

Prevención de lesiones atribuibles al alcohol en el marco de una política de reducción de daños

Prevention of alcohol attributable injuries in the framework of a harm reduction policy

RODRÍGUEZ-MARTOS, A.

Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Instituto Municipal de Salud Pública. Ayuntamiento de Barcelona.

RESUMEN: *Objetivos:* El objetivo de la presente revisión es analizar la participación del alcohol en las lesiones intencionales y no intencionales para hacer luego una propuesta preventiva desde una política de reducción del daño.

Material y métodos: Se revisan separadamente las lesiones intencionales (hetero-y autoagresivas) y las no intencionales o accidentes. Las estrategias preventivas se proponen desde el enfoque de los tres niveles de prevención *universal, seleccionada e indicada*. Dado que la accidentalidad se relaciona especialmente con la intoxicación aguda, se pone el acento en las *intervenciones seleccionadas* para disminuir el riesgo en la población expuesta; es decir, en las medidas de protección del entorno. Los sujetos de riesgo identificados (involucrados en lesiones atribuibles al alcohol) merecen *intervenciones indicadas* para prevenir la progresión o recidiva del daño propio o de terceros.

Resultados: Se revisan varios ejemplos de intervenciones a los tres niveles de prevención y comentan algunos resultados.

Finalmente se abre la reflexión sobre el papel del sector comercial dentro de la política de reducción de daños relacionados con el consumo de alcohol.

Conclusiones: Las minusvalías relacionadas con el alcohol superan a la morbilidad y mortalidad atribuible al mismo. La morbilidad y mortalidad por lesiones supera a la correspondiente a algunas enfer-

medades con mayor factor de atribución. Es necesario adoptar una estrategia plural para prevenir los daños relacionados con el alcohol en la población general y en los diversos subgrupos de población, cuyos patrones de conducta les exponen a mayor riesgo a ellos mismos y a terceros distintos. Se señala la necesidad de prevenir las recidivas a través de intervenciones terapéuticas y reeducativas y, en el caso de la violencia, de proteger a las víctimas.

PALABRAS CLAVE: Heridas y lesiones. Accidentes. Violencia. Reducción de daños. Seguridad. Psicoterapia breve.

ABSTRACT: *Objective:* The objective of this review is to analyse the role of alcohol in intentional as well as in non-intentional injuries, and to suggest a preventive approach from a harm reduction perspective.

Methods: Intentional injuries (violence and suicide) and non-intentional ones are separately reviewed. Preventive strategies are proposed at three levels: *universal, selected and indicated measures*. Accidents are mainly related to acute intoxication. *Selected interventions* are therefore oriented to diminish the risk of the exposed population and mainly consist of measures to make the environment safer. Identified hazardous drinkers (involved in alcohol-related injuries) need *indicated interventions* aimed at preventing the progression of harm or injuries recidivism.

Results: Several examples of interventions at the three levels of prevention are reviewed and some results are commented. Finally, the discussion is open on the role of industry in the harm-reduction approach.

Conclusions: Disabilities related to alcohol overcome in number alcohol-related morbidity and mortality. Morbidity and mortality due to alcohol-related inju-

Correspondencia:

A. RODRÍGUEZ-MARTOS.
Pla d'Acció sobre Drogues.
Insitut Mpl.de Salut Pública.
Plza. Lesseps, 1.
08023 Barcelona.
e.mail: amartos@imsb.bcn.es

ries exceeds those due to illnesses with a higher attributable fraction. A plural strategy is needed to prevent alcohol-related harm in general population and in subgroups of special risk for themselves and others. There is a need to prevent recidivism through therapeutic and re-educational measures: in case of family violence, victims should get protection.

KEY WORDS: Injuries. Accidents. Violence. Harm reduction. Safety. Brief intervention.

Introducción

Las estrategias de reducción de daño pretenden ampliar al máximo la panorámica de los problemas asociados al consumo de una droga y tratan de reducirlos¹.

En el campo del alcohol, este enfoque podría considerarse complementario al consejo breve al bebedor de riesgo. Sin embargo, el enfoque de reducción de daños pretende sobre todo prevenir las complicaciones del consumo en aquellas personas que no se ven capaces o no desean abandonar la sustancia y a veces ni siquiera están dispuestas a reducir su nivel de consumo². Piedra angular de las estrategias de reducción de daño es el respeto a la autonomía del «cliente» y el desarrollo de una relación de mutua colaboración con el objetivo de reducir las consecuencias adversas del consumo³.

En el caso de los jóvenes, colocarse en situación de riesgo forma parte de un estilo de vida donde se aúnan los factores de «edad», «vida recreativa» y consumo de sustancias». El riesgo juega en ellos un doble papel, como una causa⁴ y consecuencia del uso de drogas.

Las estrategias de reducción de daño deben enfocarse prioritariamente hacia los jóvenes y el entorno físico en que éstos se relacionan⁵.

Como paradigma de la reducción del daño tendríamos mensajes como «*Si bebes, no conduzcas*», «*No te dejes llevar por un conductor bebido*» o, «*Si bebes, evítate problemas*», que han sido a veces interpretados como opuestos al mensaje salubrista (*Alcohol: cuanto menos, mejor*), cuando en realidad deberían ser complementarios.

La reducción del consumo *per cápita* favorece la disminución del daño causado por el consumo de alcohol en una comunidad, aunque la magnitud de dicha repercusión no sólo depende del consumo por habitante, sino también del patrón de dicho consumo.

En los últimos años, la investigación internacional apunta una clara interrelación entre los patrones de consumo y lesiones, así como entre aquél y el daño social en general⁶. La noción de riesgo relacionado

con el alcohol debería eliminar las referencias a los umbrales carentes de peligro⁷, especialmente al hablar de riesgo social donde no existiría el nivel «0». El riesgo de lesiones aumenta a partir de niveles bajos de ingesta y progresa de forma exponencial a medida que lo hace el consumo⁸.

El factor crítico con respecto a la producción de un accidente es la cantidad consumida en un momento dado. Los problemas sociales (inclusive lesiones intencionales y no intencionales) aumentan de forma lineal en función del consumo y dependen sobre todo de la ingesta aguda y la embriaguez⁹.

La forma de beber en picos de consumo concentrado es la que más se asocia a muertes por lesiones no intencionales y a suicidios. Quienes sufren las consecuencias son a menudo bebedores excesivos esporádicos o bebedores moderados y aún ligeros que hacen un consumo fuerte en un momento dado o beben en circunstancias peligrosas.

El porcentaje de muertes atribuibles al consumo agudo de bebidas alcohólicas iguala o supera a las relacionadas con el abuso crónico y contribuye más que otras causas a los años potenciales de vida perdidos, pues incide mayoritariamente en gente joven¹⁰.

De ahí que las medidas destinadas a reducir el consumo de la población, con ser imprescindibles, no sean suficientes para prevenir el daño asociado a determinadas formas de consumo. Sin embargo, campañas exclusivamente focalizadas en el tráfico podrían dar a entender que, al margen de la conducción, el alcohol no hace daño¹¹.

Las medidas de Salud Pública y las específicas para la Reducción del Daño son, por tanto, complementarias.

Alcohol y lesiones

Las lesiones relacionadas con el consumo de alcohol pueden darse en la vida privada, en la vida doméstica o en las horas de ocio, y en el contexto laboral. Pueden ser *intencionales* (violencia) o *no intencionales* (accidentes), siendo las consecuencias sociales muy distintas en uno y otro caso¹².

Según Holder¹³, el consumo de alcohol es un factor de riesgo para la seguridad a tres niveles: *disrupción y daño familiar, violencia y criminalidad y seguridad viaria*. Y todavía deberíamos añadir un 4º nivel: el riesgo para la seguridad laboral, siendo el alcohol y otras drogas responsables de un tercio de los accidentes de trabajo mortales.

El daño social atribuible al alcohol van mucho más allá del individuo bebedor y es, por tanto, cuestión de todos.

