerar que en la población de bebedores problema existe un alto grado de comorbilidad. Estudios epidemiológicos poblacionales han demostrado que entre un 30% a un 50% de los bebedores problema presentan además trastornos depresivos. Las tasas de alcoholismo son mayores en pacientes con esquizofrenia y alteraciones de personalidad social o limítrofe (11).

Consecuencias asociadas con los trastornos de consumo de alcohol:

Los estudios que han investigado las consecuencias del consumo de alcohol en la población se han centrado en la asociación entre dosis de consumo y daño biomédico y psicosocial (12-14). El umbral de lo que es considerado "beber excesivo" ha tenido cierta variabilidad en diferentes países y culturas. En general, existe consenso en que consumos sobre 280 gramos a la semana en el hombre y 140 gramos en la mujer pueden producir consecuencias significativas en la salud (12). El consumo de alcohol sobre estos niveles se ha asociado con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer orofaríngeo, laríngeo, esofágico y de mama (12-15). La asociación entre cáncer hepático y alcohol es aún controversial y en algunos estudios la presencia de hepatitis B ha actuado como variable confundente de la asociación (12). El riesgo relativo de la asociación entre "bebedores excesivos" y "cáncer" estimada en una cohorte de 12 años de seguimiento en población norteamericana fue de 1.61 (95% Intervalo de Confianza: 1.46-1.78). Es decir, los bebedores excesivos tenían un 61% más de riesgo de desarrollar cáncer que las personas que no bebían en forma excesiva (14).

Los bebedores excesivos tienen también riesgo de desarrollar cirrosis hepática. Las mujeres parecen ser más susceptibles que los hombres para desarrollar esta enfermedad (12). El consumo excesivo de alcohol provoca una elevación en la presión arterial y ha sido asociado en forma independiente con un alto riesgo de accidente vascular encefálico y enfermedad coronaria. Una curva tipo "U" ha sido descrita para la asociación entre consumo de alcohol y enfermedad cardiovascular. Un bajo consumo de alcohol (ej. 1 vaso de vino al día) tendría efectos protectores para el desarrollo de enfermedad cardiovascular

(12,16). El uso excesivo de alcohol en el embarazo se ha asociado al desarrollo del síndrome alcohólico fetal. Sin embargo, las dosis asociadas con la aparición del síndrome no han sido claramente establecidas (17).

El consumo excesivo de alcohol se ha asociado también con diversos problemas psicosociales. Se ha observado que las tasas de suicidio y accidentes están elevadas entre dos a tres veces en bebedores excesivos, en relación a no bebedores (12-14). Los bebedores excesivos tienen también mayor riesgo de divorcio, violencia intrafamiliar, desempleo y pobreza (17).

Existe evidencia de que la cantidad de alcohol consumida, así como la frecuencia en la conducta del beber, están asociados en forma independiente con el desarrollo de dependencia alcohólica o "alcoholismo". Se ha sugerido una interacción de estos dos factores en el desarrollo de dependencia alcohólica (6). Existe evidencia de que la población de bebedores excesivos o con consumo inadecuado de alcohol, pero sin dependencia, dan cuenta de la mayoría de la morbilidad y mortalidad de problemas asociados al alcohol en la población general (18). De esta forma, la población de "bebedores problema" sin dependencia es una población de riesgo clave para intervenir.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Nivel Clínico

Existe abundante evidencia sobre la eficacia de intervenciones breves a nivel primario en la reducción de la prevalencia del beber problema en población consultante. En Inglaterra, Wallace et al (19) desarrollaron un estudio clínico randomizado y demostraron que el consejo breve dado por un médico de atención primaria asociado a un informativo escrito producía una reducción significativa en el consumo de alcohol entre bebedores excesivos luego de un año de intervención. Estos resultados han sido replicados en diversos estudios subsecuentes en el Reino Unido (20). En Estados Unidos, Fleming et al, desarrollaron recientemente un estudio clínico randomizado en 17 clínicas de atención primaria y demostraron que dos entrevistas de 10-15 minutos basadas en consejería disminuían significativamente el consumo de alcohol y la

utilización de recursos médicos en bebedores problema. Los resultados fueron evaluados a un año plazo (21). En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha concluido recientemente un estudio clínico randomizado en 10 países de los 5 continentes basado en consejería breve a nivel primario y demostró una reducción significativa de un 17% y un 10% en el consumo promedio y frecuencia de consumo de alcohol en población de bebedores excesivos. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, tanto en hombres como en mujeres, y fueron mantenidas por nueve meses (22). Finalmente, en un reciente meta-análisis conducido por Wilk et al, se concluyó que los bebedores excesivos que recibieron una intervención breve tenían el doble o más de probabilidad de moderar su consumo después de seis a doce meses de intervención comparado con bebedores excesivos sin intervención (23).

