

## Resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes comunidades autónomas del estado español.

Carla Bruguera, Lidia Segura, Joan Colom

En nombre del grupo de trabajo de la Acción 8 del PNSD  
Subdirección General de Drogodependencias, Agencia de Salud Pública de Catalunya,  
Departamento de Salut, Generalitat de Catalunya, España

### ANTECEDENTES

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol deriva en numerosos problemas de salud y tienen un gran impacto en los servicios de salud<sup>1</sup>. Existe evidencia robusta sobre la eficacia y efectividad de los programas de identificación precoz e intervención breve (IB)<sup>2</sup> en centros de atención primaria (AP) y urgencias hospitalarias (Ucías). Sin embargo, la evidencia identifica también barreras tanto a nivel de profesionales como de las organizaciones.<sup>3,4,5</sup> Es necesario implementar programas que aborden las dificultades y mejoren la calidad de la actuación en dichos servicios.

En este sentido, en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (España), se diseñó la Acción 8 Proyecto de mejora de los procesos de detección precoz e IB en bebedores de riesgo en AP y en Ucías (especial atención a jóvenes).

### OBJETIVO

La segunda fase de la Acción 8 planteó el estudio de la situación actual y de necesidades en cuanto al cribado y la IB en el Estado Español.

### PARTICIPANTES

En la evaluación de la situación y necesidades participaron el 84% (N=16) de las comunidades/ciudades autónomas (CCAA) del estado español - Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Extremadura, Galicia, La Rioja, Melilla, Murcia, Navarra, País Vasco-.

### MÉTODO

Los participantes contestaron un cuestionario semi-estructurado de 19 preguntas, adaptado del cuestionario utilizado en el Proyecto Europeo "Optimizing Delivery of

Health care Interventions" (ODHIN)\*, el cual recoge información sobre dimensiones clave para el éxito de la implementación del cribado y la IB.

### RESULTADOS

**Infraestructuras facilitadoras en el sistema de salud.** En todas las CCAA se realizan actividades relacionadas con la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el sistema de salud y se valoró (en una escala del 0 al 10) el grado de implementación de las dirigidas a la población general con un 5,5 de media [rango: 0-10] y un 5,3 [rango: 1-10] las dirigidas a jóvenes.

En relación con la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, en el 75% (N=12) de las CCAA analizadas existe una entidad u organismo encargado de la implementación, en el 50% (N=7) es responsable de elaborar guías tanto en población adulta como en población joven, en el 46,6% (N=7) monitoriza los resultados de salud a nivel de la población, en el 33,3% (N=5) monitoriza la calidad asistencial, en el 21,4% (N=3) realiza análisis de coste-efectividad de las intervenciones, en el 46,2% (N=6) supervisa la seguridad de los tratamientos farmacológicos para la atención de la dependencia alcohólica y en el 68,8% (N=12) facilita formación a los profesionales de la salud.

El 46,6% (N=7) de las CCAA afirmó tener programas o planes específicos en el ámbito de la AP y Ucías. Las estrategias de implementación más mencionadas fueron: intervenciones dirigidas a los profesionales (formación de los profesionales) y cambios a nivel organizativo (apoyo por parte de los servicios especializados de atención a las drogodependencias así como protocolos y recomendaciones específicas de actuación).

\* [www.odhinproject.eu](http://www.odhinproject.eu)

La mayoría de CCAA (75%; N=12) no disponen de una única estructura de referencia encargada de supervisar y coordinar la implementación y, a excepción de dos comunidades, no existe tampoco una dotación económica específica para la implementación de programas.

**Mecanismos de apoyo para la prestación del servicio.** Los resultados muestran que los instrumentos de cribado, como la posibilidad de su registro en la historia clínica, suelen estar implementados, mientras que hay espacio para la mejora respecto los protocolos de ayuda a la decisión clínica, el apoyo de los especialistas y los sistemas para la monitorización de los pacientes.

La valoración media del grado de disposición de los instrumentos para identificar bebedores de riesgo fue de 7,3 [rango:2-10], la de la historia clínica en papel o informatizada que permita registrar el nivel de riesgo fue de 7,8 [rango:1-10], la de los árboles de decisión o diagramas protocolizados de ayuda al profesional para la atención del consumo de alcohol perjudicial y de riesgo fue de 4 [rango:0-10], la del apoyo de profesionales especialistas para la atención del consumo de alcohol perjudicial y de riesgo fue de 5,6 [rango:0-10], y finalmente la de los sistemas de seguimiento para la monitorización de pacientes fue de 5,6 [rango:0-10].

