

# RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROGRAMA BEBER PROBLEMA (PBP). CONSULTORIO MIRAFLORES TEMUCO

Sergio Ferrada E. (1), Yomar Molina R. (1) Tutores: Dr. Sergio Ferrada N. (2), Dra. Jane Ernst G. (2).

## INTRODUCCION

En Chile, a partir de 1993, y de acuerdo con la política y plan nacional de prevención y control de drogas de la república de Chile<sup>1</sup>, se estableció el beber problema y consumo indebido de drogas como área prioritaria en salud.

Las áreas de tabaco, alcohol y drogas se establecen como una de las 16 prioridades de salud en Chile en el año 1997, y en 1998 se establece la unidad de alcohol tabaco y drogas, pendiente de coordinar los distintos servicios de salud y otras instituciones en pos de controlar el uso indebido de estas sustancias y sus posibles consecuencias.<sup>1</sup>

Nuestro país esta catalogado como uno de los que mas alcohol consume en el mundo, situándose para el año 84 en el séptimo lugar mundial con 11.5 Lt. de alcohol absoluto por cada persona mayor de 15 años por año.<sup>1</sup>

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>3</sup>, en Chile, un 20% de la población general puede ser considerada como bebedor problema, de los cuales un 15% no tiene dependencia, y el 5% restante si la tiene. El problema es mas frecuente en hombres, especialmente si no trabajan o solo lo hacen esporádicamente. Se asocia a un 38% de los egresos hospitalarios, 7% como causa principal de muerte. En el Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General,

(1) *Internos Medicina, Universidad de La Frontera.*  
(2) *Médicos Cirujanos, Consultorio Miraflores, Temuco.*

Realizado por el CONACE<sup>2</sup>, se vio que el consumo de alcohol aumento entre el año 2000 y 2002 de un 53,9% a un 59,1%, siendo en las mujeres de 7 puntos porcentuales y en los hombres 3, con lo que se confirma que la mujer esta tendiendo a consumir mas alcohol que los hombres

En el mismo estudio se observo que el alcohol comparado con otras drogas (pasta base, cocaína, marihuana), produce menos dependencia (11,8%), pero aun así es un importante factor implicado en la génesis de complicaciones en las áreas médica, legal, social, laboral y familiar del individuo y su entorno.

A nivel local no existen estudios que analicen los resultados de una intervención sobre la población de bebedores problema, lo que nos impulso en trabajos realizados y presentados anteriormente a analizar el perfil de pacientes BPCD pertenecientes al programa beber problema, con lo que logramos describir una población donde la mayoría de los pacientes son hombres adultos que se inician en el hábito alcohólico a una edad promedio de 15 años y no superan el nivel educacional medio. Se observa una cesantía (16%) mayor a la media nacional. El consumo de tabaco se ve en un tercio de los pacientes y el de drogas ilícitas es mayor a la prevalencia general de Chile<sup>4</sup>.

El establecer un perfil de esta población nos llevo a plantear el objetivo de esta investigación que es conocer los resultados de una intervención

programada sobre una población definida de BPCD, además de analizar como la situación laboral, nivel educacional y reincidencia influyen sobre el abandono del programa.

## MATERIAL Y METODO

La población objetivo de nuestra investigación fue una cohorte de los 65 pacientes diagnosticados como bebedores problemas con dependencia (BPCD) en el programa Beber Problema del Consultorio Miraflores de Temuco, que ingresaron entre el 1 de noviembre de 1999 al 31 de octubre del 2000. Para ingresar al programa se requiere cumplir con: Consulta de ingreso social y de enfermería. Consulta de ingreso realizada por el medico del programa BP, donde se clasifica a los pacientes según criterios de la norma ministerial de 1998 en Bebedor Problema con o sin dependencia. Según norma ministerial<sup>1</sup> y revisión durante el VI encuentro nacional de la Asociación Nacional de Profesionales que trabajan en Alcoholismo (ANSAPROA), se considera un bebedor problema a aquel individuo transgrede uno o más de los siguientes enunciados:

Tiene 16 años o más.

Si es mujer, no estar embarazada ni en lactancia. Consume una dieta balanceada y normocalórica, y tiene un estado nutritivo normal.

Ingiere bebidas alcohólicas aprobadas por la autoridad sanitaria.

No presenta embriaguez patológica o idiosincrática. Ingiere alcohol sin consecuencias contingentes negativas para sí mismo, ni para otros, y sin presentar problemas con la justicia.

Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral. No depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse.

No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol.

Si bebe no se embriaga.

Ahora bien, la dependencia se define según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)<sup>1</sup> como:

Presencia en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo de tres o más de los siguientes rasgos:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión por beber alcohol.

Disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol.

Síntomas somáticos de de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa.

Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis mas bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol, con aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes efectos perjudiciales.

Una vez definida nuestra población los datos se recopilaron tras la revisión de fichas clínicas, cartolas de ingreso y seguimiento, donde se registró la información a partir del trabajo de asistente social, enfermeras y médicos. Además la información sobre el funcionamiento del programa fue proporcionada por los médicos encargados del programa.