Tabla 1. Fracción atribuible de mortalidad relacionada con el alcohol

<i>Lesiones no intencionales¹</i>	%
Accidentes vehículos a motor	42
Otros accidentes carretera	20
Accidentes transporte marítimo	20
Accidentes transporte aéreo	16
Caídas accidentales	35
Accidentes causados por fuego	45
Ahogamientos	38
Otros	25
<i>Lesiones intencionales¹</i>	
Suicidios	28
Homicidios	46
<hr/>	
<i>Número de muertes</i>	
Lesiones no intencionales	4.830
Lesiones intencionales	698
Total	5.798
<hr/>	
<i>Años potenciales de vida perdidos</i>	
Accidentes no intencionales	125.647
Accidentes intencionales	22.293

Fte.: Portella et al, 1998, con datos de Schultz et al, 1991, Prada et al, 1996 e INE, 1992.

¹ La denominación original «accidentes» ha sido sustituida por «lesiones», siguiendo la clasificación de Rossow et al, 2001.

Los pacientes accidentados que acuden a servicios de urgencias tienen mayor probabilidad de tener¹⁴:

a) alcoholemia positiva, b) anamnesis de ingesta excesiva de alcohol, c) antecedentes de traumatismos previos, relacionados con el alcohol, y d) tratamiento previo por problemas de alcohol.

A la inversa, las personas bebedoras tienen mayor probabilidad de ser atendidas en un servicio de urgencias¹⁵ por lesiones.

Se estima que entre el 6% y el 34% de los lesionados admitidos en servicios de urgencias tienen una alcoholemia positiva y que alrededor del 25% de ellos presentan tests diagnósticos positivos de abuso o dependencia del alcohol¹⁶.

Entre los hospitalizados por lesiones, el 20-69% padece algún trastorno por consumo de alcohol, lo que convierte al alcoholismo en la enfermedad crónica más prevalente en los pacientes traumatológicos¹⁷.

Wechsler et al¹⁸ hallaron alcohol en el aire espirado del 30% de lesionados de tráfico, del 22% de accidentados domésticos, del 16% de víctimas de accidentes laborales y del 54% de casos de lesiones por peleas o agresiones.

La relación entre alcohol y violencia es muy superior a la que existe entre alcohol y lesiones no intencionales (70% frente a 10%, según Walsh y Macleod¹⁹, lo que

implica que, siendo la violencia menos prevalente que la accidentalidad, la contribución del alcohol es mucho mayor en la primera (ver revisión de Rossow et al¹²).

La juventud, el sexo masculino, la cuantía del consumo por sesión de consumo (atracones), el lugar en que se consume (establecimientos públicos) y la temporalidad (noches y fines de semana) son factores de riesgo. El 1% de todos los casos que acudieron al departamento de Urgencias del *Royal Liverpool University Hospital* en 1998²⁰ provenían de usuarios de clubs nocturnos. De ellos, la mitad habían sido heridos en una agresión y la mayor parte de lesiones no intencionales provenían de caídas por las escaleras y de cortes con el cristal de los vasos. Al menos un tercio de dichos lesionados mostraban evidentes signos de embriaguez.

En la tabla 1 se exponen las fracciones atribuibles al alcohol en la mortalidad correspondiente a los distintos tipos de «accidentes»²¹, que analizaremos seguidamente distribuyéndolas en lesiones intencionales y no intencionales.

Sin embargo, el alcohol tiene mucho mayor impacto en las minusvalías que en la mortalidad, siendo responsable, a nivel mundial, del 6% de las minusvalías, el 2,1% de todos los años de vida perdidos y el 1,5% de muertes²².

Lesiones intencionales (hetero- y autoagresiones)

Las lesiones intencionales contra terceros se consideran violencia, en tanto que las lesiones autoinflingidas se califican de suicidas¹².

Las agresiones atribuibles a la intoxicación alcohólica son consideradas resultado de la interacción entre el individuo, el alcohol y el ambiente²³. En la conducta violenta de la persona intoxicada intervienen los efectos farmacológicos del alcohol como desinhibidor, la personalidad, historia previa y expectativas personales, y el contexto donde tiene lugar la conducta, a su vez con variables normas sociales y expectativas de conducta.

La expresión más extrema de la agresividad alcohólica, la violencia, puede derivar en conductas criminales como el homicidio y el asesinato.

La criminalidad ligada al alcohol presenta asociaciones diferentes, según se trate de intoxicación aguda o crónica.

Bajo los efectos agudos del alcohol, son frecuentes las conductas agresivas impulsivas.

El dependiente del alcohol puede cometer un homicidio o asesinato en el marco de un estado crepuscular, alucinatorio o delirante o de un deterioro psicoorgánico.

La persona que ya ha incurrido en una conducta violenta es más probable que reincida, si se trata de un bebedor excesivo.

El impacto del consumo *per cápita* de alcohol sobre la tasa de homicidios es máximo en los países nórdicos, acaso por el estilo de consumo concentrado.

En el Reino Unido²⁴, la relación entre consumo de alcohol y muertes violentas es evidente: 70% de los apuñalamientos, 70% de las palizas y 65% de los asesinatos se consideran relacionados con el alcohol.

El alcohol ha sido considerado por algunos autores como la causa más importante de homicidio²⁵, hallándose el alcohol en el 30-60% de casos.

A menudo, homicida y víctima se hallaban bajo los efectos del alcohol.

Estudios sobre homicidas indican que más de la mitad habían bebido antes del suceso, en tanto que estudios de víctimas detectan consumo previo entre el 25-50% de los casos. La proporción de víctimas de la violencia que habían estado bebiendo en el momento de la lesión es muy superior a la correspondiente a las víctimas de los demás traumas externos¹². El sexo no deseado y las violaciones también se sufren más cuando la víctima está embriagada.

Los homicidios seguidos de suicidio se caracterizan por la inmediatez del suicidio post-agresión y a menudo están protagonizados por personas alcoholizadas y mentalmente deterioradas.

La *violencia familiar* es un fenómeno harto frecuente en nuestros días y que incluye maltrato físico, psicológico y social, por acción u omisión. Son víctimas preferentes: los menores, las mujeres, los ancianos y las personas desvalidas. El agresor es mayoritariamente un varón de mediana edad. Las palizas y golpes y el abuso sexual son las formas más frecuentes de maltrato activo. Todas ellas se ven favorecidas por el consumo excesivo de alcohol.

Un reciente estudio de *Sociodrogalcohol*²⁶ evidencia la asociación entre consumo de alcohol y violencia doméstica, analizada en varias comunidades españolas: el 63% de las parejas agresoras presentan problemas de alcohol y sus conductas violentas se relacionan especialmente con episodios de intoxicación etílica.

Esta relación se evidencia sobre todo en caso de agresión múltiple como forma habitual de relación, donde el maltrato tiene lugar a intervalos fijos, siendo muy característicos los de los fines de semana. Este maltrato es el más frecuente y típico de la intoxicación alcohólica crónica.

En el 90% de delitos contra la vida ocurridos en el domicilio, se trata de un hombre matando a una mujer. El 80% son asesinatos y, en la mayoría, está presente el alcohol²⁷.

La importancia del alcohol en los suicidios, trátense de tentativas o de suicidios consumados, es notable. El 20% de suicidas tienen una historia de abuso de alcohol²⁸ y se estima que en torno al 20% de alcohólicos se suicidan²⁹.

El porcentaje es todavía más elevado en el caso de las tentativas. Un reciente estudio³⁰ puso de manifiesto que el abuso de alcohol correlacionaba de forma más significativa con la tentativa de suicidio que con el suicidio consumado, lo que se atribuyó al posible impacto de la intoxicación sobre la impulsividad. Algunas personas presentan autolesiones deliberadas de diversa índole. Cuando esta conducta es repetitiva, el suicidio se hace más probable. Estas conductas parasuicidas, caracterizadas por la impulsividad, se asocian al abuso de alcohol, la ideación depresiva y la falta de soporte social, factores que a menudo van de la mano. Aparece sobre todo en jóvenes.

El Estudio Sonar 98³¹ halló una relación directa entre el consumo de alcohol y otras sustancias y las conductas antisociales: el 56% de los usuarios regulares de alcohol y el 66% de los bebedores diarios había conducido un vehículo sin licencia. El 53% de los bebedores regulares y el 67% de los diarios había estado implicado en actos vandálicos y más del 50% de bebedores (53% de los bebedores regulares y 58% de los diarios) se había visto envuelto en una pelea.