A pesar de la consistente evidencia presentada por estos estudios en relación a los efectos de intervenciones breves a nivel clínico para disminuir el consumo de alcohol en grupos de riesgo, existen factores de importancia que deben ser considerados. En primer lugar, la definición de bebedor problema o excesivo tiene importantes variaciones en los diferentes estudios. En segundo lugar, hay una gran variabilidad en la definición de "intervención breve" en los diferentes estudios. Esta definición varía desde "consejería" de cinco minutos sin sesiones de seguimiento, "consejería" con múltiples sesiones de seguimiento o sesiones de sesenta minutos sin seguimiento asociado (23). Los contenidos de las intervenciones o el "modelo de intervención" fueron también diferentes en los distintos ensayos clínicos. Algunos trabajos utilizaron el modelo de "entrevista motivacional" como estrategia de intervención. Esta estrategia desarrollada por Miller y Rolnick ha demostrado ser una de las más exitosas para reducir el abuso de alcohol en poblaciones de riesgo a nivel clínico (24, 25). El modelo combina el concepto de etapas de cambio desarrollado por Prochaska y Di Clemente (26) con la interpretación Rogeriana de "empatía terapéutica" (25) y el concepto de "autoeficacia" desarrollado por Bandura (27). Cada uno de estos conceptos ha demostrado ser un factor predictivo de cambios conductuales en

los trastornos por abuso de alcohol (24,25). Un último factor a considerar al evaluar el impacto de las intervenciones breves es la variabilidad de efectos observada en diferentes culturas. En el estudio de la OMS (22), existieron diferencias estadísticamente significativas en los efectos de las intervenciones entre los distintos centros participantes.

Nivel comunitario

Las intervenciones a nivel comunitario tienen la ventaja de poder impactar a un amplio espectro de la población, incluyendo aquellos bebedores problema con bajo acceso a los centros de salud o que no han sido identificados adecuadamente a nivel clínico. (i.e "falsos negativos"). Por otra parte, las estrategias comunitarias favorecen las estrategias de prevención primaria, es decir, mediante ellas es posible provocar una reducción leve pero tremendamente significativa en los patrones de consumo de alcohol de toda la población.

Se ha observado que intervenciones basadas sólo en campañas publicitarias fallan sistemáticamente en cambiar actitudes y conductas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes y adultos (30). Intervenciones reducidas al ámbito educativo-informativo en colegios han producido un modesto efecto en cambios de patrones de consumo en adolescentes (30-32). En un reciente meta-análisis del proyecto DARE (32), el más extenso proyecto educativo basado en escuelas en Estados Unidos, se encontró que los programas tuvieron sólo un moderado efecto en cambios de actitudes asociados a alcohol y un efecto no significativo en el consumo. Se ha sugerido la necesidad de intervenciones más integrales que involucren los diferentes actores vinculados al problema y que permitan su participación en el diseño e implementación de las acciones (30,33). En el proyecto DARE recién mencionado, se observó que los mejores resultados se obtenían en la escuelas con mayor participación de adolescentes, padres, instituciones y organizaciones de la comunidad en el diseño e implementación de las intervenciones (32). Este enfoque también ha sido exitoso en otros estudios de intervención comunitaria en Estados Unidos y en Chile (34,35,36) En nuestro país, el proyecto MIRAME, basado

en intervenciones sobre población escolar pre-adolescente, ha demostrado una reducción neta de un 8% en el consumo regular de alcohol y de un 5% en el hábito tabáquico luego del tercer año de intervención. Esta reducción fue estadísticamente significativa al compararla con el grupo control de "no-intervención." El resultado del proyecto MIRAME tiene tremendas implicancias a nivel poblacional dada la carga de morbi-mortalidad asociada al consumo excesivo de alcohol y al tabaquismo, así como también al hecho de que el consumo de estas dos sustancias en la pre-adolescencia se ha asociado fuertemente al uso posterior de marihuana (36).

