

COMUNICACIONES BREVES

Consumo de riesgo: detección e intervención en atención primaria

Alfonso García Carballal*, Manuel Lage Muiño**, Niceto Valerio Casal**,
Inés Queijeiro Presa***, Marisa Pardal Campaña****

(*) Psiquiatra y director médico; (**) Psicólogos; (***) Médico; (****) Asistente social

Resumen: En el presente trabajo realizamos una revisión teórica sobre algunos conceptos que existen sobre la prevención de consumos de riesgo en atención primaria. Teniendo en consideración los resultados de estos trabajos, hemos diseñado una entrevista estructurada y un constructo teórico de consumo de riesgo que a su vez permita definir el tipo de intervención terapéutica más adecuada. En el momento de escribir este artículo se va a iniciar la puesta en práctica del mismo en un Centro de Salud. Se comunicarán en su día los resultados obtenidos tras la evaluación.

Palabras clave: Atención primaria. Alcohol. Consumo de riesgo. Detección precoz. Intervención.

Summary: In the current study we have made a theoretical revision of some concepts which exist about prevention of alcoholic consumption in primary attendance. According to the results of these researches, we have designed a structured interview and a theoretical scheme about the risk consumption which will allow to define the most suitable kind of therapeutical intervention. At the time of writing this article, it will be put into practice in a Health Centre. At the proper time, the results of the evaluation will be communicated.

Key words: Primary attendance. Alcohol. Risk consumption. Early detection. Intervention

CORRESPONDENCIA:

Dr. Alfonso García Carballal
Segunda Fase del Polígono de Elviña, 16 (zona Birloque)
15008 La Coruña (España)
Tel.: (981) 29 30 00

Résumé: Dans ce travail on réalise une révision de quelques concepts récents sur la prévention, par le médecin généraliste, de la consommation alcoolique à risque. En tenant compte du résultat de ces travaux on a ébauché un entretien structuré ainsi qu'une construction théorique sur la consommation à risque qui nous permet de définir le type d'action le plus adéquat. Au moment de rédiger cet article on va mettre en marche cette pratique dans un dispensaire. On publiera prochainement les résultats obtenus après l'évaluation du procès.

Mots clé: Médecine primaire. Alcool. Consommation à risque. Détection précoce. Intervention.

1. Introducción

Es de todos conocido la necesidad de realizar un programa de prevención y detección precoz del alcoholismo en atención primaria debido a los problemas sanitarios, costes económicos y sociales; y el impacto, no medido, como causa de dolor y sufrimiento que produce el consumo de alcohol en nuestra sociedad.

La Oficina Regional Europea de la OMS en su Plan Europeo de Acción contra el Alcohol (Drogalcohol, 1996) habla de diferentes estrategias para afrontar este problema, y dice textualmente: "La atención primaria es imprescindible en la identificación de sujetos de alto riesgo de consumo excesivo, y las intervenciones aquí pueden lograr reducir entre un 25 y 35% el consumo individual de alcohol, y la proporción de bebedores excesivos en un 45%". Esta afirmación está sustentada en que es por los servicios no especializados por donde pasa el mayor número de personas con consumos excesivos y dependientes del alcohol.

Dada la existencia de un alto volumen asistencial generado por el consumo de alcohol, se hace necesario coordinar y racionalizar los servicios sanitarios existentes, de tal manera que podamos operativizar un programa que supere la actual eficacia de las prestaciones informativa, terapéutica y preventiva de los dispensarios de atención primaria en España.

Asumiendo todos estos objetivos y teniendo en consideración las dificultades apuntadas por diferentes autores, y especialmente por el Plan Nacional sobre Drogas (1994), hemos desarrollado un programa que entendemos puede reducir los perjuicios a nivel sociosanitario.