En general, es poco frecuente encontrar guías propias o adaptaciones locales de las existentes, con las recomendaciones clínicas, el 25% (N=4) disponen de una, el 18% (N=3) la están preparando. Aun así, ninguna de ellas incluye población joven.

La existencia de datos sobre el uso/adherencia de las guías por parte de los profesionales de AP o Ucías es poco común en la actualidad. Solo en el 12,5% (N=2) de las CCAA existen datos sobre la monitorización y en otro 12,5% (N=2) está en preparación.

Finalmente, tan solo en algunos dispositivos de una comunidad los profesionales pueden recibir un complemento salarial en relación al cribado e IB.

**Intervención y tratamiento.** En general, la intervención es baja aunque es más elevada en adultos que en jóvenes, y más frecuente en AP que en Ucías.

El grado (en una escala del 0 al 10) en que se interviene en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en jóvenes, es de media de 5,5 [rango:2-10] en AP y de 3,9 [rango:0-8] en Ucías. En los adultos, el grado es de 6,5 [rango:3-10] en AP y de 3,9 [rango:0-8] en Ucías.

En general, en AP son los profesionales de medicina de familia e enfermería los responsables de la atención, juntamente con el pediatra en jóvenes aunque desde trabajo social y especialistas también intervienen. En Ucías son los profesionales de medicina quienes más frecuentemente realizan dichas actuaciones.

**Responsabilidad y servicio prestado.** Se preguntó por el grado (en una escala del 0 al 10) en qué distintos profesionales del ámbito sanitario consideran que el cribado y consejo breve forman parte de su práctica clínica habitual. Por orden, los profesionales que consideran que es su responsabilidad en mayor medida son los especialistas en adicciones (media:8,1; rango:0-10), seguidos de los profesionales de medicina de AP

(media:7,5; rango:4-10), profesionales de enfermería de AP (media:7,2; rango:4-10), profesionales del trabajo social de AP (media:5,4; rango:3-9), profesionales de urgencias (media:5,1; rango:0-9) y por último profesionales de pediatría (media:5; rango:0-10).

**Investigación.** Existen escasos estudios y hallazgos sobre el cribado y consejo breve del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, tanto en adultos como en jóvenes, realizados en las CCAA. También son escasos los estudios específicos de evaluación del uso por parte de los pacientes, de los recursos asistenciales disponibles para atender el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, aunque son más frecuentes en adultos que en jóvenes.

**Estudio piloto de ámbito nacional.** Se recogieron las dificultades y necesidades de cada CCAA para participar en el estudio piloto promovido en el marco de la Acción 8. En cuanto a las barreras relacionadas con los profesionales se detectó poca motivación, baja formación, pocos incentivos, falta de tiempo. Respecto la organización se argumentó la existencia de sobrecargas asistenciales, falta de espacios físicos adaptados, dificultad de colaboración entre niveles asistenciales, dificultades asociadas a los sistemas de información, falta de financiación específica. Finalmente en relación con los pacientes se mencionó dificultad de acceso a la población joven, falta de percepción de riesgo por parte de los pacientes, falta de adherencia al tratamiento.

## UTILIDAD/APLICACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

Queda patente que en la mayoría de casos se realizan acciones en algún grado y existe de forma general un interés por mejorar dichos procesos. El presente análisis permite obtener una radiografía de la situación actual y de las barreras en las que habrá que trabajar para mejorar la atención el cribado e IB.

## DESAFÍOS

Existe una considerable variabilidad respecto la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el estado español. Existe capacidad para la mejora en cuanto al desarrollo de mecanismos y herramientas para la implementación de estrategias en el sistema de salud y, especialmente, dirigidos a jóvenes.

## REFERENCIAS

1. Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM et al. (2012). Screening, Behavioural Counselling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. Comparative Effectiveness Review No. 64. Agency for Healthcare Research and Quality, publication No. 12-EHC055-EF.
2. D'Onofrio G, Degutis LC (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. Acad Emerg Med. 9(6):627.
3. Broyles LM, Rodriguez KL, Kraemer KL; Sevick MA, Price PA Gordon AL (2012) A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the

implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addiction Science & Clinical Practice*, vol: 7 (1) pp: 7

4. Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Hungerford D, Peden M, Poznyak V, Room R, Stockwell T (2009) Alcohol and injuries. Emergency department studies in an international perspective. World Health Organization.

5. Segura L, Matrai S, Gual A, Colom J (2016) Summary BISTAIRS field test report: Catalonia, Czech Republic, Italy, Portugal. Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings (BISTAIRS).