Por otra parte, los jóvenes usuarios de alcohol que acuden a las movidas nocturnas a menudo son también consumidores de otras drogas, siendo el cannabis y las drogas de diseño, además de la cocaína, las más prevalentes.

En España, se estima que las lesiones intencionales son responsables de 968 muertes y 22.293 APVP²¹.

Lesiones no intencionales o accidentes

Las lesiones no intencionales, sean auto- o hetero-inflingidas, se clasifican como «accidente»¹².

Las lesiones no intencionales pueden derivar de los siguientes tipos de accidentes (CIE-9): *accidentes por vehículos a motor, otros accidentes de vehículos varios, accidentes de transporte acuático, accidentes de transporte aéreo, caídas accidentales, accidentes causados por fuego, ahogamientos y otros*.

Por el ámbito en que se producen podrían clasificarse en accidentes domésticos y laborales. En España, se estima que el alcohol es responsable del 17% de los accidentes de trabajo mortales.

El factor crítico que determina el riesgo de accidente es la cantidad de alcohol consumido por ocasión (Rossow et al, 2001). La mayoría de accidentes relacionados con el alcohol se dan en sujetos que habitualmente consumen de forma moderada y se intoxican ocasionalmente. La probabilidad de sufrir un accidente se triplica a partir de un consumo de 60 g en las 6 horas precedentes al mismo³².

El nivel de alcoholemia en el momento del trauma correlaciona positivamente con la gravedad de la lesión.

En los EE.UU., Roizen³³ estimó que al menos la mitad de las muertes por trauma fueron accidentales (32%, por colisiones de tráfico, 9% por caídas, 4% por fuego, 4% por ahogamiento, 3% por accidentes laborales y 3% por intoxicación).

El riesgo de lesionarse después de haber bebido depende asimismo del entorno.

Los grupos de jóvenes son un colectivo de riesgo para el consumo de alcohol por el ambiente de sus espacios de ocio, las expectativas sociales, la percepción exagerada de la normalidad de la conducta consumidora y presión de grupo.

Las lesiones no intencionales por alcohol comportaron 4.830 muertes en España, en 1992. Los años potenciales de vida perdidos por este concepto se estimaron en 125.647 años, cantidad muy superior a los APVP de otros epígrafes atribuibles al alcohol²¹ (tabla 1).

Alrededor del 30% de accidentes de tráfico no mortales y del 50% de los mortales son atribuibles al alcohol. El alcohol aparece con mayor frecuencia en los accidentes de tráfico de los países de Mediterráneo que en el Norte de Europa, aunque el incremento del consumo *per cápita* en un determinado año se refleja en un mayor aumento en el Norte, debido a su forma concentrada de beber. El riesgo de sufrir un accidente de tráfico es mayor en los bebedores excesivos esporádicos.

Aunque numéricamente mueren más adultos de mediana edad que jóvenes al volante, conducir bajo los efectos del alcohol es la principal causa aislada de muerte en los adultos jóvenes, que son víctimas de su doble inexperiencia como bebedores y conductores. La repercusión en ellos es además mucho mayor por los años de vida perdidos. Asimismo, a la hora de conducir, lo mismo que al practicar alguna actividad compleja, los jóvenes tienen un riesgo que ha sido estimado en torno a 10 veces mayor que el resto de conductores por su inexperiencia y por la sobrevaloración de sus capacidades.

Es de señalar que, en el caso del tráfico rodado, el riesgo no sólo afecta a los conductores, sino también a los pasajeros, que no dudan en montarse en un vehículo conducido por un amigo que ha bebido. A esta conducta se la ha llamado *fenómeno del automóvil bebido*³⁴ y se da sobre todo en fines de semana. Un reciente estudio en estudiantes de enfermería del País Vasco reveló que mientras que sólo un 4% reconoce conducir después de haber bebido, el 23% dice subir a veces en coches conducidos con un conductor bebido. El propio consumo

puede influir a la hora de desestimar cualquier riesgo. En cuanto a los niños, ellos no eligen quién les lleva.

Estrategias para la prevención de lesiones no intencionadas relacionadas con el consumo

Según el *Institute of Medicine*³⁵, los diferentes niveles de prevención deberían configurar una infraestructura capaz de albergar un *continuum* de medidas preventivas, incluyendo (fig. 1):

- 1) *prevención universal* orientadas a la educación de la población general sobre el riesgo potencial,
- 2) *intervenciones seleccionadas*, dirigidas a quienes tienen una elevada probabilidad de exponerse a un riesgo particular, y
- 3) *intervenciones indicadas*, para aquellos que ya están en situación de riesgo.

Así pues, cabría decir que el objetivo respectivo de los tres tipos de medida es: disminuir el *consumo*, disminuir el *riesgo* y disminuir el *daño*.

Según el modelo de la Salud Pública, los problemas de alcohol son el resultado de la interacción de tres factores: alcohol, individuo y ambiente, lo que implica la necesidad³⁶ de adoptar medidas que incidan sobre el individuo (creencias, actitudes, conductas), sobre el ambiente (legislación y controles) y sobre la propia sustancia (bebidas de bajo contenido alcohólico, impuestos).



Figura 1. Medidas escalonadas de prevención. (Modificado del Institute of Medicine, 1989.) La presente figura ensambla la política de reducción de daños con el enfoque salubrista. La política de Salud Pública, cuyo objetivo es la prevención universal, tiene como destinataria a la población general. Las medidas de reducción del riesgo, eminentemente ambientales, se dirigen a la población con elevada probabilidad de exponerse a riesgos. Las medidas de reducción de daño se destinan a personas identificadas como de riesgo y consisten en actuaciones individuales.

La prevención de lesiones atribuibles al alcohol implica la adopción de estrategias de *Salud Pública* orientadas a la población general y asentadas sobre el trípode de sujeto, agente y ambiente. Sin embargo, determinados grupos poblacionales requieren intervenciones más específicas, diseñadas a su medida. La *Política de Reducción de Daños*, con intervenciones seleccionadas e indicadas, incide sobre todo sobre poblaciones sometidas a un riesgo ambiental, y sujetos que ya tienen conductas de riesgo.

Dentro de esta dinámica, la acción comunitaria adquiere especial relevancia.

El éxito de una política de reducción de riesgos y daños dependerá de su viabilidad, eficacia y sostenibilidad. La adopción de una batería de medidas independientes, pero relacionadas entre sí, facilita la acción extendida y sostenida capaz de producir un impacto positivo en la comunidad³⁷.

Los tres niveles de prevención contemplados por el Institute of Medicine³⁵ dan cabida a un enfoque plural: salubrista y de reducción del daño (fig. 1).

I) La *prevención universal*, dirigida a la *población general de bebedores potenciales*, incluye medidas dirigidas a los tres factores del abordaje salubrista (alcohol, individuo y ambiente): educación, limitación de edad y horaria, impuestos, etc., que contribuyen a reducir el consumo *per cápita*, el consumo de menores y las previsibles consecuencias adversas.

II) Las *intervenciones seleccionadas* se orientan sobre todo a *población con elevada probabilidad de incurrir en riesgos* (ej.: adolescentes y jóvenes que se supone inmersos en situaciones de consumo abusivo, probable conducción bajo los efectos del alcohol, etc.) e incluyen estrategias ambientales.

III) Las *intervenciones indicadas* serían aquéllas destinadas a reducir el daño y evitar la reincidencia de eventos negativos relacionados con el consumo de alcohol (conducción bajo los efectos, violencia u otras conductas antisociales, lesiones atribuibles al alcohol, etcétera) en *individuos que ya han sido identificados como sujetos con conductas de riesgo*. Dentro del trípode del enfoque salubrista, estas medidas van dirigidas al «factor» sujeto.

Los diferentes tipos de lesiones atribuibles al alcohol presentan, además de algunos factores de riesgo comunes, otros factores de riesgo específicos. Ello hace que, incluso dentro de las estrategias de reducción de daños, aparezcan enfoques diferenciados en función del riesgo a prevenir³⁸. Así, la prevención de accidentes de vehículos a motor, aún beneficiándose de estrategias de reducción del daño en general y de un enfoque salubrista, requerirá un abordaje diferenciado.

