



**EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN LA
PREVENCIÓN DE LAS
CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

Alicia Rodríguez-Martos Dauer.
Psiquiatra.
Agencia de Salud Pública. Barcelona.

Aunque el consumo de alcohol tiene profundas raíces en nuestra cultura, las consecuencias adversas del mismo son también conocidas desde antiguo. Existe una relación directa entre consumo per cápita y daño relacionado con el alcohol. Sin embargo, la forma de beber modula esta relación, de forma que los consumos concentrados (ej.: “botellón”), fuera de casa y al margen de las comidas, configuran el denominado “pauta de consumo perjudicial” (Rehm et al., 2003), asociado sobre todo a una mayor probabilidad de daños agudos.

Los problemas derivados del consumo del alcohol deben ser objeto de un abordaje holístico, donde las medidas de prevención se engarcen sin solución de continuidad. La Salud Pública contempla siempre el trípode agente, individuo y ambiente y debe trabajar con la comunidad para una mayor penetración, efectividad y sostenibilidad de las políticas preventivas.

La prevención universal pivota sobre los tres elementos del trípode salubrista: agente, individuo y ambiente. Incluye medidas fiscales, educativas y legislativas. Aunque imprescindibles, estas medidas no son suficientes para prevenir el daño asociado a determinadas formas de consumo a cargo de algunos subgrupos poblacionales

La prevención selectiva se dirige específicamente a la subpoblación con elevada probabilidad de incurrir en riesgos y utiliza estrategias básicamente ambientales, que podríamos considerar como de reducción del riesgo.

La prevención indicada actúa sobre el individuo identificado como portador de un problema o conducta de riesgo y se orienta a reducir el daño.

Es importante integrar el abordaje salubrista con los 3 niveles de estrategias que integran el espectro preventivo, que a su vez engarzan con las intervenciones terapéuticas o programas de deshabitación para los bebedores con dependencia del alcohol.

En la presente ponencia vamos a centrarnos en algunas experiencias novedosas del campo de las estrategias selectiva e indicada.

DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (DRA)

“Los dispensadores y vendedores de bebidas alcohólicas pueden contribuir al desarrollo de una cultura donde el consumo de riesgo sea inaceptable” (Toomey et al., 1998).

La dispensación responsable de alcohol es una intervención ambiental selectivamente orientada a la subpoblación con elevada probabilidad de incurrir en riesgos.

El alcohol forma parte de muchas actividades sociales. La industria hostelera proporciona buena comida, bebida, ambiente. Por su carácter legal y sus hondas raíces culturales, las bebidas alcohólicas son vendidas y dispensadas en nuestro país, habitualmente sin más limitación que las escasas restricciones legales relativas a de edad, así como a algunos entornos y circunstancias. Aún así, las normas se infringen a menudo y, cuando se cumplen, suele ser más por temor a una sanción que por sentido de la responsabilidad. La peligrosidad de las bebidas alcohólicas se banaliza y la mayor parte de quienes las dispensan suelen ignorar su contenido alcohólico y los efectos que el alcohol puede producir en los clientes.

Para despachar en una barra de bar no se necesita una especial calificación. En nuestro país no se requiere siquiera una licencia especial para ser mayorista o minorista (despachar) bebidas alcohólicas, de libre venta o dispensación en los

establecimientos de alimentación y restauración u ocio. El cartel advirtiendo la limitación legal de edad para la dispensación de bebidas alcohólicas ha de figurar, y suele hacerlo, en lugar visible del establecimiento, pero ¿quién tiene ganas de comprobar la edad de los jóvenes?

En muchos países occidentales (Canadá, EUA, Irlanda, Nueva Zelanda, Países Escandinavos, Reino Unido, etc.) existe responsabilidad civil por parte de los propietarios de locales. Aun así, se dispensa habitualmente alcohol a los embriagados (Andréasson, 2000, Toomey et al., 1999). ¿Qué no pasará aquí? Como profesionales y seres humanos, ¿pueden los camareros desentenderse de las consecuencias adversas derivadas del consumo excesivo de un cliente?

