

Papel de la atención primaria de salud frente a los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas

Antoni Gual^a y Joan Colom^b

^aUnidad de Alcoholología de la Generalitat de Catalunya. IMD. Hospital Clínic. Barcelona.

^bPrograma de Drogas y Sida. Departamento de Sanidad. Generalitat de Catalunya.

El consumo de bebidas alcohólicas en el ser humano parece remontarse como mínimo al Paleolítico¹, pero sólo a finales del siglo xix, con la aparición de la industrialización, que a su vez permitió la producción masiva de bebidas alcohólicas y generó condiciones de vida anomizantes, empezó a adquirir proporciones epidémicas².

A principios del siglo xxi, el mundo occidental parece haber aceptado ya sin ambages que los trastornos derivados del consumo de bebidas alcohólicas constituyen un problema de salud pública de primera magnitud. Las cifras epidemiológicas avalan sin duda esta actitud. Se estima que en España existen más de 1.600.000 personas dependientes del alcohol, y que el número de bebedores de riesgo duplica como mínimo esta cifra (el 9,9% de la población general tiene consumos alcohólicos altos, excesivos o de gran riesgo³). Asimismo, se calcula que los costes sociosanitarios generados por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas exceden los 637.000 millones de pesetas⁴.

La región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene desarrollando una intervención continuada en el terreno del consumo de bebidas alcohólicas, que se concreta en los Planes Europeos de Acción sobre el Alcohol (1992-1999 y 2000-2005). En la Unión Europea el tema ha suscitado también importantes debates, dado que en materia de producción, venta y consumo de bebidas alcohólicas las diferencias norte-sur son aún muy grandes.

Cuando se contempla el problema del alcohol desde una perspectiva de salud pública, todavía sigue vigente la paradoja preventiva descrita por Kreitman⁵ en 1986, que constituye un elemento fundamental en el diseño de políticas de intervención. Aunque su teoría debe ser matizada en función de los consumos concretos excesivos⁶, sus datos demuestran que la mayor parte de los problemas generados por el consumo de alcohol no son atribuibles a los alcohólicos, sino a los bebedores de riesgo. Así pues, y ahí reside la paradoja, si queremos reducir la prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol el foco de atención deben ser los bebedores de riesgo en primer término.

El diseño de estrategias de intervención debe hacerse en dos ámbitos: uno global, que tenga en cuenta los aspectos económicos, fiscales y legales-sanitarios, ligados al consumo de bebidas alcohólicas, y otro estrictamente sanitario, al que nos ceñiremos en estas líneas. No obstante, es impor-

tante señalar que factores como la publicidad y la accesibilidad a las bebidas alcohólicas, su precio o incluso las políticas sobre alcohol y conducción tienen un enorme impacto en la evolución de los problemas relacionados con el alcohol.

Desde una perspectiva estrictamente sanitaria, los problemas generados por el alcohol deben abordarse en su conjunto, desde la prevención primaria hasta el tratamiento de la dependencia alcohólica y de las enfermedades orgánicas asociadas. En coherencia con este modelo integrador, ya en su día propusimos⁷ la distinción entre tres niveles básicos de intervención: la prevención primaria; la detección temprana y asesoramiento de los bebedores de riesgo, y el tratamiento de los enfermos dependientes del alcohol. El tercer nivel corresponde, sin duda, a los profesionales especializados, mientras que el primero debe ser abordado desde la atención primaria de salud como continuación de la labor ya iniciada en el marco escolar.

Es en el nivel intermedio, la detección temprana y el asesoramiento de los bebedores de riesgo, donde en los últimos años se han experimentado avances notables. A los trabajos pioneros de Wallace et al⁸ hay que sumar la labor continuada que la OMS viene realizando en este terreno desde 1982 a través del *WHO Collaborative Study on Alcohol and Primary Care*. En el marco de este trabajo internacional se ha desarrollado un instrumento de cribado eficaz de los bebedores de riesgo, el cuestionario AUDIT⁹; se ha demostrado la eficacia de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo¹⁰, y se han analizado los factores que facilitan y dificultan la implementación sistemática de los programas de detección temprana e intervención en bebedores de riesgo¹¹. En la actualidad, el *Collaborative Study* se halla en su fase IV¹², cuyo objetivo es la diseminación sistemática de las intervenciones breves en la atención primaria de salud. En esta fase participan 14 países, entre ellos España, mediante el Proyecto Beveu Menys¹³, que se está desarrollando en Cataluña.

De hecho, en España se ha realizado en los últimos años una notable labor de investigación en este terreno. Así, podemos citar la validación del AUDIT^{14,15} al catalán y al castellano, y varios estudios sobre la eficacia de las intervenciones breves en los bebedores de riesgo. Entre ellos merecen mención especial el EIBAL (Estudio de Intervención Breve en el consumo excesivo de Alcohol)¹⁶, el trabajo de Fernández San Martín et al¹⁷, y el EMPA (Estudio Multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la Prevención del Alcoholismo en atención primaria)¹⁸. En su conjunto, estos estudios evidencian la efectividad de las intervenciones breves en la reducción tanto del número de bebedores de riesgo como de las cantidades semanales de alcohol consumidas¹⁹.