Revisaremos sucesivamente las estrategias más relevantes para la reducción de lesiones atribuibles al alcohol. Aunque nos centraremos en las ambientales, orientadas a la disminución del riesgo en donde tiene elevada probabilidad de producirse, comentaremos asimismo algunas estrategias de prevención universal y otras de reducción de daños en sujetos de riesgo identificados.

Estrategias de prevención universal

Además de las medidas de fiscalidad, incluyen sobre todo medidas educativas (prevención de la demanda) y legislativas (prevención de la oferta).

- Educación para la salud (promoción de la salud a nivel poblacional, educación en la escuela, educación en autoescuelas, etc.).
- Legislación y normativas (control del cumplimiento y sanciones).

Educación para la salud

La educación sobre los riesgos asociados al alcohol debe empezar en la escuela, continuar en espacios de educación pública tales como campañas de los medios, etc. y alcanzar determinados ámbitos tales como las autoescuelas, las escuelas de las fuerzas de seguridad y de magisterio, el mundo laboral a través de campañas de concienciación y el propio mundo sanitario, donde la educación sobre alcohol y la responsabilidad y habilidades para intervenir en este campo son aún en gran parte una asignatura pendiente.

A nivel escolar, además de la oferta de programas educativos, existen iniciativas privadas como la del Instituto Gutmann por la que jóvenes, parapléjicos como resultado de un accidente atribuible al alcohol u otras imprudencias, relatan su experiencia a los alumnos.

El vídeo *Alcohol y Conducción, amistades peligrosas* (Ayuntamiento de Madrid) se ha distribuido también con el correspondiente manual para el profesor y el folleto *Alcohol, jóvenes y tráfico* (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) como material didáctico para autoescuelas. En Italia, existe un amplio proyecto de educación preventiva a través de las autoescuelas (*Alcool, Droghe, Guida- riflessioni in corso*), que consta de un kit multimedia para instructores y alumnos y cuenta con soporte institucional y privado (compañías de seguros).

Los jóvenes suelen tener una percepción distorsionada del riesgo. La elevada prevalencia de lesiones atribuibles al alcohol en los jóvenes contrasta con su percepción de ser invencibles³⁹.

Control del cumplimiento de las leyes/normas

La legislación con respecto a la venta, dispensación o consumo de alcohol cumple funciones de Salud Pública, pero también de reducción de daños. Las eventuales ordenanzas municipales prohibiendo actividades que alteren el orden público y que, directa o indirectamente prohíben el consumo de alcohol en la vía pública, favorecen claramente la reducción de daños.

Las limitaciones horarias correlacionan con variaciones en la accidentalidad, tal como indican diversos estudios internacionales.

Limitar la edad mínima de consumo pretende proteger a los jóvenes de un consumo precoz. La relación entre edad legal para beber y accidentes de tráfico ha sido puesta de manifiesto en diversos estudios. Así, en los EE.UU. se observó un incremento de los accidentes al reducir de 20 a 18 la edad legal para consumir alcohol y un subsiguiente descenso de la accidentalidad cuando se volvió a aumentar la edad legal para consumir bebidas alcohólicas.

Las medidas combinadas de lugares de acceso limitado según edad, y de límites legales de edad para la venta y consumo están asimismo dirigidas a proteger a los jóvenes del consumo de alcohol y riesgos derivados.

Tanto el Reglamento General de Conductores como el Código Penal recogen artículos claramente orientados a la reducción de daños. La reiterada determinación de alcoholemias aleatorias en días, horas y lugares cambiantes configura, junto con la retirada de la licencia después de una infracción, la estrategia más eficaz para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, ni el peatón ni el usuario de bicicleta, patinete, u otros instrumentos de ruedas se ven afectados por esas medidas disuasorias, lo mismo que suelen olvidarse del riesgo del alcohol quienes practican deportes diversos de variable dificultad.

En el mundo laboral, el artículo 54.2f del Estatuto de los Trabajadores (la embriaguez habitual como causa de despido disciplinario, si ésta repercute en el desarrollo del trabajo de forma negativa) es percibido como medida represora. Sin embargo, este artículo y determinadas normas laborales limitando el acceso al alcohol y su consumo en el puesto de trabajo, así como determinados convenios para hacer controles analíticos en algunas empresas donde el consumo puede revestir especial peligrosidad, deberían cumplir una función disuasoria y de prevención de riesgos.

El poder de una rígida política preventiva, apoyada en leyes cuyo cumplimiento es estrictamente controlado, tiene su paradigma en la experiencia sueca⁴⁰. A lo largo de la década de los «90» el número de infraccio-

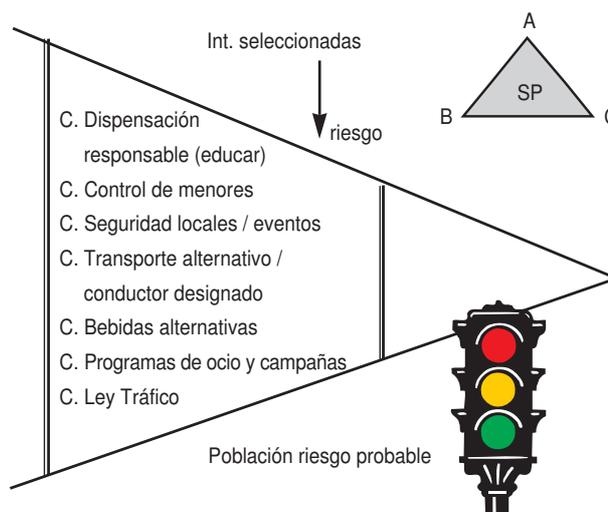


Figura 2. Intervenciones seleccionadas. Dentro de los niveles de prevención señalados, el 2º nivel alude a las medidas seleccionadas para la población con riesgo probable y consisten en medidas ambientales (C). El triángulo representa el enfoque de la salud pública, que incide sobre A (agente), B (individuo) y C (ambiente).

nes de tráfico motivadas por el alcohol en los jóvenes se redujo a la mitad, lo que se atribuyó a la aplicación regular de una política preventiva cada vez más restrictiva y de férreo control, con apoyo ciudadano.

Estrategias de disminución de riesgos (intervenciones seleccionadas) (fig. 2)

La población joven es el grupo demográfico con una probabilidad más elevada de sufrir daños por el alcohol. De ahí que cualquier política de reducción de riesgos deba tener en cuenta sus circunstancias y necesidades, así como el conflicto de intereses entre la industria y una prevención eficaz, sólo salvable con un esfuerzo de organización y alianzas por parte de la comunidad⁵.

Señalaremos las principales estrategias orientadas a modificar el entorno de quienes pueden incurrir en riesgos, que coincidirá en gran parte con el ámbito del ocio juvenil.

- Educación de «servidores» para la dispensación responsable.
- Control y protección de menores.
- Seguridad del local de consumo (ventilación, material anti-incendios, vasos de plástico o cristal inastillable...).
- Prohibición o limitación de entrar / consumir alcohol en determinados espacios o eventos donde las consecuencias del consumo pueden ser especialmente peligrosas.

- Disponibilidad de transporte alternativo (taxi, microbuses).
- Programas de Conductor Designado.
- Bebidas alternativas (disponibilidad y promoción).
- Alternativas de ocio y programas especiales.
- Legislación de Tráfico.

Educación de servidores

Entre las estrategias ambientales, la *dispensación responsable de bebidas* en sin duda la que tiene mayor impacto, con una clara repercusión sobre la conducción bajo los efectos del alcohol.

Sin embargo, la conducta de camareros y barmans suele ser muy tolerante. A pesar de dispensar una sustancia tóxica, la mayor parte de trabajadores de bares y restaurantes ignoran el contenido alcohólico de lo que dispensan (contenido medio de las bebidas estándar que sirven) y no suelen conocer ni sentirse partícipes del daño que las consumiciones pueden producir en sus clientes.