Teniendo en cuenta que la mayor parte del consumo de bebidas alcohólicas tiene lugar fuera del domicilio y que la red de locales dispensadores es muy tupida, podemos comprender la repercusión potencial de una dispensación responsable. De hecho, se considera que la dispensación responsable es un elemento clave y central de cualquier acción comunitaria destinada a la reducción de riesgos y daños. La función preventiva de los servidores ha sido muy valorada por quienes trabajan en prevención comunitaria, que los consideran "porteros de la comunidad" y proponen prestar más atención a formar al personal de bares, etc. y menos al propio bebedor (Buka & Birdthistle, 1999).

¿QUÉ SE ENTIENDE POR DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Consiste en una serie de medidas destinadas a controlar la dispensación de bebidas alcohólicas en un establecimiento (disuasión de consumos inadecuados e intervención en situaciones de conflicto) y presupone cambios, tanto en la política empresarial (elaboración de unas normas de la casa), como en las prácticas de servicio al cliente (estrategias para la disuasión de consumos inadecuados e intervención en situaciones de conflicto).

Saltz y Stanghetta (1997) describen los siguientes elementos de una dispensación responsable:

1. Monitorizar el consumo del cliente y tratar de espaciar el consumo de quienes beben demasiado, cuando sea necesario, para evitar que se intoxiquen.
2. Evitar que los clientes intoxicados conduzcan o incurran en otras actividades de riesgo.
3. Servir las bebidas alcohólicas respetando las medidas estándar.
4. Promover el consumo de comida y bebidas no alcohólicas.
5. Evitar las promociones de bebidas alcohólicas ("2 x 1", etc.).

La dispensación responsable no se limita a una conducta individual, sino que se enmarca en un cambio de política del local destinada a mejorar el servicio al cliente y a favorecer un clima agradable para todos.

Algunos programas de dispensación responsable facilitan la vuelta a casa del cliente intoxicado llamando un taxi, dando un bono al cliente o, indirectamente, rogándole a un amigo del cliente que le acompañe. En último extremo, cabe convencer al cliente de que demore su salida del local hasta que se encuentre suficientemente recuperado.

Es importante que el programa forme parte de un paquete de medidas comunitarias y cuente con el respaldo de la policía local.

¿QUÉ OBJETIVOS PERSIGUE?

Objetivos operativos: evitar que se dispense a menores y a clientes embriagados, minimizar la conducción y otras conductas de riesgo bajo los efectos del alcohol.

Objetivos finales: evitar los daños relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente los agudos (violencia y accidentes, coma etílico).

¿QUÉ RESULTADOS OBTIENE?

A finales de los "80", Russ y Geller (1989) aplicaron el programa TIPS para formar al personal de bares y realizaron un estudio de campo en el que falsos clientes intentaron tomar 1 consumición alcohólica cada 20 minutos. A las 2 horas, el nivel de alcoholemia de clientes simulados era más bajo en locales entrenados que en los del grupo control. Comparados con un grupo control, los profesionales formados intervenían significativamente más que los no formados, en especial por lo que respecta a pedir el documento de identidad, ofrecer agua o comida y demorar el servicio, comentarle al cliente la velocidad o cantidad de su consumo y comentarle la conveniencia de no conducir. La formación se traducía además en una intervención más directa sobre los clientes intoxicados (Geller et al., 1987).

En el marco de un proyecto comunitario llevado a cabo durante 5 años en Rhode Island (EEUU), el personal entrenado utilizó significativamente más estrategias de dispensación responsable que el no entrenado a los 15 meses de haber recibido 5 horas de formación. Este beneficio se mantenía a los 4 años (Buka & Birdthistle, 1999).

El máximo efecto de la dispensación responsable se obtiene al cabo de unos años de haber implementado la formación de dispensadores obligatoria (Holder & Wagenaar, 1994) y cuando existe una política comunitaria que incluye cambios en las normas / controles de dispensación, así como una clara política del local (Gripenberg et al., 2000). A corto plazo, no siempre se constata un cambio de conducta, pero sí un impacto significativo en las actitudes y conocimientos de propietarios y personal dispensador (Howard-Pitney et al., 1991).

En Suecia, el proyecto STAD (Andréasson et al., 1999), otro estudio de campo comprobó la efectividad de las DRA en cuanto a la reducción de la dispensación a menores (Wallin E, Andréasson S, 2004), la agresividad en el entorno de los locales (Wallin E, Norstrom T, Andréasson S., 2003) y la reducción de la dispensación a clientes embriagados (Wallin E, Gripenberg J, Andréasson S., 2002), resultados que se atribuyeron al efecto combinado de una acción comunitaria, el refuerzo del cumplimiento de la legislación vigente y el entrenamiento en técnicas de DRA.