DISCUSIÓN

Tradicionalmente en nuestro país, el foco de acción para los problemas asociados a alcohol ha estado en el "tratamiento" de los pacientes con "alcoholismo" por los subprogramas. No existe una evaluación integral sobre el impacto de estos programas que funcionan a nivel nacional en los centros de salud primaria. Sin embargo, los indicadores nacionales de cobertura, adherencia y abstinencia de estos programas confirman la hipótesis de un escaso impacto a nivel poblacional (37). Esta situación, ha impulsado a la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud a redefinir estrategias, intentando reorientar el problema hacia la detección y manejo de los bebedores problema sin dependencia a nivel primario más que al "tratamiento" de los "alcohólicos" por el subprograma (3). La "entrevista motivacional" ofrece un interesante modelo de intervención clínica validado en diferentes países del mundo como herramienta eficaz en la disminución del consumo de alcohol en aquellos bebedores problema consultantes en los centros de salud. Sin embargo, dada la variabilidad cultural observada en los diversos estudios existentes, sería de gran relevancia evaluar la efectividad de la intervención en nuestro medio.

A nivel comunitario las estrategias más exitosas de prevención primaria han sido aquellas basadas en la participación activa de la comunidad en el diseño e implementación de las acciones y no simplemente en la recepción de información educativa. La exitosa experien-

cia chilena con el proyecto MIRAME abre tremendas oportunidades de realizar prevención eficaz en consumo excesivo de alcohol, así como también tabaquismo y potencialmente de otras drogas. Estrategias comunitarias como las desarrolladas por los grupos de alcohólicos anónimos han sido también exitosas en la prevención secundaria y terciaria de problemas asociados a alcohol (5).

Las estrategias exitosas de prevención de alcoholismo a nivel clínico y comunitario parecen compartir principios comunes. A nivel comunitario, la participación eficaz de la población en el problema sólo puede darse si las estrategias parten desde los actores involucrados. Como ha sido planteado por el educador brasileño Paulo Freire la clave del aprendizaje y los cambios en la comunidad requieren comenzar desde "donde la gente está situada" (38). Este principio tiene su imagen en espejo en el modelo individual, (clínico) de Miller, de comenzar la intervención desde la etapa motivacional del paciente (25). Si el paciente se encuentra en etapa "pre-contemplativa" respecto a su problema, la estrategia de intervención estará dirigida a "provocar" al paciente, es decir, a que el paciente analice los beneficios y consecuencias de su conducta sin entrar a definir, en ese momento, estrategias posibles de cambio. Así también, comunidades en etapa "pre-contemplativa" requieren de una etapa de "provocación" o sensibilización respecto al problema.

Un segundo concepto clave en el modelo comunitario es el de "empoderamiento" ("empowerment") de la comunidad" (38-40), es decir, la transferencia del poder de decisión a la comunidad en términos de su participación en el diseño e implementación de estrategias para enfrentar el problema. De esta manera, se pretende que la comunidad se "apropie de las estrategias de cambio". Este concepto se vincula muy cercanamente a otro factor clave en el modelo clínico de entrevista motivacional planteado por Bandura y aplicado por Miller et al, como es la "autoeficacia". Esta se refiere a la percepción que el paciente tiene en relación a sus habilidades para cambiar su conducta de consumo. Un elemento clave en la entrevista motivacional es el "empoderamiento" del paciente, de manera tal de fortalecer su "autoeficacia". De esta forma, tanto a nivel clínico como comunitario, el objetivo es in-

tervenir en base a la etapa de "motivación" o "sensibilización" del paciente o comunidad buscando fortalecer la "autoeficacia" de uno y otro para lograr el cambio deseado.

CONCLUSIÓN

En resumen, el consumo inadecuado de alcohol produce importantes consecuencias biomédicas y psicosociales en la población. Las estrategias de salud desarrolladas hoy en los centros de salud no parecen tener efecto en los cambios de conducta a nivel individual o comunitario. Existe numerosa evidencia sobre la eficacia de intervenciones breves a nivel clínico para reducir el consumo excesivo de alcohol y reducir la prevalencia de bebedores problema

en pacientes consultantes.. Existe además, evidencia nacional e internacional sobre la efectividad de intervenciones preventivas a nivel primario en la disminución del consumo de alcohol en población de niños y adolescentes. Las estrategias que han demostrado ser exitosas en la disminución del beber problema y la prevención de alcoholismo comparten principios comunes. Intervenciones a nivel clínico y comunitario en la prevención de alcoholismo aparecen como complementarias y, probablemente, tienen un efecto sinérgico.

Agradecimientos:

A la Dra. Ximena Berríos, del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su experiencia, generosidad y valioso aporte de información.