Un reciente estudio sueco reveló que en el 95% de 92 locales de Estocolmo se dispensó alcohol a actores que simulaban un estado de ebriedad⁴¹. La dispensación de bebidas alcohólicas a clientes intoxicados tiene lugar con excesiva frecuencia en todo el mundo. En Minneapolis, otro estudio con clientes simulados indicó que el 62% de ellos obtenían una bebida alcohólica más de la mitad de las veces, ya fuera al primer intento (68%) o al segundo (53%). En la mayor parte de casos de negativa (68% de rechazos) no se daba al cliente explicación alguna, no llegando al 20% los casos de oferta de una bebida alternativa⁴².

Sin embargo la dispensación responsable podría contribuir a disminuir los episodios de embriaguez y sus plurales consecuencias.

La reducción de la accidentalidad viaria es uno de los beneficios más buscados de la dispensación responsable y sería una consecuencia lógica de la disminución del número de clientes que salen del bar intoxicados⁴³.

Se estima que, si el 60% de servidores de una zona estuvieran entrenados para negarse a servir a clientes intoxicados, se reducirían en un 23% las muertes por AT nocturno sin contrario⁴⁴, indicadores de accidentes de tráfico por alcohol por triplicar la probabilidad de involucrar dicho consumo.

Considerados como los «porteros de la comunidad», las intervenciones de ámbito comunitario deberían dirigirse a los servidores más que a los bebedores⁴⁵.

El objetivo del programa de entrenamiento es:

1. prevenir la dispensación a menores,
2. evitar la dispensación a personas intoxicadas, y
3. evitar la conducción bajo los efectos del alcohol.

La intervención preventiva de los servidores incluye una serie de estrategias para controlar el consumo de alcohol en sus establecimientos a partir de cambios en la política empresarial y del entrenamiento del personal del local, que a su vez deberá ser capaz de observar y controlar el consumo de alcohol de sus clientes a través de cambios en la práctica de la dispensación⁴⁶.

«No bebas mucha cerveza porque, si te caes en la calle, nadie querrá recogerte y tu cabeza acabará en el polvo si coges tu carro y tropiezas con alguna piedra.»

(Inscripción hallada en una pirámide egipcia, citada por Montoro)⁴⁷.

La formación suele incluir educación sobre los efectos del alcohol y la legislación vigente, además de adiestrar en técnicas para negarse a servir a un cliente intoxicado y proponer formas de ayudar al cliente a encontrar un transporte alternativo al propio vehículo. Los cursos ofrecidos son de variable duración y se organizan en distintos contextos. Se echa en falta una estandarización de los programas formativos, que varían en contenidos, duración, estrategias y destinatarios, siendo éstos preferentemente camareros o barmen⁴⁸.

La investigación demuestra que algunas intervenciones pueden reducir el consumo de los clientes, pero aún no sabemos cómo optimizarlas (componentes básicos, sesiones de refuerzo...) ni la relación que existe entre estos programas y un abanico más amplio de intervenciones comunitarias⁴⁶.

Los EE.UU.⁴⁹ son el país con mayor experiencia en este campo, siendo la formación de servidores obligatoria en diversos Estados. Lo mismo ocurre en Canadá, donde el Acta de la Licencia para Licores de Ontario reconoce la responsabilidad civil de los proveedores de alcohol y recomienda a los dueños de establecimientos autorizados para dispensar alcohol que envíen a sus trabajadores a un curso de dispensación responsable⁵⁰.

En el marco del *Rhode Island Community Alcohol Abuse Injury prevention Project* (CAAIPP), implementado entre 1984 y 1989, se empleó la estrategia del «portero de la comunidad» y se entrenó durante cinco horas curriculares en la Dispensación Responsable de Alcohol a todos los dispensadores. La significativa diferencia entre personal entrenado y no entrenado con respecto a conductas deseables de dispensación aparecía a los 15 meses y persistía a los cuatro años de la formación.

En la actualidad, diversos países han ido introduciendo cursos de formación, también en Europa (Suecia, Irlanda...), cuyas evaluaciones indican su efecto favorable, tanto a nivel de una conducta más responsable en los servidores entrenados frente a los no entrenados^{43,51}, como por lo que respecta a la reducción de los accidentes tráfico de madrugada y sin contrario⁵².

Aunque no siempre cambian las conductas de los servidores, la formación modifica significativamente sus conocimientos y actitudes y favorece el desarrollo de políticas de los establecimientos⁵³. En cualquier caso, existen estudios^{41,43,54} utilizando falsos clientes (actores) que indican la modificación de prácticas de dispensación en los servidores entrenados, traducida por una reducción de las respuestas inadecuadas y del porcentaje de clientes que salen del local intoxicados.

La oferta de formación existente fuera de España es muy variable en cuanto a su contenido y calidad. La mayor parte se dirigen a camareros y barmans, cuando deberían hacerse extensivos a propietarios y gerentes⁴⁸.

Control y protección de menores

La reducción de riesgos implica proteger a los más jóvenes de probables abusos de alcohol. Así, además del control del límite de edad legal para la dispensación, habrá que perseguir la venta a menores por parte de establecimientos de alimentación e intervenir sobre grupos de menores que beban en la calle. En Barcelona, un distrito tiene en marcha la llamada «Operación Marejada», destinada a intervenir sobre las oleadas de jóvenes que se dan cita en la calle los fines de semana, a fin de evitar el consumo de menores y las alteraciones del orden público. La operación, a cargo de la Guardia Urbana, aún medidas sancionadoras y rehabilitadoras, haciendo entrega de los menores a sus padres, a los que se facilita un díptico informativo sobre el Servicio de Orientación sobre Drogas, que pueden consultar si lo estiman oportuno.

Seguridad de locales/ eventos

Existen iniciativas de utilización de vasos de plástico, ceniceros de materiales blandos, etc. a fin de evitar que tales instrumentos se conviertan en armas arrojadizas en clientes bajo los efectos del alcohol. Tomando unas copas, un vaso o una botella pueden convertirse en un arma o en un elemento de riesgo en caso de caídas, etc. De ahí la iniciativa de usar otros materiales. En el Reino Unido existe la campaña *Crystal Clear*, que nació como respuesta a las lesiones ocasionadas por los vasos de cristal en discotecas y bares. Los locales advirtieron de los peligros del cristal a través de pósters, posa-vasos, camisetas... y rogaron a sus clientes que no sacaran vasos afuera. Una empresa cervecera colaboradora accedió a fabricar botellas de plástico. La campaña, fruto de la colaboración entre la industria de hostelería y ocio, la industria cervecera y una agencia de información sobre drogas, logró una disminución de las lesiones por vidrio⁵⁵.

En diversos países existen normativas prohibiendo la entrada de botellas en general y de bebidas alcohólicas en estadios de fútbol y en general en eventos donde pueden eclosionar fanatismos y violencia.

Los locales deberían tener ventilación e iluminación suficiente, así como material ignífugo, todo lo cual previene complicaciones en caso de incidentes.

La protección que representan los agentes de seguridad en las discotecas viene a veces contrarrestada por la agresividad que su presencia, y a veces su actitud, provocan en sujetos embriagados.

Disponibilidad de transporte alternativo

La primera necesidad es disponer de una red de transporte público suficiente en cuanto a horas y número de vehículos.

El taxi es una posibilidad para algunos clientes, siempre y cuando la flotilla esté disponible. Algunos taxistas se promocionan para este tipo de servicio, dejando propaganda en los parabrisas de los coches.

Existen iniciativas privadas de pagar el taxi al cliente (algunas industrias alcoholeras como Bacardí, en Puerto Rico...). La industria también ha promocionado el taxi junto con la cerveza¹¹: «Primer pedido...» (imagen de cerveza fresca espumeante) - «Último pedido. Gracias por no conducir después de haber bebido» (imagen de taxi), lanzando así un evidente doble mensaje. Ambas iniciativas se orientan de forma exclusiva a la reducción del daño vial, pero son falsamente preventivas.

En el Reino Unido, algunas discotecas que quedan fuera de la cobertura del transporte público nocturno, ofrecen «party buses» que recogen a los clientes de pubs locales y los llevan a la discoteca, devolviéndolos luego al punto de partida por un módico precio.