En Estocolmo, se ha comprobado que las estrategias de DRA reciben un amplio respaldo popular (Wallin E, Andreasson S., 2005).

La aplicación de medidas de dispensación responsable reduce el porcentaje de clientes que salen del local intoxicados (Holder y Wagenaar, 1994), por lo cual, una dispensación responsable a gran escala tendrían un impacto potencial sobre la reducción de la conducción bajo los efectos del alcohol (Geller et 1987; Russ & Geller, 1989) y la accidentalidad (Holder & Wagenaar, 1994, Holder et al, 1997, Saltz 1997), sobre todo en los jóvenes de 18-20 años (Wagenaar et al., 2000). Especialmente notable es la reducción de accidentes de tráfico que implican a un solo vehículo y ocurren de madrugada (los que presentan mayor presencia de alcohol), cuya reducción alcanza el 11% al primer año y el 23% al tercer año de haber implementado una formación obligatoria del personal (Wagenaar et al., 2000). Una revisión acerca de las medidas que pueden reducir la conducción bajo los efectos (Shults et al., 2001), encontró evidencia suficiente de la efectividad de los programas de dispensación responsable para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol.

¿ CÓMO SE IMPLEMENTA?

Creación de un grupo de referencia dentro de la comunidad

De preferencia en el marco de un programa de acción comunitaria para reducir riesgos y daños relacionados con el alcohol, creando un grupo de referencia y formando a los profesionales del sector.

¿CÓMO SE FORMA AL PESONAL?

No existen todavía modelos de formación estandarizados, variando los cursos tanto en contenidos como en extensión, metodología, destinatarios y obligatoriedad.

Contenido: a) conocimientos teóricos sobre concepto de dispensación responsable, efectos del alcohol, legislación y estrategias de conducta; b) ejercicios prácticos

Extensión: la mayor parte de programas ofrecen cursos son de corta duración (entre 2 días y 4 horas), predominando los de una sola sesión de media jornada.

Metodología: exposición didáctica participativa; ejercicios prácticos con discusión de casos y role playing; distribución de material escrito de apoyo; eventual soporte audiovisual.

Destinatarios: aunque la mayoría se orientan a camareros y personal de barra, sería deseable que los cursos de formación para una dispensación se dirigieran también a propietarios y gerentes e incluso a agentes de seguridad (Saltz, 1989, Toomey et al., 1998).

Obligatoriedad: la formación puede constituir una oferta puntual al sector hostelero (Buka y Birdthistle), incluirse como actividad optativa o regular en el currículum de los estudiantes de hostelería (Hope, 2000) o ser obligado requisito para obtener la licencia de actividades (Holder & Wagenaar, 1994).

Los componentes básicos de un buen módulo docente son (Toomey et al., 1998): a) audiencia diana (es necesario entrenar a la plantilla, pero también al gerente o propietario); b) contenido: limitarse a lo esencial; c) practicar habilidades (role playing de los distintos componentes de la conducta deseada); d) métodos de comunicación (importancia de captar la atención y mantenerla, reiterar los mensajes importantes por diversas vías, inspirándose en la teoría de la comunicación interpersonal).

Es recomendable organizar los cursos desde instituciones neutras, como los colegios profesionales.

¿CÓMO SE EVALÚAN LOS RESULTADOS?

Formación

Por lo que respecta a la formación, la evaluación presupone elaborar un cuestionario de actitudes, conocimientos y conductas o habilidades auto-referidas, y pasarlo antes y después de la sesión de formación. Cuando la formación se hace

de forma obligatoria y en un área concreta, también pueden evaluarse cambios en la conducta dispensadora de los locales implicados, antes y después de la formación (McNight, 1991).

Intervenciones

La aplicación de la política y conducta recomendable puede evaluarse mediante estudios de campo observacionales y mediante falsos clientes (Russ y Geller, 1987, Geller et al., 1987, Gliksmann et al, 1993, Wallin,2000).

A largo plazo y aunque la atribución de resultados no puede imputarse a un solo elemento en el marco de una acción comunitaria global, debería compararse la accidentalidad (en especial accidentes de vehículos a motor sin contrario y de madrugada, pero también las lesiones por agresión) entre el territorio en que ha estado vigente una política de dispensación responsable y otro control, no implicado en las medidas señaladas.