## **Intervenciones breves para prevenir el consumo de alcohol durante el embarazo: resultados preliminares de una experiencia en Argentina.**

Aldana Lichtenberger<sup>a</sup>, Mariana Cremonte<sup>a</sup>, Karina N. Conde<sup>a</sup>, Raquel I .Peltzer<sup>a</sup>, Ayelén Biscarra<sup>a</sup>, Pablo R. Santángelo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Grupo de sustancias psicoactivas y lesiones por causa externa. IPSIBAT-UNMdP-CONICET, Argentina

El consumo de alcohol entre mujeres jóvenes y en edad reproductiva está aumentando de forma progresiva y constante desde hace más de 10 años (Obot & Room, 2005), alcanzando al 80% de las mujeres en países como Argentina, cifra que se mantiene críticamente elevada durante etapas de alto riesgo como la gestación. En Argentina, el 75% de las embarazadas consume alcohol, con el serio agravante de que muchas de ellas (15%) presentan intoxicaciones agudas, exponiéndose a riesgos aún mayores (López, Arán Filippetti, & Cremonte, 2015). Las consecuencias de consumir alcohol en cualquier etapa gestacional, aún en pequeñas dosis, puede derivar en un espectro de trastornos congénitos en el feto con consecuencias para toda la vida, dentro de los cuales se encuentra el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

El SAF es la consecuencia más reconocida e implica la presencia de ciertos rasgos faciales específicos, deterioro neuroconductual, retraso en el crecimiento y alteraciones en la estructura cerebral de quienes lo padecen. Sin embargo, existen toda otra serie de trastornos del neurodesarrollo relacionados directamente con el alcohol, englobados bajo el término trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). Los TEAF suelen estar subdiagnosticados (hasta donde se conoce, en Argentina no existen registros de prevalencia de TEAF), confundiendo muchas veces con otros trastornos del comportamiento por no presentar, por ejemplo, rasgos faciales específicos.

Todos estos trastornos son 100% prevenibles si no se consume alcohol en ninguna etapa del embarazo, por lo que la abstinencia es la única medida segura y la que debe recomendarse. A pesar de ello, más de la mitad de las embarazadas de Argentina no recibe ninguna recomendación sobre el consumo de alcohol porque ningún profesional de salud, en ninguna etapa del embarazo, indaga sobre el mismo. Sólo un 10% recibe la recomendación clara de abstinencia y al resto se le avala algún consumo (López, 2013). A esta situación se le suma la actitud permisiva por parte de las propias gestantes:

sólo el 35% cree que consumir alcohol durante el embarazo podría causar daño.

En este contexto de alto consumo, escasas recomendaciones y actitudes permisivas, la necesidad de contar con instrumentos para identificar el consumo de alcohol durante la gestación y realizar intervenciones para detenerlo representa una urgencia. La Intervención Breve (IB) se presenta como un recurso promisorio que completa el espacio vacante entre los esfuerzos de la prevención primaria y el tratamiento intensivo de quienes padecen un trastorno por uso de alcohol (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Es una medida que se dirige al individuo, a diferencia de las demás medidas efectivas que se dirigen a nivel público (por ejemplo las regulaciones de los precios y disposiciones legales) y que puede ser implementada por cualquier profesional de la salud luego de una breve capacitación. Si bien las investigaciones sobre IB en mujeres gestantes son pocas (casi inexistentes en el contexto latinoamericano), la evidencia es promisorio (Lichtenberger, Conde, & Cremonte, 2016).

El contexto de atención prenatal ha sido descrito como ideal para tratar el consumo de alcohol ya que la motivación para eliminar conductas no saludables se ve incrementada durante la gestación por el deseo de tener un bebé sano (Nilsen, 2009) y todos los estudios realizados hasta el momento encontraron reducciones en la cantidad y frecuencia de alcohol consumido por las madres, aún con IBs de entre 10 y 15 minutos (Lichtenberger, López, & Cremonte, 2015). Además, en los casos en los que se evaluaron los efectos de la IB posparto, los resultados mostraron que los bebés nacieron con mejores indicadores de salud como mayor peso, mayor longitud, menor muerte fetal, nacimientos a término (O'Connor & Whaley, 2005). Estos resultados llevaron a su reconocimiento como dispositivo recomendado para intervenir por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Guía para la detección y manejo del uso y abuso de sustancias durante el embarazo (2014).