Algunos municipios españoles fletan autobuses especiales con ocasión de macro-conciertos o simplemente en fines de semana a fin de facilitar la recogida de jóvenes en discotecas, salas de conciertos, etc. y prolongan el horario del transporte público en fines de semana y vigiliadas señaladas.

Programas de conductor designado

Un conductor designado es la persona de un grupo de varios bebedores que se compromete a no ingerir bebidas alcohólicas y a llevar a casa a sus compañeros sanos y salvos. El concepto de conductor designado⁵⁶ surgió a mediados de la década de los 90 como parte integrante de una estrategia nacional de reducir los accidentes de tráfico atribuibles al alcohol. Su objetivo es cambiar las normas sociales y las conductas respecto al alcohol y la

conducción. Esta estrategia tiene sentido siempre que sea incluida en una política preventiva más amplia. DeJong y Wallack⁵⁷ advertían del riesgo de limitar la prevención a esta estrategia, promocionada por los medios, la industria, etc. olvidando otros abordajes como los puntos de control, el refuerzo del cumplimiento de la ley...

El uso de conductores designados puede ser fruto de un acuerdo privado, o ser promovidos por dos tipos de programas:

a) aquéllos basados en un programa de servidores, ubicados en establecimientos que sirven alcohol y donde el camarero introduce la idea de utilizar un bebedor designado, y

b) programas de conductor designado directamente promovidos como tales, a menudo por la propia industria, incluyendo campañas, premios, y contrapartidas.

Su utilización aumenta hasta un 70% cuando se promocionan a través de una intensa campaña mediática. Aparte del efecto concreto sobre el consumo, estos programas contribuyen a modificar la percepción sobre la conducta aceptable.

Los programas de conductor designado funcionan siempre que estén bien estructurados, es decir, que impliquen unas condiciones o requisitos para ser conductor designado⁵⁸. Cuando la selección y uso de conductores designados es espontánea, se comprueba una elevada prevalencia de conductores que beben, así como una ingesta superior a la habitual en quienes saben que no conducirán⁵⁸. En efecto, los grupos de bebedores de riesgo suelen elegir conductores designados que consumen alcohol⁵⁹. El 42% de estudiantes universitarios encuestados por Schwartz & Little⁶⁰ consideraban que el conductor designado podía beber al menos un par de cervezas.

Sin embargo, la estrategia del conductor designado va afianzándose y los que conducen no suelen beber, aunque entre los universitarios que usan al conductor designado, algunos (22%) beban más ese día⁶¹.

Bebidas alternativas

La promoción de refrescos sin alcohol e incluso de bebidas de baja graduación alcohólica facilita la reducción de daños. En toda fiesta popular, debería haber una amplia oferta de bebidas alternativas impulsada por la propia administración o comunidad. Las bebidas sin alcohol no deben faltar en recepciones oficiales.

Alternativas de ocio y programas especiales

En España, existen diversos programas de ocio nocturno alternativo (*Las mil y una noches, Abierto hasta el amanecer, BCN Bona Nit, etc.*) destinados a ampliar el

abanico de actividades nocturnas y descubrir el ocio sin alcohol o siquiera a quitarle a aquél el protagonismo. Otros programas se concentran en la información y asesoramiento a un colectivo específico para que éste sea capaz de gestionar los riesgos y prevenir el daño. En Barcelona, por ejemplo, existen programas en el medio universitario. El *Programa Coge tu punto* está integrado por mensajes sobre los riesgos del alcohol vehiculizados por puntos de libro y un póster, además de un programa de radio y una web interactivos; El *Programa El Chiringo* ofrece puntos de información y asesoramiento sobre cuestiones de salud, incluyendo alcohol y otras drogas. Tiene postales informativas y una web interactiva).

La comunidad puede movilizarse mediante grupos de presión y dar apoyo a las iniciativas ciudadanas de reducción de daños encarnadas en programas diversos.

En el Reino Unido, el *Club Health*⁴ es un programa que pretende proteger la salud de quienes van a los locales de ocio nocturno a través de un abordaje ambiental, involucrando a propietarios de locales, agentes de salud, policía, políticos, industria alcoholera y a los propios usuarios del ocio.

Estrategias de reducción de daños (intervenciones indicadas para sujetos identificados) (fig. 3)

- Identificación precoz e intervención breve sobre bebedores de riesgo como estrategia de reducción de la accidentalidad.
- Medidas reeducativas.
- Medidas de protección de víctimas.

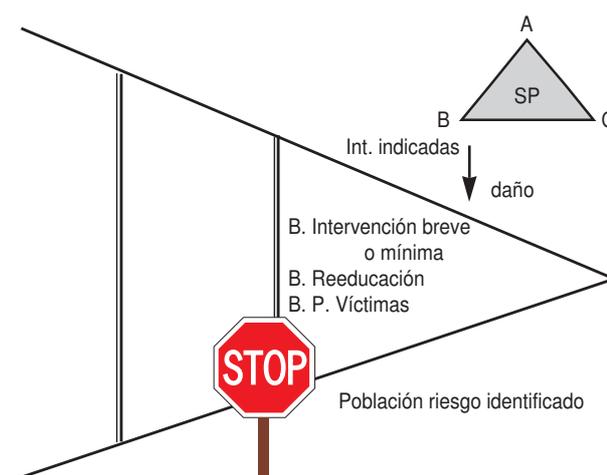


Figura 3. Intervenciones indicadas. Dentro de los niveles de prevención señalados, el 3º nivel alude a las medidas indicadas para individuos con riesgo o daño identificado y consisten en medidas individuales (B). El triángulo representa el enfoque de la salud pública, que incide sobre A (agente), B (individuo) y C (ambiente).

Identificación precoz e intervención breve sobre bebedores de riesgo como estrategia de reducción de la accidentalidad

La eficacia de la intervención breve (IB) ha sido mayormente evidenciada en Atención Primaria de Salud, cumpliendo una función de Salud Pública al tiempo que de reducción del daño.

Los pacientes lesionados tienen una probabilidad doble que los pacientes de urgencias no traumáticas de presentar problemas de alcohol, al ser el alcohol una de las causas evitables más comunes de lesiones.

Accidentes de circulación, laborales, agresiones... dan la oportunidad de intervenir sobre bebedores excesivos y prevenir nuevas lesiones.

Intervención breve en traumatología

Se considera que los centros de traumatología se hallan en una situación ideal para detectar e intervenir, motivando para el cambio o derivando a tratamiento a los pacientes lesionados bajo los efectos del alcohol. Tanto es así, que en algunos estados de los EE.UU. el cribado e intervención son obligatorios.

La literatura nos aporta experiencias en el campo de la traumatología^{16,62-65}.

Gentinello et al⁶⁴ demostraron que la aplicación rutinaria de una IB (30 minutos de entrevista motivacional) en pacientes traumáticos con consumo arriesgado de alcohol reducía significativamente tanto la ingestión (al año) como las recidivas traumáticas (a los tres años).

La experiencia se hace extensiva a menores⁶⁶, que responden favorablemente a una intervención breve subsiguiente a su admisión en urgencias por lesiones. El consumo de alcohol disminuye en el grupo que recibe una entrevista breve motivacional y en el control, pero las consecuencias adversas (conducir intoxicado, infracciones de tráfico y lesiones atribuibles al alcohol) disminuyen significativamente más en los sujetos que recibieron la intervención.

En Barcelona se está llevando a cabo un estudio sobre intervención breve en lesionados de tráfico con presencia de alcohol atendidos en un servicio de urgencias traumatológicas. Su viabilidad quedó evidenciada en la fase piloto, cuyos resultados se dieron a conocer en las XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol⁶⁷.

Intervención breve sobre conductores intoxicados desde unidades específicas

En Finlandia⁶⁸ está en marcha un proyecto que consiste en ofrecer una intervención relativamente

breve (dos visitas de médico y cinco de consejero en un año) a conductores derivados por la policía tras haberlos detectado conduciendo bajo los efectos de la bebida. A lo largo de dicho programa de intervención breve reeducativa, se trabajan tanto el consumo de alcohol y modo de reducirlo como la conducta viaria.

Intervención breve educativa en locales de degustación

También se ha ensayado con éxito la educación sobre alcohol utilizando estrategias de intervención breve desde un local dispensador (bares, tabernas).