EXPERIENCIA DE LA AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA

Tras conocer programas de DRA de otros países, la ASPB decidió añadir esta estrategia a su política comunitaria de reducción de riesgos y daños y tomó como modelo el empleado por la Unidad de promoción de Salud de Irlanda, cuyo manual se tradujo y adaptó a nuestras circunstancias. La ASPB ha sido pionera en la introducción de esta estrategia en España.

Establecida la alianza con la Escuela Universitaria de Hotelería y Turismo, se implementaron los primeros módulos de formación (curso 2001-2002), en plan piloto. Los módulos constaron de 4 horas de formación teórico-práctica, con entrega de un cuaderno-manual sobre DRA. El aprendizaje y cambio de actitudes de los alumnos se evaluó mediante un cuestionario pre- y post-intervención. La experiencia fue positivamente valorada, tanto por la significativa mejoría de las respuestas, como por los alumnos y los profesores de la escuela que habían asistido como alumnos-observadores. El módulo pasó a incorporarse al currículo habitual del centro, impartido por sus profesores habituales, a los que se facilita el material necesario para ello (manuales y juego de diapositivas).

En el año 2003, se realizó además un estudio de campo, formando a camareros en activo, contando con la colaboración de una asociación de empresarios de una zona de ocio nocturno. Se formaron 35 camareros pertenecientes a 8 locales distintos. Su cambio de conocimiento / actitudes se valoró con el cuestionario pre-post habitual, pero, en este caso, se midieron también los cambios en su conducta profesional. Actores y observadores previamente entrenados visitaron los locales participantes antes de que sus camareros fueran formados y, por supuesto, sin previo aviso, aunque se contaba con la aquiescencia y discreción del empresario. Dos actores se fingían embriagados y ponían a prueba la reacción del camarero, bajo la atenta mirada del observador, que tomaba notas. El mismo procedimiento, sin repetir escenas ni actores, se empleó a los 2 y a los 14 meses de recibir la formación. Las conductas de los camareros fueron tipificadas en 2 grupos: conductas adecuadas e inadecuadas.

A los 2 meses, las conductas adecuadas se habían doblado (de 10 a 20), aunque sin significación estadística, probablemente por el pequeño tamaño de la muestra, y las inadecuadas habían disminuido significativamente (de 22 a 14) (Rodríguez-Martos et al., 2004).

A los 14 meses, se mantuvo la reducción de conductas inadecuadas, pero las respuestas adecuadas volvieron al nivel basal, lo que puede obedecer a un efecto de extinción de las habilidades aprendidas, pero también al hecho de haber cambiado la plantilla de los locales, de forma que la mayoría de los observados no habían recibido formación en DRA. El mantenimiento de parte del efecto podría obedecer a la repercusión de la formación en la política del local, efecto buscado del programa, que insiste en la elaboración, por parte del empresario, de unas "normas de la casa".

La DRA ha despertado mucho interés en el sector de los profesionales de la salud y en el sector de la restauración y el ocio, aunque no siempre es fácil establecer alianzas.

En el año 2005, se ha procedido a la elaboración de un DVD sobre DRA como apoyo para el módulo de formación, contando para ello con una subvención otorgada por el Plan Nacional sobre Drogas para programas de ocio alternativo al programa de Barcelona "De marcha, sin tropiezos", se ha traducido el manual al

castellano, se ha editado una guía para el formador y se ha confeccionado un nuevo kit de diapositivas para la docencia. La formación se ha ofrecido en todos los distritos de la ciudad (60 plazas gratuitas por distrito). Paralelamente, se ha preparado un módulo de formación para formadores, a celebrar en la escuela de Otoño de Socidrogalcohol el 12 de Noviembre de 2005.

DISCUSIÓN

78

A pesar de que la investigación arroja resultados variados, en función de las características de los programas, en conjunto se concluye que el personal de bares y restaurantes se encuentra en una posición única para prevenir lesiones por alcohol (Mc Knight, 1993; Saltz y Stanghetta, 1997)

Desde nuestros programas comunitarios de reducción de riesgos y daños, podemos empezar por una campaña de sensibilización de los profesionales del ocio y la restauración con la colaboración, a ser posible, de las escuelas profesionales y de las entidades que gestionan cursos de reciclaje para trabajadores en paro. Estamos pidiéndole al sector hotelero un compromiso personal con respecto a la dispensación responsable de bebidas alcohólicas. Apelamos a su responsabilidad personal más allá de donde alcanzan las responsabilidades legales. Que respondan a la llamada dependerá de la capacidad pedagógica de autoridades y profesionales sanitarios para ayudarles a comprender la magnitud de los problemas derivados del consumo de uno de sus productos estrella, el alcohol, y el poder preventivo de determinadas estrategias de dispensación.