En la actualidad tenemos múltiples referencias bibliográficas, tanto a nivel nacional como internacional, que manifiestan la necesidad de hacer intervenciones precoces en atención primaria a todos los sujetos con consumos de riesgo, con lo que se conseguiría una disminución del consumo por día, así como de la intensidad del consumo. Este cambio en las pautas de bebida se traduciría en una mejoría clínica considerable. Dichas intervenciones serían breves o muy breves, porque facilitarían enormemente su realización; y porque las técnicas citadas son más efectivas que otras más elaboradas, aplicadas por profesionales especializados. Además, se ha de capacitar y dar formación continuada al personal de atención primaria, para agilizar y sistematizar la actuación clínica presente ya que no debemos olvidar que incluso los profesionales especializados en esta problemática tenemos enormes dificultades en el manejo clínico y terapéutico.

Si queremos mejorar de forma considerable el pronóstico de una gran parte de los problemas generados por el consumo de bebidas alcohólicas, estamos obligados a

pensar que uno de los factores que mayor influencia tendrá en ello será la ausencia de preguntas sistemáticas en torno a los hábitos de consumo. Esta ausencia, en muchas ocasiones, es una muestra palpable de actitudes negativas por parte de los profesionales en torno a los sujetos que beben de manera incontrolada.

2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo consiste en conocer la prevalencia de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas entre los usuarios de un Centro de Salud. Como objetivos específicos, podrían citarse los siguientes: conocer la prevalencia de sujetos con consumo de riesgo leve; conocer la prevalencia de sujetos con consumo de riesgo moderado; conocer la prevalencia de sujetos con consumo de riesgo severo; analizar la relación entre los diferentes consumos de riesgo y las variables sociodemográficas; disminuir o eliminar los diferentes consumos de riesgo; disminuir o eliminar la incidencia de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas; y constatar la atención primaria como pilar básico de prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

3. Hipótesis

Habrà una prevalencia de bebedores de riesgo mayor del 10%. Entre éstos, encontraremos en número el triple de hombres que de mujeres, con un porcentaje significativamente mayor de casados. También porcentualmente encontraremos más cantidad de bebedores de este tipo en la población de edad entre 18 y 30 años.

Asimismo, se prevé una reducción del consumo en el 60% de los que reciban alguna de las intervenciones terapéuticas, con una reducción significativa en los problemas relacionados con el alcohol en las áreas

familiar, sociolaboral, física y psicopatológica.

4. Método

4.1. Muestra

La elaboración muestral se realizará en dos fases, con una técnica diferente en cada una:

Primera fase: La muestra será aleatoria y representativa de los sujetos de la población clínica general, mayores de 14 años, que acuden a la consulta externa del Centro de Salud de Elviña, situado en la ciudad de La Coruña (España) y que da asistencia a 13.000 usuarios. La muestra tendrá un tamaño de $N = 600$, que es el número necesario para que sea estadísticamente significativa, con un coeficiente de confianza del 95,5% y un margen de error de + 4. La extracción de los sujetos de la muestra se realizará a través de una tabla de números aleatorios (*A million random numbers*) de todos los que acuden al Centro solicitando atención médica.

Segunda fase: A los 600 sujetos de la muestra se les administra una entrevista estructurada que permite seleccionar los que presenten consumo de riesgo. Todos los que cumplen los criterios de inclusión previamente establecidos, serán asignados mediante distribución aleatoria al grupo control o al grupo experimental. La muestra obtenida será objeto de seguimiento posterior.

4.2. Cuestionario

En la elaboración de la entrevista se ha considerado oportuno valorar tres aspectos fundamentales: datos sociodemográficos, consumo de riesgo y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Datos sociodemográficos: se incluyen el estado civil, los estudios, la profesión, la capacidad laboral, la situación laboral y el tipo de convivencia. Junto con la descripción

sociodemográfica se valorarán otros cuatro aspectos de vital importancia para la discriminación de los sujetos que tendrán continuidad en el estudio experimental. Se efectuará una pregunta sobre el consumo de medicamentos psicotropos, tabaco y alcohol en los seis últimos meses. En los casos en que el usuario sea del sexo femenino, se evaluará inicialmente el estado de ánimo en el último medio año. Este matiz diferencial está apoyado en estudios recientes que postulan la especial dificultad a la hora de detectar la problemática alcohólica en el sexo femenino, debido a dos motivos: uno, que los instrumentos diagnósticos y *descreening* favorecen la inclusión del sexo masculino; y lo segundo, la especificidad del síndrome de dependencia alcohólica en el sexo femenino (Babor y cols., 1994). Se recogerán de manera sistemática los antecedentes alcohólicos familiares y determinaremos la existencia de consumo de riesgo en aquellos sujetos que presenten consumo de bebidas alcohólicas.