Definimos reincidencia como el consumo de alcohol que se produce durante el periodo de permanencia en el PBP que fue considerado para este estudio.<sup>1</sup>

Abandono se refiere a los pacientes que cumplen 90 días de inasistencia a pesar de haberse hecho actividades de seguimiento, o que el paciente manifieste explícitamente su deseo por retirarse del

PBP.<sup>1</sup>

Una vez recolectada la información se ingresó a una base de datos en Stata 7.0, donde se analizó y procesó. La presentación de los datos se realiza en Excel XP.

## RESULTADOS

En nuestros 65 pacientes se observa que la ingesta máxima sin intervención del programa fue 37,4 días sin dejar de consumir alcohol versus 1,4 días con intervención ( $p=0,0029$ ).



Por otro lado la abstinencia máxima sin intervención del PBP fue 76,8 días, y con intervención 184 días ( $p=0,001$ ).



En cuanto a la reincidencia se vio que el 68,3% no reincide, 18,3% reincide 1 vez, 5,0% 2 veces y 8,3% 3 veces.

Con respecto a la adherencia al PBP el 41,5% completo el año y 58,5% lo abandonaron antes de completar el plazo de un año.

Al analizar posibles factores que pudiesen influir en el abandono del programa encontramos los siguientes resultados. De los 65 pacientes, al analizar el abandono según el nivel educacional, los resultados demostraron que 14 de 25 pacientes con nivel educacional básico abandonaron el programa (56%), 13 de 18 con nivel educacional medio (58%), 2 de 2 con nivel educacional superior (100%) y de los pacientes cuyo dato no está consignado, 6 de 7 abandonaron el programa.

Luego al tabular los datos de abandono según situación laboral, se puede ver que en el segmento de pacientes con situación laboral activa un 42% no abandona el programa, mientras que los pacientes que estaban cesantes desertan en un 73%. Al someter a análisis el abandono según el número de reincidencias de los pacientes, se observó que en el grupo de pacientes que no reincidió ninguna vez, el porcentaje de abandono fue de 56%, en los pacientes que reincidieron 1 vez el abandono fue de 55%, en los que reinciden 2 veces 67% y en los que reinciden 3 veces el porcentaje de abandono fue de 80%.

## CONCLUSIONES

Al analizar el impacto de la intervención del PBP se observa que existe evidencia estadísticamente significativa que el tiempo de ingesta es menor y el de abstinencia es mayor tras la intervención del PBP en el periodo de seguimiento de un año. Dentro de la estadía de los pacientes en el programa

la mayoría no reincide durante el periodo de permanencia en el programa, siendo menor la reincidencia en el grupo de pacientes que no abandona el programa durante el año. De esto concluimos la necesidad de mayor seguimiento y preocupación por los pacientes que han reincidido dentro del programa en pos de su mejor manejo. El 41.5 % de adherencia observada en este programa sirve de referencia para otros estudios de programas de enfermedades adictivas ya que al no existir otros estudios de seguimiento de pacientes no se puede establecer una comparación de este programa con otros similares, sirviendo este dato como referencia para estudios posteriores.

De los pacientes que abandonaron el programa la mayoría deserto durante el primer trimestre esto nos anima a reforzar el programa durante los primeros meses de estadía de los pacientes.

En nuestra serie de pacientes el nivel educacional no influye según las estadísticas en el abandono del PBP.

La situación laboral tiene cierto grado de influencia en si el paciente deja o no el PBP, viéndose que con una diferencia significativa que el grupo de pacientes que estaba cesante tiene una tendencia mayor al abandono.

Por ultimo los pacientes que reinciden más veces también tienen una mayor tendencia al abandono del programa.

## REFERENCIAS

Ministerio de Salud de Chile. Normas Técnicas y

Programáticas en Beber Problema Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. Unidad de Salud Mental 1993, Republica de Chile. CONACE. Quinte Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Informe Ejecutivo 2002. 20-26

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud de Chile 2002

Ferrada S, Molina Y, Dr Ferrada S, Dra Ernst J. Perfil del paciente bebedor problema con dependencia consultorio Miraflores Temuco. Trabajo expuesto en el XXXVI congreso científico nacional de estudiantes de medicina Chile. Universidad de Santiago de Chile 2003

Foster S, Vaughan R, Foster W, Califano J. Alcohol Consumption and Expenditures for Underage Drinking and Adult Excessive Drinking. JAMA 2003 289: 989-995

Hanson G, Ting-Kai Li. Public Health Implications of Excessive Alcohol Consumption. JAMA 2003 289: 1031-1032.

Morales A, Restrepo C, Trujillo D. Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada. En: Introducción a los modelos de investigación en medicina clínica. Estudios de corte transversal. Bogota, CEJA 2001.

Houghthon E, Roche A. Learning about drinking. International center for alcohol policies series on alcohol in society. Ed. Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group. 2001