La adecuada formación favorecerá además el desarrollo de un sentimiento de confianza en las propias habilidades y de legitimidad que, a su vez, fomentará las actitudes positivas y el compromiso del sector.

INTERVENCIÓN BREVE EN LESIONADOS DE TRÁFICO CON ALCOHOL POSITIVO

Conducir bajo los efectos del alcohol y otras sustancias, constituye una de las principales causas de accidentalidad y mortalidad evitables.

A efectos legales, un accidente de tráfico relacionado con el alcohol es aquél en el que al menos un conductor o peatón implicado presenta una alcoholemia (determinación objetiva) positiva, superando el límite legal, en el momento del accidente. En la práctica, todo sujeto con nivel de alcohol en sangre superior a 0,2 puede tener mermado su rendimiento psicomotor, lo que constituye un factor de riesgo y justifica una atribución al alcohol, en caso de accidente.

Alrededor del 40% de fallecidos y del 20% de los lesionados en accidente de tráfico españoles¹ tienen alcoholemia positiva. Partiendo del riesgo atribuible al alcohol en los accidentes de tráfico, Plasencia²³ estima que cabría esperar una reducción de hasta el 30% en nuevos accidentes, si quienes conducen bajo los efectos del alcohol se abstuvieran de hacerlo.

La experiencia impactante de un accidente representa un momento receptivo y las semanas subsiguientes son una ventana de oportunidad (Waller, 1990) para una intervención breve oportunista, en pacientes que espontáneamente no pedirían ayuda. Se ha comprobado que la lesión constituye un poderoso factor de motivación; de ahí que las intervenciones sobre lesionados deban concentrarse en concienciar al paciente de la posible relación entre el alcohol y el accidente (Longabaugh et al., 1995). Los centros de traumatología y los departamentos de urgencias se encuentran en una situación estratégica para realizar una identificación precoz e intervención breve sobre bebedores excesivos no dependientes (Welte et al., 1998).

Por intervención breve se entiende aquélla de duración limitada en el tiempo, siempre inferior a la de un tratamiento, que tiene como objetivo promover un cambio en una conducta de riesgo previamente identificada. Comprende evaluación, consejo y un cierto seguimiento. La intervención, de marcado carácter reeducativo, se basa en los principios del proceso de cambio (Prochaska & DiClemente, 1986) y del abordaje motivacional (Miller & Rollnick, 1991) y puede limitarse a una sola sesión de variable duración (habitualmente entre 5' y 30') o tener alguna sesión de seguimiento y refuerzo. Los destinatarios de la intervención breve son los bebedores con un consumo peligroso o perjudicial, sin dependencia, aunque la misma estrategia puede emplearse para facilitar la derivación a tratamiento de los pacientes dependientes.

La eficacia de este tipo de intervenciones, ampliamente avalada en atención primaria, empieza a ser comprobada también en el ámbito de las urgencias traumatológicas urgencias (Gentilello, Longabaugh, Spirito, Monti), aunque el entorno de urgencias plantea una serie de dificultades (dificultad de reunir un número suficiente de pacientes y de retenerlos en el seguimiento) que afectan a menudo al significado de las diferencias estadísticas (Dill et al., 2004).

Las intervenciones breves en lesionados suelen acompañarse de una reducción significativa de consumos con respecto al consumo basal, pero no siempre entre distintos tipos de intervención y a veces ni siquiera frente a controles no intervenidos. Con mayor frecuencia, se comprueban reducciones significativas, comparadas con el grupo control, en las lesiones o conductas de riesgo, lo que se ha atribuido a la focalización de las intervenciones en torno a la relación alcohol-consecuencias.