Consumo de riesgo: para realizar una definición de los parámetros que impliquen un riesgo objetivo para los sujetos que consumen bebidas alcohólicas, se ha considerado oportuno puntualizar dos aspectos: la cuantificación en gramos y la reseña de las alteraciones del comportamiento caracterizados por la persistencia del consumo a pesar de presentar problemas, y los consumos desadaptativos que no lleguen a desarrollar una dependencia, generalmente secundarios a la disminución o pérdida de la capacidad de control para el comienzo o la finalización del consumo. Todo ello estimando las nuevas aportaciones que tanto el CIE-10, el DSM-III-R (Rapaport y col., 1993) como el DSM-IV realizan sobre el tema.

En lo que hace referencia a la cuantificación, nos hemos encontrado con una copiosa información a veces muy contradictoria, por lo que referenciamos sólo aquella que está

en consonancia con nuestra experiencia clínica. Así, encontramos estudios basados en daños orgánicos secundarios al consumo enólico que refieren que aumentos de 20 grs/día incrementan el riesgo de enfermedad en un 14% para cirrosis hepáticas, un 30% para el cáncer de laringe o un 24% para el cáncer de faringe, entre otras (Anderson y cols., 1993). Otros autores detallan que el riesgo de sufrir una cirrosis hepática aumenta a partir de consumos de 20 grs/día de alcohol puro (Craplet, 1992). Otros estudios, llevados a cabo por profesionales españoles, también manifiestan esta tendencia a posturas más conservadoras a la hora de realizar intervenciones terapéuticas precoces. Se habla de consumidores de riesgo medio con consumos de 21 a 35 U/semana en mujeres y de 35 a 50 U/semana en varones (Rodríguez-Martos, 1996).

A todas estas referencias hemos de agregar la demostración de que las intervenciones breves y precoces tienen un efecto preventivo, disminuyendo de forma significativa la probabilidad de que aparezcan problemas por alcanzar reducciones en los consumos enólicos; y lo que técnicamente se llama "paradoja preventiva", que dice que las intervenciones realizadas en bebedores excesivos obtienen reducciones en el consumo menores que cuando se realizan en personas expuestas a un menor riesgo.

Nosotros, para nuestra definición y en consonancia con nuestra realidad socio-cultural, hablamos de consumo de riesgo a partir de >60 grs/día (>420 grs/semana) en varones y >40 grs/día (>280 grs/semana) en mujeres. Para su registro en la entrevista emplearemos la Unidad de Bebida estándar que ha sido calculada para nuestra Comunidad Autónoma como equivalente a 15 gramos de alcohol (Rodríguez-Martos, 1997). La autora ha tenido en consideración la enorme dificultad a la hora de uniformizar la cuantificación y la escasa disponibilidad temporal de los clínicos.

Problemas relacionados con el alcohol: en la entrevista se han establecido cuatro áreas bien diferenciadas con las que pretendemos identificar los consumos de riesgo y establecer un baremo de gravedad de los mismos. Las áreas mencionadas son: a) familiar y laboral; b) social y legal; c) física; y d) psicopatológica. Según las diferentes afectaciones delimitaremos tres niveles (leve, moderado y severo) que irán asociados a tres tipos de intervenciones terapéuticas diferentes. La experiencia clínica permite afirmar que existen signos prodrómicos, indicadores de consumos perjudiciales antes de que hagan aparición los problemas físicos y psicopatológicos (Kemm, 1993).