Por todo lo anterior, desde el Grupo de sustancias

psicoactivas y lesiones por causa externa (IPSIBAT-UNMDP- CONICET), se planteó un proyecto con el objetivo de evaluar la eficacia, factibilidad y aceptabilidad de la Intervención Breve (IB) en la promoción de la abstinencia de consumo de alcohol durante la gestación. Para ello se diseñó un estudio experimental con asignación al azar a una de dos condiciones posibles: IB o Consejo Breve (CB) y un tercer grupo control post hoc (CPH). Participaron 662 mujeres, de hasta 26 semanas de gestación para los grupos experimentales ( $n= 503$ ) y de más de 26 semanas para el control post hoc ( $n= 159$ ), que asistieron a determinados Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, para atención prenatal durante el año 2016. Se incluyeron todas las mujeres que luego de brindar su consentimiento presentaron tamizaje positivo para consumo de alcohol durante el último año. Todas aquellas mujeres que no presentaron tamizaje positivo para consumo durante el último año conformaron un cuarto grupo que integró los análisis de prevalencia de consumo ( $n= 223$ ).

Se evaluó el *patrón de consumo habitual pre gestación y desde que se enteraron que estaban gestando* con el método de cantidad y frecuencia graduada, el *consumo de riesgo* con el AUDIT (López, Lichtenberger, Cremonte, & Conde, 2017), la *modalidad de intervención*: IB o CB (el CB consistía en la entrega de un folleto informativo con los daños de la exposición prenatal al alcohol), la *factibilidad*, evaluada con el tiempo de ejecución total de la IB y la *aceptabilidad*, evaluada con cuatro preguntas construidas ad hoc. Se realizó un re-test a los tres meses.

La toma de datos fue realizada en las salas de espera de los CAPS, en zonas tranquilas y reservadas, por investigadores capacitados y experimentados en el ámbito del consumo de alcohol. Para el desarrollo del proyecto se diseñó una guía técnica para capacitar a los profesionales que participaron en la recolección de datos y realizaron la IB y también se diseñó un folleto con los pasos a seguir para la IB, asegurándose que todas las participantes recibieran la misma información.

El análisis de datos consistió en regresiones logísticas y debido a que en este tipo de estudios los cambios pueden no tener significación estadística pero ser clínicamente significativos, estimamos la reducción del riesgo relativo (RRR), la reducción del riesgo absoluto (RRA) y el número necesario para tratar (NNT).

Si bien este estudio se encuentra en etapa de análisis de datos, los resultados preliminares indican que de las mujeres de la ciudad de Mar del Plata, el 75% había consumido alcohol durante el último año y de ellas un 41% había presentado consumo excesivo episódico de alcohol (CEEA). En relación a los resultados de consumo a partir del momento que se enteraron de la gestación, el 27% había consumido al menos una vez al momento de la entrevista y el 12.5% había tenido episodios de CEEA.

Sobre la eficacia de la IB, los resultados preliminares indican que, a los tres meses, la IB habría resultado eficaz para el 92% de los casos tanto para conseguir la abstinencia como para mantenerla. En el caso del CB, la entrega de un folleto informativo sería eficaz para un 88% de los casos. Comparando ambas, si bien las diferencias no serían estadísticamente significativas, los análisis de

significancia clínica permitirían afirmar que la implementación de IB reduce el riesgo de presentar consumo durante la gestación en un 41% [IC95%=-0.20-0.72] comparado con aquellas que solo reciban consejo.

Si se compara la IB con el CPH, las diferencias sí serían estadísticamente significativas y los análisis de significancia clínica indicarían que implementar la IB reduce el riesgo de presentar consumo durante la gestación en un 79% de los casos [IC95%=0.61-0.88], que cada 100 mujeres tratadas con IB 28 no consumirán alcohol gracias a haberla recibido [IC95%=0.19-0.36] y que se necesitan tratar cuatro mujeres para evitar que una de ellas consuma alcohol.

Con respecto a la factibilidad, la media de minutos necesaria para completar la IB fue de 10,65 minutos, con un máximo de 20 min y un mínimo de 5 min. Sobre la aceptabilidad, casi la totalidad de las mujeres indicaron que las preguntas del cuestionario fueron fáciles de responder, el 80% indicó haber aprendido algo nuevo, el 91% manifestó que compartiría lo aprendido con otras personas y el 75% que hablaría con su médico sobre lo que aprendió.

Los resultados muestran que la tendencia en el incremento del consumo de alcohol por parte de las mujeres seguiría creciendo a lo largo de los años. El porcentaje de CEEA encontrado en este estudio triplica el encontrado en otros estudios de hace más de 10 años en el país (Munné, 2005) y es notablemente mayor al encontrado en el año 2013 (López et al., 2015). Si bien el porcentaje de consumo durante el embarazo de este estudio pareciera ser menor al encontrado en otros de la región (López et al., 2015), debe tenerse en cuenta que la media de semanas gestacional de las mujeres entrevistadas fue de 19, lo que significa que aún les quedaba la mitad del embarazo por recorrer.