ESTUDIO DE BARCELONA

La Agencia de Salud Pública de Barcelona, en colaboración con el Área de Traumatología del Hospital Universitario Vall d'Hebron, ha realizado un estudio para verificar la efectividad de la intervención breve para la reducción del consumo de alcohol y, eventualmente, la reincidencia de la accidentalidad en adultos lesionados de tráfico que acudían a urgencias con alcoholemia positiva. Este estudio contó con la ayuda económica del FISS (01/0903; GO/005) y del Servei Càtala de Trànsit

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio aleatorizado con grupo experimental (IB: intervención breve) y control (IM: intervención mínima) y seguimiento ciego a los 3,6 y 12 meses. Eran población elegible los adultos que acudían al hospital tras haber sufrido un accidente de tráfico en las 6 horas precedentes. El criterio de inclusión en el estudio era la presencia de alcohol, determinada en saliva (positividad a partir de una alcoholemia de 0,2 g/l). A los pacientes positivos se les ofreció una intervención, realizada sobre el paciente sobrio y consistente en una entrevista motivacio-

nal de 15 minutos (IB) o en simple consejo de 5 minutos (IM). Antes de la intervención, el paciente era evaluado mediante una versión castellana del cuestionario AUDIT (Rubio et al., 1998) de identificación de problemas de alcohol, una Escalas de Atribución de la Lesión (Longabaugh et al, 1995), una escala de disposición para el cambio (Readiness Ruler, de D'Onofrio et al., 1996), y un cuestionario ad hoc de conductas y actitudes. El seguimiento del consumo alcohólico se realizó mediante las 3 primeras preguntas del AUDIT (AUDIT-C). La evolución se valoró tomando como indicadores los valores basales del grupo seguido en cada control. Los parámetros estudiados fueron: la puntuación en el AUDIT-C (porcentaje de pacientes que redujo y magnitud del cambio y la reducción), porcentaje de pacientes con un consumo de riesgo (AUDIT-C +) y porcentaje de pacientes que, habiendo sido inicialmente catalogados como bebedores de riesgo, habían dejado de serlo.

Se detectaron 1106 lesionados elegibles. De los 948 en que se pudo determinar la presencia de alcohol, 126 (13,3%, IC 95% [11,1-15,5]) fueron positivos. Su edad mediana era 26 años, el 88% eran varones y el 63,5% conductores, necesitando ingresar el 33%. Recibieron la intervención 85 pacientes y, al año, se siguieron 57 (67%). Las muestras IB e IM, así como las seguidas y perdidas, eran homogéneas. Los resultados fueron analizados por protocolo y por intención de tratar. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS, versión 12.0.

RESULTADOS

A los 12 meses, con un seguimiento del 67% y analizando los resultados por protocolo, habían reducido consumos el 67% de pacientes, sin diferencias significativas por grupo de intervención. El porcentaje de pacientes con un AUDIT-C positivo (bebedores de riesgo) se había reducido en un 47% y el 62% de los catalogados como bebedores de riesgo al inicio, habían dejado de serlo. La magnitud de la reducción fue de un 56%, entre los pacientes que redujeron, y de un 23%, en el total de la muestra seguida. Según el análisis por intención de tratar, redujeron consumos el 47% y dejaron de ser bebedores de riesgo el 50% de los que lo fueron al inicio. La magnitud de la reducción fue de un 53% en quienes redujeron y un 20% en el total de la muestra. Casi el 40% de pacientes disminuyó su frecuencia de "atracones" (ingestión de 6 o más consumiciones por ocasión de consumo) tras la

intervención, manteniéndola a lo largo de todo el seguimiento. Este dato es importante, al ser este tipo de consumos los más asociados a la accidentalidad vial.

La evolución al año fue coherente con los seguimientos anteriores (Rodríguez-martos et al., 2005 a), manteniéndose la tendencia a la reducción de consumos y de consumidores de riesgo. No se hallaron diferencias significativas entre IB e IM en ninguno de los parámetros analizados, pero sí una significativa superioridad de resultados en quienes habían puntuado como bebedores de riesgo (AUDIT/AUDIT-C positivos) al inicio, comparados con los AUDIT/AUDIT-C negativos.

Por lo que respecta a la accidentalidad de tráfico, el 35% de la muestra seguida al año (N= 57) había referido un accidente de tráfico en los 12 meses que precedieron a su entrada en el estudio, sin contar el que motivó su inclusión en el mismo. En los 12 meses siguientes a la intervención, el 14% había sufrido un nuevo accidente; es decir, la accidentalidad se había reducido en un 60% ($p < 0,05$) durante el periodo de seguimiento. La evolución de la accidentalidad no presentaba diferencias por tipo de intervención ni ningún otro parámetro analizado

Este estudio, presentado en las XXXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Rodríguez-Martos et al., 2005 b), está pendiente de publicación, lo que limita la posibilidad de extenderse acerca de sus resultados.