Existen otros tres aspectos de gran significado clínico a la hora de hablar de las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas. Primero, los parámetros biológicos, que consideramos como la confirmación de los signos clínicos previamente detectados (VCM, GOT, GPT y GGT), y que se realizarán de forma sistemática en la segunda consulta. Segundo, el consumo de bebidas alcohólicas en mujeres embarazadas, dadas las importantes repercusiones del síndrome alcohólico fetal. Y finalmente, el consumo de alcohol en adolescentes (14-18 años) que presentan antecedentes alcohólicos familiares (**Tabla 1**).

4.3. Procedimiento

Este estudio tiene previsto una duración de 15 meses para la recogida total de los datos, incluyendo el seguimiento de cada caso a los tres y seis meses de la primera consulta. Para la puesta en marcha del mismo se establecen reuniones periódicas con el equipo del centro de salud que desarrolla el programa. Las reuniones las llevará a cabo el psiquiatra de la unidad asistencial de alcoholdependencias, que tendrán inicialmente y hasta finalizar la selección muestral que ha sido calculada en cinco meses, una frecuencia quincenal. Posteriormente y hasta

la finalización del estudio, la frecuencia pasará a ser mensual, lo que supone un total de 20 reuniones, que son posibles por la proximidad geográfica de ambos centros. El objetivo prioritario de las reuniones será doble; por un lado, tener en consideración ciertas actitudes de pesimismo, moralismo y generalización de los técnicos; y por otro, para el análisis de las principales reacciones de los usuarios con respecto a este problema, como son la sorpresa, la aceptación pasiva, la negación o la furia.

Será el personal de enfermería quien realizará una recogida sistemática de los datos necesarios en la entrevista inicial a los usuarios seleccionados de forma aleatoria, tal como explicamos en la primera fase del muestreo. Hemos establecido como criterios de exclusión la ausencia de consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol que no cumple la definición de consumo de riesgo, y los que hayan sido diagnosticados de síndrome de dependencia alcohólica con anterioridad. Los criterios de inclusión vienen acotados por la definición de consumo de riesgo: a) consumo de alcohol mayor de 60 gramos al día (>420 grs/semana) en varones y mayor de 40 gramos al día (>280 grs/semana) para mujeres; y/o b) alteraciones del comportamiento secundarias a la disminución de la capacidad de control del comienzo o finalización del consumo.

Cuando ya se ha confirmado el consumo de riesgo, y dentro de los que aleatoriamente pertenezcan al grupo experimental, se definirá la gravedad del consumo como "leve" (consumo de riesgo sin afectación de otras áreas en mujeres embarazadas o jóvenes adolescentes con antecedentes alcohólicos familiares), "moderado" (consumo de riesgo con afectación de las áreas familiar, laboral y/o socio-legal), "severo" (consumo de riesgo con afectación física y/o psicopatológica). Relacionado con la gravedad del proceso se realizarán intervenciones

Consumo de riesgo: detección e intervención en atención primaria

NºHª F.Nac. Apellidos Sexo (H=1; M=2)

¿Se ha sentido desanimada, triste o deprimida en el último medio año?

¿Ha consumido durante los seis últimos meses...?:

1. psicotropos

2. tabaco

3. alcohol

Estado civil

1. soltero

2. casado/consensuado

3. separado/divorciado

4. viudo

Capacidad laboral

1. plena

2. invalidez temporal (ILT)

3. invalidez parcial (IPP)

4. invalidez total (IPT)

Estudios

1. analfabeto

2. lee y escribe

3. estudios primarios

4. bachiller elemental (EGB, FP1)

5. bachiller superior (BUP)

6. curso pre-universitario COU

7. estudios universitarios medios

8. estudios universitarios superiores

Profesión

1. ama de casa

2. trabajador no cualificado

3. trabajador cualificado

4. estudiante

5. agricultor

6. marinero

7. técnico profesional medio

8. técnico profesional superior/profesión liberal

9. pequeño propietario

10. directivo/alto funcionario

11. militar

12. otro (artesanos, religiosos, etc.)

