



Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica: el reto de la alcoholología moderna

G Rubio^a G Ponce^b M A Jiménez-Arriero^b

ESPAÑA

Objetivo: Los programas de reducción del daño están ampliamente extendidos en adicciones como la de opiáceos donde no son cuestionados. Sin embargo, en el área de la alcoholología ni tan siquiera se acepta plenamente este modelo de intervención.

Material y métodos: Programas de disminución del daño en la dependencia alcohólica:

Resultados: En este trabajo se revisan los conceptos básicos del modelo de reducción del daño y se analizan los estudios que podrían incluirse en dicho modelo.

Conclusiones: Se ha optado por una división de los estudios según se orienten a la prevención primaria de la dependencia (intervenciones breves), a la prevención secundaria (programas orientados a la moderación en el consumo) y prevención terciaria (programas de disminución del daño). Se realizan algunas consideraciones sobre cómo poner en marcha estas intervenciones.

Harm reduction intervention in alcohol dependence management

Objective: Harm reduction programs are widely spread out in addictions as opiate dependence where any professional dispute. But in the alcoholism this type of programs are not accepted.

Material and methods: Results: In this review main concepts of the harm reduction interventions are exposed. Also, studies about this model are analysed.

Conclusions: Studies reviewed are classified as belonged to primary prevention (brief interventions), secondary (controlled drinking program) and tertiary prevention (harm reduction). Considerations about how to do these interventions are made.

Introducción

Para entender la filosofía de los programas de reducción del daño hay que retrotraerse algunos siglos atrás. La influencia americana a la hora de entender el alcoholismo, puede observarse en los escritos de Benjamín Rush, médico de Filadelfia en el siglo xviii y que en 1785 publicó un ensayo sobre los efectos de los licores. Describió la intemperanza o ebriedad (en esa época no se utilizaba el término alcoholismo) como una enfermedad. El autor no proponía un modelo dicotómico, sino más bien un continuum de los niveles de bebida que llevaban de la temperanza hasta la intemperanza. Describió este continuum en forma de termómetro, de manera que al igual que los grados marcaban la temperatura, los diferentes modos de beber (de la abstinencia al exceso) indicaban niveles de temperanza.

En su termómetro aparecían diferentes efectos y niveles de bebida, de modo que las bebidas de más alta graduación se asociaban a mayor riesgo. La temperanza incluía la abstinencia y el consumo de bebidas de bajo contenido alcohólico (cerveza o vino). La intemperanza era dividida en un rango de efectos, con mayores consecuencias asociadas a licores y al uso frecuente.

El modelo de continuum descrito por Rush ha sido el punto de partida de muchos programas contemporáneos de reducción del daño.

En los últimos cincuenta años este tipo de modelos también hicieron su aparición en Europa debido a la infección por VIH relacionada con el consumo de heroína por vía intravenosa. En el Reino Unido y Holanda se dieron cuenta que si se intentaba controlar el consumo con medidas exclusivamente

judiciales o penales, el problema se incrementaba, lejos de solucionarse. Así los programas de intercambio de jeringuillas representaron un importante avance en el control de la infección. De modo que aunque los sujetos continuaban consumiendo drogas, las consecuencias médicas y sociales disminuían. A raíz de esa experiencia surgieron otros programas con idéntico planteamiento: programas de mantenimiento con metadona para dependientes de heroína, utilización de parches de nicotina para fumadores, control del peso y propiciar cambios en los hábitos de alimentación para obesos, los programas de información sobre sexo seguro así como los de repartir preservativos en dispositivos donde acuden personas con prácticas de riesgo para la transmisión de enfermedades venéreas.

Desde nuestro punto de vista, los programas orientados a la moderación en el consumo también deberían de ser considerados en este apartado.

Teniendo en cuenta que una de las finalidades de los programas de reducción del daño es la prevención, en el área del alcoholismo caben plantearse tres tipos de programas: dirigidos a la prevención primaria (evitar que la enfermedad aparezca), secundaria (la detección precoz) y terciaria (reducir las complicaciones de la enfermedad). En cada uno de los supuestos, las intervenciones psicológicas, farmacológicas o sociales, tienden a que el sujeto pueda disminuir el consumo, aunque con connotaciones diferentes que no todos los clínicos admiten.

Intervenciones breves (IB) y prevención primaria

Las IB sobre el consumo excesivo de alcohol surgen a finales de los años setenta con un doble origen ¹. Por un lado, la demostración del éxito del consejo médico sobre el hábito tabáquico con consultas cortas hizo pensar que también podrían beneficiarse otras prácticas de riesgo. De ahí surgieron todos los trabajos en los que se comparaban las IB frente a la ausencia de intervención. Por otro lado, algunos autores de atención especializada señalaron que, en algunos casos, no existían diferencias importantes entre los tratamientos intensivos y otros más cortos. De esta perspectiva aparecieron numerosos estudios en los que se compararon las IB con otras formas de tratamiento no farmacológico. Ha sido este doble origen de las IB el responsable de la heterogeneidad de las actuaciones comprendidas en dichas intervenciones. A pesar de ello, todas tienen un núcleo común: evaluación del consumo, información del riesgo, consejo e importancia de la responsabilidad en la conducta ². Otras variables menos homogéneas son la duración (a pesar de su nombre algunas pueden tener sesiones de más de un hora), número de visitas de seguimiento, o material de ayuda que las acompaña (folletos, libros, registros de consumo). Esta variabilidad es responsable, junto a otras causas, del amplio rango en el que fluctúan los resultados sobre su eficacia.

Los estudios ponen de manifiesto que las intervenciones breves son más eficaces que la no-intervención, que cuantas más visitas de recuerdo se realicen mayor es el mantenimiento de dichos resultados y no queda claro qué tipo de intervención es más eficaz, ya que aproximadamente unos 2/3 de los sujetos mantienen los cambios en la reducción del consumo durante el primer año de seguimiento.

La implantación de las IB se ha extendido con rapidez, posiblemente porque este tipo de tratamiento se lleva a cabo por médicos no psiquiatras y porque no atenta contra los principios básicos subyacentes en la filosofía de los movimientos de temperanza: cronicidad, progresión e imposibilidad de recuperar el control sobre la ingesta de alcohol.

Programas de bebida controlada y prevención secundaria

Las cosas son distintas en el campo de la prevención secundaria. Aquí se parte del supuesto de que el sujeto tiene una dependencia del alcohol y que los programas de prevención tienen como principal objetivo la detección precoz. Ahora bien, una vez detectado el sujeto con dependencia ¿qué tipo de tratamientos se consideran más eficaces? La respuesta a esta pregunta no está resuelta, ni tampoco es el objetivo de esta revisión. Existen serias discrepancias entre clínicos. Para unos los tratamientos de elección son los encaminados a la abstinencia absoluta, mientras que otros creen que se podrían incluir las técnicas que enseñan al individuo a moderar el consumo, es decir, los programas de bebida controlada.

Continuará la próxima semana.....

FUENTE: Ediciones DOYMA/Ediciones Biomédicas/Trastornos Adictivos.
<http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13045025>