DISCUSIÓN

En el estudio de Barcelona, no se ha comprobado que la IB obtenga mejores resultados que el simple consejo en los lesionados de tráfico con alcohol positivo. El reducido tamaño de la muestra no permite descartar la significación de alguna de las diferencias observadas a favor de la IB. Ambas muestras mejoraron sensiblemente, manteniéndose los cambios al año. Posiblemente, tras el impacto del accidente y aprovechando el “momento receptivo” del paciente, basta una intervención mínima para obtener un efecto. Aunque los cambios podrían atribuirse al propio accidente y a la evaluación, su mantenimiento y magnitud permiten pensar en un efecto real de la intervención, de la que se beneficiaron significativamente más

quienes realmente lo necesitaban (los bebedores de riesgo, es decir, los que presentaban un test AUDIT y/o AUDIT-C positivo).

A MODO DE CONCLUSIÓN ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS PREVENTIVAS DESCRITAS

Las intervenciones selectivas (ej.: DRA) e indicadas (ej.: IB) complementan el espectro de las estrategias de prevención y encuentran su máximo significado en el ámbito comunitario.

En la reciente revisión de Babor et al. (2003), se otorga una eficacia baja a la DRA y elevada a la IB, referida sobre todo a la atención primaria. Sin embargo, ninguna de estas medidas es, por sí misma, suficiente. Desde la Agencia de Salud Pública se aborda todo el espectro preventivo (estrategias universales, selectivas e indicadas), engarzando sin solución de continuidad con los recursos terapéuticos.

Las estrategias descritas (Dispensación Responsable de Bebidas Alcohólicas e Intervención breve en lesionados de tráfico con alcohol positivo) son innovadoras, empleándose ambas por primera vez en España. Ambas presentan dificultades de implementación, porque ni el marco de un bar ni el de un servicio de urgencias son ambientes relajados, ni sus profesionales tienen como prioridad que los pacientes reduzcan su consumo de alcohol. En ambos casos, la implementación de estas estrategias requiere una formación previa y representa un trabajo adicional no específicamente remunerado. Sin embargo, el principal factor para su implementación es la voluntad de asumir este rol preventivo por parte de empresarios y equipos directivos. Desde lugares tan dispares como un bar o un servicio de urgencias traumatológicas, puede contribuirse a mejorar la salud de los ciudadanos, al favorecer la reducción del consumo excesivo y de sus consecuencias. El reto ahora es incorporar estas estrategias a la rutina diaria e implementarlas de forma suficiente para que sus efectos sean mesurables.

BIBLIOGRAFÍA

Andreasson S, Lindewald B, Rehnman C. Over-serving patrons in licensed premises in Stockholm. *Addiction* 2000; 95 (3): 359- 363.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Grenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity – research and Public Policy*. Oxford and London: Oxford University Press

Buka SL, Birdthistle IJ. Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *J Std Alcohol* 1999; 60 (1): 27-36.

Geller ES, Russ NW, Delphos WA. Does server intervention make a difference? *Alcohol Health Res World* 1987; 11: 64-69.

Gentilello, LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CH et al. Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230: 473-83.

Gliksman L, Single E, McKenzie D, Douglas R, Brunet S & Moffat K. The role of alcohol providers in prevention: an evaluation of a server intervention programme. *Addiction* 1993; 88: 1189-1197.

Gripenberg J, Wallin E, Lindewald B, Andréasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving of alcohol in Stockholm. Paper submitted to the 26th Annual Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Oslo June 5th – June 9th 2000.

Holder HD, Wagenaar AC. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis and Prevention* 1994; 26 (1): 89-97.

Holder HD, Saltz,FR, Grube JW, Treno AJ. Reynolds RI, Voas RB, Gruenewald,PJ Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction* 1997; 92 (suppl.): S293-S301.

Hope, A. Preventing alcohol related crashes: Is server training a realistic strategy? Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Oslo, June 5th – June 9th 2000.

Howard-Pitney B, Johnson MD, Altman DG, Hopkins R, Hammond N. Responsible alcohol service: a study of server, manager, and environmental impact. *Am J Public Health* 1991; 81 (2): 197-199.