Situación laboral

1. nunca tuvo trabajo

2. sin trabajo remunerado

3. trabajo fijo

4. trabajo eventual

5. parado remunerado

6. parado sin remunerar

7. pensionista

8. jubilado

9. otra

Tipo de convivencia

1. solo

2. familia propia

3. familia de origen

4. con la pareja

5. otro

Antecedentes alcohólicos familiares

1. sin antecedentes

2. familiares de primer grado

1 = esposo/a

2 = padre

3 = madre

4 = hijos

5 = hermanos

Unidades de alcohol*

diarias

semanales

fin de semana

(*) 1 unidad = 15 g. alcohol

Consumo de riesgo +

A

>60 g/día (>420g/semana) en hombres

>40 g/día (>280g/semana) en mujeres

B

Alteraciones del comportamiento secundarias a la disminución de la capacidad de control del comienzo o finalización del consumo (beber más cantidad y/o beber más días de lo que se desea, y/o embriagueces frecuentes (más de dos embriagueces mensuales)

A+B

Intensidad del consumo de riesgo

I. Leve +

1. sin otras alteraciones

2. en mujeres embarazadas

3. jóvenes (14-18 años) con antecedentes

II. Moderado

1. alteraciones familiares/laborales

2. alteraciones sociolegales

3. ambas (1+2)

III. Severo

1. alteraciones físicas

2. alteraciones psicopatológicas

3. ambas (1+2)

Tabla 1

terapéuticas diferentes: intervención breve, entrevista motivadora y derivación, respectivamente (Tabla 2).

En las consultas sucesivas de seguimiento de los sujetos del grupo experimental se definirá la actuación terapéutica en función de los resultados obtenidos en la intervención inicial (Tabla 3). Por último, decir que en el grupo experimental se administrará de forma sistemática en la segunda consulta el CAGE, como corrector de los resultados de nuestro cuestionario y confirmar la posible existencia de falsos negativos en el subgrupo de bebedores excesivos regulares, como así apuntan algunos trabajos (Caballero-Martínez et al., 1989). En lo referente al seguimiento del grupo control, éste se realizará con el mismo número de consultas, registrando el consumo en Unidades de Bebida Estándar, diagnóstico anterior de síndrome de dependencia alcohólica (SDA), tratamiento farmacológico y diagnóstico actual de SDA.

5. Evaluación

Como es conocido por todos, el origen de cualquier programa es el reconocimiento de

un problema. En este estudio el problema estaría en función de la ausencia de diagnóstico o en el diagnóstico tardío de los síndromes de dependencia alcohólica en nuestro medio clínico, así como la carencia de una detección precoz de consumos de riesgo, que permitirían la utilización de sencillas técnicas de intervención que redujesen los problemas secundarios a este tipo de consumo.

Para valorar la utilidad del programa evaluaremos el impacto o efectividad, y así averiguar si la intervención produce los efectos previstos. Esta evaluación en nuestro caso se llevará a cabo de dos formas: a) diseño intergrupos (grupo experimental/ Grupo control); y b) diseño intragrupos (medidas pre/post). El programa es de cobertura parcial, e inicialmente seleccionaremos un grupo experimental y otro control en el centro de implementación, lo que *a priori* entraña un sesgo en los resultados ya que serán los mismos técnicos los que intervengan en ambos grupos, pero en todo caso siempre redundará en mejorar los resultados terapéuticos, pues es de prever que la tendencia natural es la de realizar las intervenciones más positivas en

MUJERES¿Se ha sentido desanimada triste o deprimida en el último medio año?	¿Bebió en los últimos seis meses?	
	SI	NO
	Bebedor no problemático	Abstemio
	Consumo de riesgo	
Consumo de riesgo Leve	Consumo de riesgo Moderado	Consumo de riesgo Grave
C.R.: *Sin alters *Mujeres embarazadas *Jovenes (14-18) con antecedentes	C.R.: *Alteraciones Familiares/Laborales y/o *Alteraciones sociolegales	C.R.: * Alteraciones físicas y/o * Alteraciones Psicopatológicas
Intervención Breve	Entrevista Motivadora	Derivación