Es en esta línea de investigación donde hay que enmarcar el artículo de Gómez et al²⁰ que se publica en este número. Este trabajo aporta nueva evidencia sobre las bondades del AUDIT como instrumento de primera elección para realizar un cribado sistemático de los bebedores de riesgo en el marco de la atención primaria de salud. En una medicina altamente tecnificada como la nuestra, es importante señalar que, como instrumento de cribado, el AUDIT demuestra mayor eficiencia que el Cage o los marcadores biológicos de consumo alcohólico excesivo. Como los propios autores señalan, los resultados son todavía mejores si los cálculos se realizan atribuyendo a la unidad de bebida estándar un valor de 10 g, más acorde con la realidad española²¹.

Existe además evidencia aún no publicada de que una versión corta del AUDIT (con sólo las tres primeras preguntas) puede utilizarse, con una sensibilidad y especificidad parecidas, pero de forma más fácil y breve.

Correspondencia: Dr. A. Gual.
Unitat d'Alcoholologia. IMD. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

Correo electrónico: tgual@clinic.ub.es.

Recibido el 2-1-2001; aceptado para su publicación el 10-1-2001

Med Clin (Barc) 2001; 116: 136-137

A pesar de que las técnicas de consejo breve para los bebedores de riesgo han demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de consumos, existen varios factores que dificultan de manera notable su utilización sistemática en la práctica cotidiana. Anderson²² ha descrito con precisión las más relevantes. Entre ellas cabe citar la falta de tiempo, de formación específica, de materiales informativos y de instrumentos de cribado, así como la incomodidad que produce preguntar sobre el consumo de alcohol a los pacientes. Si bien algunos de estos factores siguen vigentes, especialmente la falta de tiempo, no es menos cierto que la mayor parte de los problemas pueden ser superados. Así, en la actualidad ya disponemos de diversos programas formativos para los profesionales sanitarios (*Helping people change*²³, *Skills for Change*²⁴, *Beveu menys*²⁵, Programa Cantabria²⁶, etc.), así como de instrumentos de cribado sistemático y consejo breve (Programa *Drinkless*)²⁷. Además, la reticencia a preguntar a los enfermos sobre sus ingestiones alcohólicas no parece demasiado consistente, dado que los propios pacientes consideran correcto que el médico les interroge sobre su consumo etílico.

Aunque los problemas de salud generados por el alcohol se conocen desde hace siglos, no fue hasta finales del xix cuando Magnuss Huss acuñó el término «alcoholismo». Desde entonces ha hecho falta casi un siglo para despertar el interés de la medicina por este importante problema de salud pública. A pesar de ello, los avances experimentados en los últimos años, tanto en la detección temprana y en el consejo breve de los bebedores de riesgo como en el tratamiento de la dependencia alcohólica, demuestran que la situación ha mejorado sustancialmente, aunque todavía queda un largo camino por recorrer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rosenstingl L. El alcoholismo en la prehistoria. En: Gassull MA, Editor. La enfermedad alcohólica. Barcelona: Fargraf de España, S.A., 1978; 21-32.
- Bogani E. El alcoholismo, enfermedad social. Barcelona: Plaza & Janés, 1975.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997. URL: <http://www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios/oed-2/doc/1.htm>.
- Portella E, Rida M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
- Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Brit J Addiction* 1986; 81: 353-363.
- Skog O. Alcohol policy: why and roughly how? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 1999; 16: 21-34.
- Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. *Jano* 1998; LIV: 40-46.
- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Brit Med J* 1988; 297: 663-668.
- Babor T, De la Fuente JR, Saunders J, Grant M. Audit. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Copenhague: World Health Organization, 1992.
- WHO Brief Intervention Study Group A cross-national trial of brief intervention with heavy drinkers. *Am J Pub Health* 1996; 86: 948-955.
- Gomei M, Wutzke S, Hardcastle D, Lapsley H, Reznik R. Cost effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Soc Sci Med* 1998; 47: 203-211.
- Heather N. Phase IV: implementing country-wide early identification and brief intervention strategies in primary health care. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Copenhague: WHO, 1998 (no publicado).
- Colom J, Gual A. Un modelo de intervención integral sobre los problemas derivados del alcohol, desde la atención primaria de salud: el programa Beveu Menys. *Jano* 2000; LIX: 93-96.
- Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (Audit): traducción y validación del Audit al catalán y castellano. *Adicciones* 1999; 11: 337-347.
- Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sánchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clín Esp* 1998; 198: 11-14.
- Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EIBAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998; 15: 562-568.
- Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997; 19: 127-132.
- Altisent R, Córdoba R, Delgado T, Pico V, Melús E, Aranguren F et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 121-124.
- Ballesteros J. ¿Es eficaz la intervención breve en bebedores a riesgo en el ámbito de la atención primaria? Una revisión sistemática de estudios españoles. *Trastornos Adictivos* 2000; 2: 32-40.
- Gómez A, Conde A, Aguiar JA, Santana JM, Jorrín A, Betancor P. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 121-124.
- Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis J. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446-450.
- Anderson P. Alcohol and primary health care. Copenhague: WHO Regional Publications, 1996; 64.
- Helping people change. Londres: Health Education Authority, 1994.
- Skills for Change. World Health Organization. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1998.
- Gual A, Contel M, Colom J. Guía didáctica para el abordaje del alcohol en la atención primaria de salud. Programa Beveu Menys. Programa de Drogues i Sida. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999.
- Díez Manrique JF, García Usieto E. Programa Cantabria Intervención Breve. Santander: Gobierno de Cantabria. Dirección Regional de Bienes-estar Social y Dirección General de Salud Mental, 1999.
- Drinkless Package. Sidney: Centre for Drug and Alcohol studies. Department of Psychiatry Sydney University 1993.