Longabaugh,R; Minugh, PA; Nirenberg, TD; Clifford, PR; Becker,B; Woolard, R. Injury as a motivator to reduce drinking. *Ac Emerg Med* 1995; 2: 817-25.

Longabaugh R, Woolard RF, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 806-16.

McKnight AJ. Server intervention: accomplishments and needs. *Alcohol Health & Research World*, 1993; 17: 76-83.

Monti PM;Colby SSM; Barnett NP; Spirito A; Rohsenow DJ; Myers M et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 989-94.

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G,Jernigan DH et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 2003; 9 (4): 147-156.

Rodríguez-Martos A, García C, Durán A. Evaluación de un programa piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas. *Trastornos Adictivos* 2004; 6: 240-247.

Russ NW, Geller ES. Training bar personnel to prevent drunken driving: a field evaluation. *AM J Public Health* 1987; 77 (8): 952-954.

Saltz RF. Research needs and opportunities in server intervention programs. *Health Educ Q* 1989; 16 (3): 429-438.

Saltz RF. Prevention where alcohol is sold and consumed: server intervention and responsible beverage service. En: Plant M, Single E, Stockwell T. (eds.): *Alcohol: minimising the harm*. London, Free Association Books, 1997 (pp.: 72-84).

Saltz RF, Stanghetta P. A community-wide responsible beverage service program in three communities: early findings. *Addiction* 1997; 92: 237-249.

Shults RA, Elder RW, Sleet DA, Nicholas JL, Alao MO, Caranle-Kulis VG et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med* 2001 (4 Suppl): 68-88.

Toomey TL,, Kilian G, Gehan JP, Perry CL, Jones-Webb R, Wagenaar AC. Qualitative assessment of training programs for alcohol servers and establishment managers. *Public Health Rep* 1998; 113 (2): 162-169.

Toomey TL, Wagenaar AC, Kilian G, Fitch O, Rothstein C, Fletcher L Alcohol-sales to pseudo-intoxicated bar patrons. *Public Health Rep* 1999; 114 (4): 337-342.

Wagenaar AC, Murray D, Toomey TL. Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction* 2000; 95 (2): 209-217.

Wallin E, Lindewald B, Andréasson S. Policy- An instrument for alcohol prevention in licensed premises. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Oslo, June 5th – June 9th 2000.

Wallin E, Gripenberg J, Andreasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction* 2002; 97: 901-907.

Wallin E, Norstrom T, Andreasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *J Stud Alc* 2003; 64: 270-277,

Wallin E, Andreasson S. Can I have a beer, please? A study of alcohol service to young adults on licensed premises in Stockholm. *Prev Sci* 2004; 5: 221-229.

Wallin E, Andreasson S. Public opinion on alcohol service at licensed premises. A population survey in Stockholm, Sweden 1999-2000. *Health Policy* 2005; 72: 265-278.

D'Onofrio, G, Bernstein E, Rollnick S. Motivating patients for change: a brief strategy for negotiation. In: Bernstein E, Bernstein J (eds.): *Case studies in Emergency Medicine and the Health of the Public*. Boston. Jones and Barlett 1996. p. 295-303.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford, 1991.

Prochaska, J., DiClemente, C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In Miller WR, Heather N (eds). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum.

Rodríguez-Martos, A., Santamariña, E., Torralba, L., Escayola, M., Martí, J., and Plasencia, A. (2005 a). Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves sobre lesionados de tráfico con alcoholemia positiva. *Gac Sanit*, 19, 45-49.

Rodríguez-Martos, A., Santamariña, E., Escayola, M., Martí, J., Plasencia, A., and Torralba, L.(2005b). ¿Qué puede aportar una intervención breve en lesionados de tráfico con alcohol positivo? Ponencia presentada en las XXXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. (Resumen) Adicciones,17 (supl. 1), 47-48.

Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-4.

Spirito, A., Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Sindelar H., Rohsenow D.J. et al. (2004). A randomised clinical trial of a brief intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. J Pediatr, 145, 396-402.

Waller, J.A. (1990). Management issues for trauma patients with alcohol. Journal of Trauma, 30: 1548-1553.

Welte J.W., Perry, P., Longabaugh, R. et al. (1998) AN outcome evaluation of hospital-based early intervention program. Addiction 93, 573-581.