Tabla 2

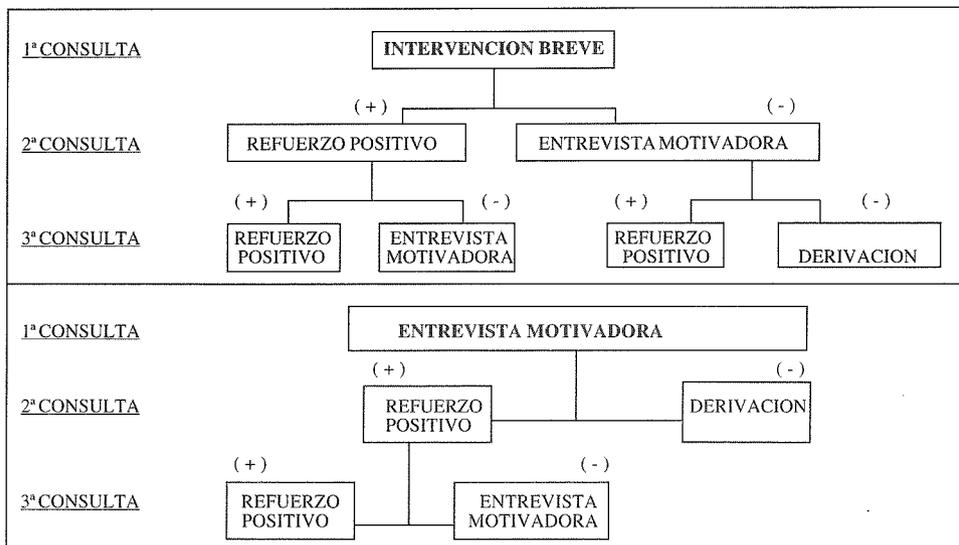


Tabla 3

El diseño intragrupos valorará la efectividad con medidas pre y post intervención en el grupo experimental, estimando los siguientes valores: a) porcentaje de pacientes que reducen el consumo de alcohol por debajo de lo que consideramos consumo de riesgo; b) porcentaje de pacientes que reducen el consumo; c) porcentaje de pacientes que no finalizan el seguimiento; y d) porcentaje de pacientes que necesitan ser derivados.

Bibliografía

Anderson, P.; Cremona, A.; Paton, A.; Turner, Ch.; Wallace, P. (1993). The risk of alcohol. *Addiction* 88: 1493-1508.
 Asociación Drogalcohol (Eds.) (1996) Políticas de salud en relación al alcohol. *Monográfico: Revista Española de Drogodependencias*. (21) 1.
 Babort, T.; Sánchez-Craig, M.; Richmond, R.; Chick, T.; Heather, F.; Duckert, F.; Anderson, P.; Kristenson, H.; Osterliw, A. (1994). Comments on the WHO report. Brief interventions for alcohol problems: a summary and some international comments.

Addiction 89:657-678.

Caballero, L.; Caballero, F.; Santodomingo, J. (1989). Instrumentos de detección de alcoholismo: precisiones sobre el cuestionario CAGE. *Atención Primaria* 6 (5).

Craplet, M. (1992). La prévention de l'alcoolisme, une affaire de coeur? *Alcool ou Santé*, 200 (1).

Kemm, J. (1993). Alcohol and heart disease: the implications of the U-shape curve. *BJM*, Vol. 307.

Plan Nacional sobre Drogas (1994). *Profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Rapaport, H.; Tipp, J.; Shuckit, H. (1993). A comparison of ICD-10 and DSM III-R. Criteria for substance abuse and dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 19: 143-151.

Rodríguez-Maros, A. (1996) Papel del médico de atención primaria en el tratamiento del alcoholismo. En: Aizpiri, J.; Marcos, J.F. *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Masson. pp. 113-132.