Con respecto a los resultados de eficacia, tanto la IB como el CB reducirían el riesgo de presentar consumo durante la gestación. Esto podría deberse a que muchas de las mujeres que consumen en nuestro contexto lo hacen por falta de información básica sobre los riesgos, entonces una evaluación sobre consumo y un folleto informativo sería suficiente para motivar la abstinencia. Sin embargo, de acuerdo a los análisis de significancia clínica la IB reduciría aún más el riesgo de presentar exposición prenatal al alcohol, y los resultados de factibilidad y aceptabilidad permitirían afirmar que es un instrumento de fácil implementación y bien aceptado por las propias gestantes.

En conclusión, la falta de conocimiento sobre los riesgos de consumir alcohol durante la gestación y la necesidad de generar evidencia para promover la implementación de políticas públicas efectivas, vuelve fundamental el desarrollo de este tipo de proyectos sobre dispositivos de detección y prevención del consumo de alcohol en mujeres gestantes y en edad reproductiva.

## REFERENCIAS

1. BaborTF, Higgins-Biddle JC (2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization.
2. Lichtenberger A, Conde K, Cremonte M (2016).

- Investigación en Intervención Breve y consumo de alcohol durante la gestación: Productividad e Impacto. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(1), 56- 62.
3. Lichtenberger A, López MB, Cremonte M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 428-437
  4. López MB, Lichtenber A, Conde K, Cremonte M. (2017). Psychometric properties of brief screening tests for alcohol use disorders during pregnancy in Argentina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RGBO)* (en prensa).
  5. López MB (2013). Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health & Addictions*. 13, 35- 46.
  6. López MB, Arán Filippetti V, Cremonte M. (2015). Consumo de alcohol antes y durante la gestación en argentina: Prevalencia y factores de riesgo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5), 211.
  7. Munne MI. (2005). Alcohol and the economic crisis in Argentina: Recent findings. *Addiction*, 100(12), 1790-1799.
  8. Nilsen P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: An overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 21(6), 496-500. doi:10.1097/GCO.0b013e328332a74c [doi]
  9. Obot IS, Room R. (2005). Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries. *World Health Organization*.
  10. O'Connor MJ, Whaley SE. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*, 97(2), 252-258.

## PUBLICACIONES

### **Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas.**

Se trata de una colección con autores de diversos países y con variadas formaciones como Psicología, Medicina, Derecho, Ciencias Sociales, Antropología, entre otros. A lo largo de los capítulos se discute cómo el tema de derechos humanos está relacionado al tema del uso de drogas y en diferentes sectores, especialmente en relación con las políticas públicas sobre drogas, con foco en América Latina. Por último, se presentan algunas buenas prácticas de acción sobre drogas basadas en los derechos humanos.



Descarga el libro completo [aquí](#)

### **PUBLISHING ADDICTION SCIENCE: A guide for the perplexed**

Tercera edición de la guía dedicada a los científicos interesados en las adicciones, especialmente a los nuevos investigadores, que se enfrentan al complejo proceso de publicar en revistas académicas. La guía fue escrita por un grupo de editores de revistas científicas y sus colegas. Hace especial énfasis en los retos que enfrentan los investigadores en países en desarrollo y no anglófonos. Una lectura obligada para académicos e investigadores del campo de las adicciones.



Descarga el libro en inglés [aquí](#)

## Alcohol, salud pública y responsabilidad social en América Latina.

El estudio presentado en este libro tuvo como objetivo identificar, monitorear y analizar las prácticas de responsabilidad social empresarial de la industria del alcohol en los países de América Latina y Caribe. Para esto, grupos de investigadores en Argentina, Brasil y Uruguay evaluaron el contenido de la base de datos del IARD y estimaron la efectividad de las actividades para el control de los problemas relacionados al consumo de alcohol.



Descarga el libro en [español](#) o [portugués](#)

---

## ANUNCIOS

No olvides [registrarte](#) en el **14º Congreso de INEBRIA**  
New York, Septiembre 14 y 15, 2017

**iQueremos concerte!**

Si estás planeando asistir al Congreso ponte en contacto con nosotros y reúnete con otros miembros de INEBRIA Latina.

Escribe a [inebria.latina@gmail.com](mailto:inebria.latina@gmail.com) para tener más información

---

Contacto: Marcela Tiburcio Sainz

mtiburcio3@gmail.com  
inebria.latina@gmail.com