En un área rural de Australia se llevó a cabo la *Operación Consumo Seguro*⁶⁹ en la que tomaron parte 67 locales autorizados en 76 ocasiones. Participaron en la experiencia 2.761 voluntarios a quienes se ofreció un evaluación del riesgo de su consumo de alcohol. El programa, bien aceptado por patronos y clientes y contó con la colaboración de la policía y un educador de salud. Se promocionó a través de los medios. Los locales participantes anunciaron los días y horas en que ofrecían el programa. El día señalado, un oficial de policía uniformado y un agente de salud montaban un *stand* con material informativo sobre los límites de riesgo, etc. A todo cliente se le ofrecía información sobre su propio consumo de alcohol y el consejo pertinente.

El programa reclutaba pacientes autoseleccionados y no necesariamente representativos de la clientela de bares, pero aportó información sobre indicadores de riesgo y demostró la viabilidad de este tipo de iniciativas, así como las amplias posibilidades de la intervención breve.

Intervención breve en estudiantes de escuela superior

La reducción del consumo y sus consecuencias en estudiantes ha sido evaluada por Marlatt et al⁷⁰ en jóvenes bebedores excesivos captados por correo a través de un cuestionario enviado entre los seleccionados para ingresar en la universidad de Washington. Los bebedores de riesgo que recibieron la intervención habían reducido tanto su consumo como las consecuencias adversas de forma significativamente mayor al grupo de control, al cabo de dos años.

Intervención breve desde el mundo laboral

Existen empresas donde se hacen campañas preventivas del abuso de alcohol y que presentan normas prohibiendo el consumo en el lugar de trabajo. Algunas de especial peligrosidad tienen convenios

autorizando análisis aleatorios de detección del consumo. Sin embargo, los controles aleatorios no siempre son preventivos. En los EE.UU., McFadden⁷¹ estudió expedientes de 70.164 pilotos y no pudo comprobar la eficacia de los controles preventivos. En cambio, el antecedente de haber sido sancionado por conducir bajo los efectos del alcohol se asociaba a un riesgo significativamente mayor de sufrir un accidente por error del piloto, lo que indicaría la necesidad de tomar medidas sancionadoras y de ulterior rehabilitación.

El servicio médico de empresa puede efectuar una identificación precoz de los empleados de riesgo y proveer una intervención breve o, en su defecto, derivar al paciente al recurso oportuno⁷².

Existe abundante literatura sobre los beneficios de los programas de intervención sobre pacientes alcohólicos desde la empresa (Renfe, Telefónica...). La intervención ampliada al bebedor de riesgo ahorraría muchos accidentes, a veces de gran repercusión al involucrar a terceros.

Medidas reeducativas y de protección de víctimas

Sin entrar en el terreno de los delitos contra la seguridad vial, debemos señalar la importancia de ofrecer medidas reeducativas, terapéuticas y rehabilitadoras a quienes han producido un daño social en relación con su consumo de alcohol, sea éste intencionado o fortuito.

En el caso de la violencia doméstica, a menudo a cargo de individuos con problemas crónicos de alcohol y antecedentes de conductas violentas, es imperativo proteger a las víctimas putativas.

En la actualidad, la ley permite procesos acelerados para apartar al cónyuge o pareja agresor de la víctima, a la que ayudan diversos organismos. A menudo, la única solución son los hogares o familias de acogida. En diversas ciudades españolas existen programas sociosanitarios de ayuda urgente.

La ayuda real deberá incluir el tratamiento del maltratador para ayudarle a resolver sus problemas de alcohol. El País Vasco es pionero en el tratamiento del agresor.

Las conductas autolíticas pueden prevenirse sobre todo tratando el alcoholismo. La medicación antidepresiva por sí sola no mejora el pronóstico y comporta el riesgo de la consumación del suicidio por desinhibición.

El enfoque de los problemas duales es asimismo imprescindible para atajar la agresividad auto- o heterodirigida y la violencia doméstica.

Papel del sector comercial (sector servicios y industria alcohólica) en la reducción de daños producidos por el consumo de alcohol

La importancia del sector servicios (hostelería y ocio) en la política de reducción de riesgos y daños, es indiscutible. Su colaboración es de extrema importancia tanto para la dispensación responsable y los beneficios que de ella se derivan, como por su poder amplificador del mensaje preventivo.

Otra cosa es el papel de la industria alcohólica, que intenta acaparar protagonismo en la prevención de riesgos y daños, lanzando su particular doble mensaje: *Bebe moderadamente, es tu responsabilidad*, según reza la leyenda anexa a sus carteles publicitarios.

La pretensión de la industria de hacer prevención primaria, incluso en las escuelas, no tiene más sentido que el de una promoción encubierta y, en el mejor de los casos, de coartada para lavarse las manos de futuras consecuencias adversas del consumo. Sin embargo, las alcohólicas pueden colaborar en la educación de los trabajadores del sector para que dispensen el alcohol de forma responsable.

Otras colaboraciones como el transporte alternativo o las campañas de conductor designado tienen el efecto positivo de evitar accidentes, pero al mismo tiempo promocionan su nombre y por tanto las ventas.

Promoción de ventas y reducción del daño, ¿son compatibles?

El debate está servido.

Conclusiones

La morbilidad y mortalidad por lesiones supera a la correspondiente a algunas enfermedades con mayor factor de atribución y las minusvalías relacionadas con el alcohol superan a la morbilidad y mortalidad atribuible al mismo. La labor preventiva ha de ser multiprofesional y utilizar estrategias confluyentes. La prevención primaria y universal ha de ser complementada con medidas orientadas a subgrupos de población con elevada probabilidad de incurrir en riesgos y con intervenciones específicas sobre aquellos individuos que ya han incurrido en riesgos o empiezan a experimentar daños. De ahí la necesidad de prevenir riesgos, pero también la progresión del daño y la recivida de lesiones. Haciéndolo protegeremos a los sujetos de riesgo y a sus víctimas potenciales, sea la conducta intencionada o no.