Bibliografía

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition 1994
- 2) Berríos X., Jadue L., Pantoja T., Poblete JA., Moraga V., Pierotic M. Consumo de alcohol en población adulta de la Región Metropolitana: prevalencia y modalidad de consumo. Revista Médica de Chile 1991; 1: 9: 833-840
- 3) Ministerio de Salud de Chile. Unidad de Salud Mental. Normas técnicas y programáticas del beber problema: consumo perjudicial y dependencia alcohólica. 1993
- 4) Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao Sh, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry 1994; 51:8-19
- 5) Miller NS. The principles and practices of addiction in psychiatry. Saunders 1997
- 6) Dawson DA, Archer LD. Relative frequency of heavy drinking and the risk of alcohol dependence. Addiction 1993; 88: 1509-1518
- 7) Merikangas K. The genetic epidemiology of alcoholism. Psychological Medicine 1990; 20:11-22
- 8) Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry 1981; 38: 861-868
- 9) Bohman M, Sgvardsson S, Cloninger CR. Maternal inheritance of alcohol abuse. Cross fostering analysis of adopted women. Archives of General Psychiatry 1981; 38:861-868
- 10) Kendler KS, Heath AC, Neale MC et al. A population based twin study of alcoholism in women. JAMA 1992; 268:1877-1882
- 11) Regier DA, Farmer ME, Rae OS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area Study. JAMA 1990; 264: 2511-2518
- 12) Anderson P, Cremona A, Paton A, et al. The risk of alcohol. Addiction 1993; 88:1493-1508
- 13) Klatsky AL, Armstrong AA, Friedman GD. Alcohol and mortality. Annals of Internal Medicine 1992; 117: 646-654
- 14) Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in the American Cancer Society prospective study. Epidemiology 1990; 1:342-348

- 15) Pollack ES, Nomura AM, Heilbrun Lk et al. Prospective study of alcohol consumption and cancer. *New England Journal of Medicine* 1984; 310: 617-621
- 16) Gordon T, Kannel WB. Drinking and mortality. The Framingham Study. *American Journal of Epidemiology* 1984; 120:97-107
- 17) U.S. Preventive Task Force. *Guide to Clinical Preventive services*. 2nd edition. International Medical publishing. 1996
- 18) Institute of Medicine. *Broadening the base of treatment for alcohol problems; report of a study by a committee in the institute of medicine*. Division of Mental Health and Behavioral Medicine. Washington DC. National Academy Press. 1990
- 19) Wallace P, Cuttler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 1988; 297: 663-668
- 20) Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 857-868
- 21) Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277: 1039-1045
- 22) World Health Organization. A cross national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 1996; 86:948-955.
- 23) Wilk AI, Jensen NM, Havighurst ThC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 1997;12:274-283
- 24) Miller WR. Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996;21,6:835-842.
- 25) Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press 1991.
- 26) Prochaska JO, Di Clemente C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992; 47:1102-1114.
- 27) Bandura A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191-215
- 28) Humphreys K, Moos R, Finney J. Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors* 1995; 20,4:427-441
- 29) Sobell LC, Sobell MB, Toneatto T, et al. What triggers the resolution of alcohol problem without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1993; 17:217-224
- 30) Aguirre Molina M. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drugs.
- 31) Gorman DM. Are school-based resistance skills training programs effective in preventing alcohol misuse? *Journal of Alcohol and Drug Education* 1995; 41:74-98
- 32) Ennet ST, Tobler NS, Rinwalt ChL, et al. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluation. *American Journal of Public Health* 1994 84: 1394-1401
- 33) May PA, Miller JH, Wallerstein N. Motivation and community prevention of substance abuse. *Experimental and clinical psychopharmacology* 1993;1:68-79
- 34) Pentz M, Dwyer J, MacKinnon D, et al A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. *JAMA* 1989; 261: 3259-3266
- 35) Berrios X., Jadue L. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto : intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. *Revista Chilena de Pediatría*. 1993; 64, 6: 397-402.
- 36) Berrios X. Proyecto Mirame-Interhealth-OMS-Chile. Intervención sobre consumo de alcohol y hábito tabáquico en población escolar de 5° a 8° básico escuelas municipalizadas de la Región Metropolitana 1993-1996. Comunicación personal. Noviembre. 1999
- 37) Ministerio de Salud de Chile. Secretaria Regional Ministerial. Departamento de informática y estadística. *Indicadores de atención de salud. Región Metropolitana*. Anuario 1994.
- 38) Freire P. *Pedagogy of the oppressed*.. New York. Seabure Press. 1970
- 39) Bracht N. *Health promotion at the community level*. Sage publication. 2nd edition 1999.
- 40) Glanz K, Lewis FM, Rimer B. *Health Behavior and Health Education. Theory, research and practice*. Jossey Bass publication, 2nd edition. 1997.