Bibliografía

1. Fuchs WJ, Degkwitz P. Harm reduction in Europe – Trend, movement or change of paradigma? *Eur Addict Res* 1995;1:81-5.
2. Single E. Harm reduction and alcohol. *Int J Drug Policy* 1995;6:26-30.
3. Denning P. Strategies for implementation of harm reduction in treatment settings. *J Psychoactive Drugs* 2001;33:23-6.
4. Calafat A, Fernández C, Juan M, Bellis MA, Bohrn K, Hakkarainen P, et al. Risk and control in the recreational drug culture. Sonar project. IREFREA. Palma de Mallorca: IREFREA ESPAÑA, 2001. p. 269-84.
5. Mosher JF. Alcohol policy and the young adult: establishing priorities, building partnerships, overcoming barriers. *Addiction* 1999;94:357-69.
6. Rehm J, Ashley MJ, Room R, Single E, Bondy S, Ferrence R, et al. On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. *Addiction* 1996;91:1615-21.
7. Crapelet M. La prevención de los riesgos asociados al alcohol. *Fundamentos científicos. Adicciones* 1998;10:363-71.
8. Stockwell TR. Acute alcohol-related harm in Australia: what do we know and what do we need to know? A discussion paper prepared for the National Workshop on Alcohol research Priorities. A report commissioned by the Commonwealth, 2000 (en prensa).
9. Skog OJ. The prevention paradox revisited. *Addiction* 1999;94:751-7.
10. English DR, Holman CDJ, Milne E. The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Dept. of Human Services and Health, 1995.
11. Divers P, Zipurky B. Beber o conducir... ¿Debemos plantearlo así? Las recaídas inesperadas de una campaña de prevención en Canadá. *Rev Esp Drogodepend* 1994;19:163-6.
12. Rossow I, Parnanen K, Rehm J. Accidents, suicide and violence. En: Klingemann H, Gmel G, eds. Mapping the social consequences of alcohol consumption. London: Kluwer Academic Publishers, 2001. p. 93-112.
13. Holder HD, editor. Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction* 1997;92(Suppl):S293-301.
14. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction* 1993;88:923-37.
15. Cherpitel CJ. Drinking patterns and drinking problems associated with injury status in emergency room admissions. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12:105-10.
16. Degutis LC, Schriver JA. Emergency Department (ED) physician *screening* for potential alcohol related problems in patients with minor injuries: results from an urban ED. 4th World Conference Amsterdam on Injury Prevention and Control. RAI-Amsterdam, 1998.
17. Jurkovich GJ, Rivara FP, Gurney JG, Ries R, Mueller BA, Copass M. The effect of acute alcohol intoxication and chronic alcohol abuse on outcome from trauma. *JAMA* 1993;270:51-6.
18. Wechsler H. Alcohol level and home accident. *Public Health Rep* 1969;84:1043-50.
19. Walsh ME, Macleod DAD. Breath alcohol analysis in the accident and emergency department. *Injury* 1983;15:62-6.
20. Luke C. A Little Nightclub Medicine: the healthcare implications of clubbing. *Proceedings of Club Health 2000*. Amsterdam, 1999.
21. Portella E, Rídao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
22. Murray CJL, López A, eds. Global Burden of Disease: a comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996.
23. Graham K, Leonard KE, Room R, Wild TC, Pihl RO, Bis C, et al. Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction* 1998;93:659-76.
24. Alcohol Concern. Alcohol and Crime [Consultado el 21-9-2000]. URL: www.alcoholconcern.org.uk/information/factsheets/crimeinfo.htm
25. Delgado S. Delito y Drogodependencias. En: Delgado S, dir. *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol II. Madrid: Cedes, 1994. p. 555-89.
26. García Más MP. Nivel de asociación del consumo de alcohol y violencia doméstica. *Adicciones* 2001;13(Suppl):86.
27. Labarta E. Mentalidad de la Justicia de los Tribunales del Jurado ante la violencia doméstica. *Symposium Alcohol y violencia doméstica*. Madrid, 1999.
28. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behav* 1986;16:162-91.
29. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction* 1995;90:685-91.
30. Rossow I, Romelsjo A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* 1999;1199-207.
31. Calafat A, ed. Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98. IREFREA & European Commission. Palma de Mallorca: IREFREA España, 1999.
32. Mcleod R, Stockwell T, Stevens M, Phillips M. The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction* 1999;94:1719-34.
33. Roizen J. Alcohol and trauma. En: Giesbrecht, et al, eds. *Drinking and casualties*. Tavistock-Routledge: London: New York, 1989. p. 21-66.
34. Alberdi MJ, Barandiarán M, Sanz X, Uranga MJ, Zupiria X. El fenómeno del «automóvil bebido». Los fines de semana en estudiantes de enfermería. *Adicciones* 2001;13(Suppl1):64.
35. Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioural Medicine. Prevention and treatment of alcohol problems: research opportunities. Washington DC: National Academy Press, 1989.
36. Kaskutas L. Primary prevention and Education. The Research Society on Alcoholism Lecture Series. Alcohol and Alcohol Actions. Serie 1. Psychosocial Research Society on Alcoholism, 2001.
37. Plant M. Harm minimization. En: Klingemann H, Gmel G, eds. Mapping the social consequences of alcohol consumption. London: Kluwer Academic Publishers, 2001. p. 145-60.
38. Chipman ML. Risk factors for injury: similarities and differences for traffic crashes and other causes. *Accid Anal Prev* 1995;27:699-706.
39. Giesbrecht N. Reducing risks associated with drinking among young adults: promoting knowledge-based perspectives and harm reduction strategies. *Addiction* 1999;94:353-5.

40. Borschos B. Infracciones de tráfico de los jóvenes suecos después de consumir alcohol. *Adicciones* 2000;12:559-70.
41. Andreason S, Lindewald B, Rehman C. Over-serving patrons in licensed premises in Stockholm. *Addiction* 2000;95:359-63.
42. Toomey TL, Wagenaar AC, Kilian G, Fitch O, Rothstein C, Fletcher L. Alcohol-sales to pseudo-intoxicated bar patrons. *Public Health Rep* 1999;114:337-42.
43. Russ NW, Geller ES. Training bar personnel to prevent drunken driving: a field evaluation. *Am J Public Health* 1987;77:952-4.
44. DeJong W, Hingson R. Strategies to reduce driving under the influence of alcohol. *Ann Rev Public Health* 1998;19:359-78.
45. Buka SL, Birdthistle IJ. Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *J Stud Alcohol* 1999;60:27-36.
46. Saltz RF. La introducción de una legislación en los lugares donde se sirve alcohol al público en los EE.UU. y la llegada del «server Training». *Addiction* 1993; (Suppl):95-103.
47. Montoro L. Alcohol, drogas, seguridad vial y accidentes de tráfico. *Rev Esp Drogodepend* 1997;22:161-4.
48. 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;113:162-9.
49. Saltz RF. Research needs and opportunities in server intervention programs. *Health Educ Q* 1989;16:429-38.
50. Single E. The interaction between policy and research in the implementation of server training. *Addiction* 1993;88(Suppl):105S-13.
51. Gripenberg J, Wallin E, Lindewald B, Andréasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving of alcohol in Stockholm. 26th Annual Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Oslo, 2000.
52. Holder HD, Waagenar AC. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accid Anal Prev* 1994;26:89-97.
53. 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;81:197-9.
54. Gliksman L, McKenzie D, Single E, Douglas R, Brunet S, Moffat K. The role of alcohol providers in prevention: an evaluation of a server intervention programme. *Addiction* 1993;88:1195-203.
55. HIT2000. Crystal Clear- June 1999: Reducing glass related injury. URL: www.hit.org.uk/camp4.htm
56. Winsten JA. Promoting designated drivers: the Harvard Alcohol Project. *Am J Prev Med* 1994;10(Suppl 3):11-4.
57. DeJong W, Wallack L. The role of designated driver programs in the prevention of alcohol-impaired driving: a critical assessment. *Health Educ Q* 1992;19:429-42.
58. Glascoff MA, Knoght SM, Jenkins LK. Designated-driver programs: college students' experiences and opinions. *J Am Coll Health* 1994;43:65-70.
59. Barr A MacKinnon. Designated driving among college students. *J Stud Alcohol* 1998;59:549-54.
60. Schwartz RH, Little DL. Let's party tonight: drinking patterns and breath alcohol values at high school parties. *Fam Med* 1997;29:326-31.
61. DeJong W, Winsten JA. The use of designated drivers by US college students: a national study. *J Am Coll Health* 1999;47:151-6.
62. Antti-Poika I, Karaharju E, Roine R, Salaspuro M: Intervention of heavy drinking: a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol Alcohol* 1988;23:115-21.
63. Gentilello LM, Duggan P, Drummond D, Tonnesen A, Degner EE, Fischer RP, et al. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *Am J Surg* 1988;165:558-61.
64. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Dranciang E, Dunn CW et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999;230:473-80.
65. Sommers MS, Dyehouse JM, Howe SR, Lemmink J. Preventing alcohol-related motor vehicle injury with brief intervention strategies: preliminary findings with 60 subjects. 42nd Annual Proceedings of the Association for the Advancement of Automotive Medicine. Charlottesville (Virginia), 1988.
66. Monti OM, Colby SM, 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.
67. Rodríguez-Martos A, Plasencia A, Escayola M, Martí J, Ferrando J, Torralba LI. Intervención breve en accidentados con alcoholemia positiva desde un centro de traumatología. *Adicciones* 2001;13(4):371-383.
68. Seppä K. Tratamiento y evaluación de los conductores que conducen bajo el efecto del alcohol en Finlandia. *Trastornos Adictivos* 2001; 3(4):280-284.
69. Reilly D, Van Beurden E, Mitchell E, Dight R, Scott Ch, Beard J. Alcohol education in licensed premises using brief intervention strategies. *Addiction* 1998;93:385-98.
70. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, et al. *Screening* and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J Consult Psychol* 1998;66:604-15.
71. McFadden KL. Policy improvements for prevention of alcohol misuse by airline pilots. *Hum Factors* 1997;39:1-8.
72. Rodríguez-Martos. Problemas de alcohol en el ámbito laboral. Madrid: FAD, 1998.