

## INTERVENCIÓN BREVE PARA PROMOVER LA ABSTINENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES GESTANTES. UNA REFLEXIÓN CRÍTICA

BRIEF INTERVENTION TO PROMOTE ABSTINENCE FROM ALCOHOL  
CONSUMPTION IN PREGNANT WOMEN. A CRITICAL REFLECTION

doi: 10.5872/psiencia/7.3.122  
© 2015 · www.psiencia.org

Recibido/Received:  
27/4/2015  
Aceptado/Accepted:  
31/7/2015

Aldana Lichtenberger<sup>1,2</sup>, Mariana López<sup>1</sup>, Mariana Cremonte<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>CONICET, <sup>2</sup>Universidad Nacional de Mar del Plata  
lichtenberger@mdp.edu.ar

### Cómo citar este artículo:

Lichtenberger, A., López, M., & Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 428-437. doi: 10.5872/psiencia/7.3.122

**Resumen:** Por el carácter masivo de sus consecuencias, el consumo de alcohol se convirtió en un problema de salud pública a nivel global con foco prioritario en mujeres en edad reproductiva y gestantes, ya que la exposición prenatal al alcohol puede producir un amplio espectro de dificultades englobadas bajo el término Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. La alta prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación en Argentina pone de relieve la necesidad de contar con técnicas de prevención y que promuevan la abstinencia. La Intervención Breve (IB) es una técnica de corta duración, fácil de instrumentar, con excelente relación costo-efectividad que utilizada en mujeres gestantes de otros contextos ha demostrado reducciones en la cantidad y frecuencia de alcohol consumido por las madres y mejores características de salud de los bebés. Por lo anterior, su inclusión en el marco de un plan de prevención nacional del consumo de alcohol durante la gestación podría resultar fundamental. El objetivo de este trabajo es describir las características básicas y fundamentales las IBs, sustentando su valor en la investigación previa y en la gravedad del problema del consumo de alcohol durante la gestación en Argentina, como aporte reflexivo al diseño de futuros programas intervención preventiva.

**Palabras clave:** *Intervención breve — Consumo de alcohol — Embarazo — Prevención — Políticas públicas*

**Abstract:** For its consequences, alcohol consumption became a public health problem worldwide with priority focus on pregnant women and women within childbearing age. Prenatal alcohol exposure can cause a number of problems, included under the term Fetal Alcohol Spectrum Disorders, and the high prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Argentina highlights the need for prevention tools that promotes abstinence. Brief Intervention (BI) is a short and easy to implement technique with excellent cost-effectiveness. When used in pregnant women shows reduction in the quantity and frequency of alcohol consumed by the mother and better health parameters in the babies. Therefore, its inclusion as part of a national alcohol consumption prevention plan during pregnancy may be critical. The aim of this paper is to describe the basic and fundamental characteristics of BIs, reinforcing its value in the previous researches and the seriousness of the problem of alcohol consumption during pregnancy in Argentina, as a valuable contribution to the design of future preventive intervention programs.

**Keywords:** *Brief Intervention — Alcohol Consumption — Pregnancy — Prevention — Public Policies*

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol es responsable del 5.9% de las muertes y 5% de la carga de enfermedad a nivel mundial (WHOa, 2014). En las Américas, es el principal factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad (Monteiro, 2007) y en la Argentina es una de las sustancias más consumidas y aquella de la que más se abusa (Sedronar, 2007).

Por el carácter masivo de sus consecuencias, el consumo de alcohol se convirtió en un problema de salud pública a nivel global y existen numerosos esfuerzos para prevenir el consumo de riesgo y las consecuencias derivadas del mismo. La OMS (2010) ha declarado una Estrategia Global para reducir el consumo perjudicial de alcohol, en la que se reconoce que las consecuencias de dicho consumo son más graves en los países en vías de desarrollo y se brinda a los Estados de dichos países un conjunto de opciones de políticas e intervenciones eficaces y factibles.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación (2011) lo considera un problema socio sanitario con foco prioritario en la población joven y femenina (sobre todo embarazadas). Sin embargo, hasta donde sabemos no existe una estrategia nacional de prevención de esta problemática. Si bien en el año 2000 el Centro Nacional de Genética Médica (CENAGEM) creó un servicio de información gratuita sobre agentes teratógenos para asesorar a profesionales de la salud y a la población en general, que recibe consultas telefónicas y por correo electrónico (CENAGEM, 2014), la búsqueda activa de información sobre asuntos vinculados a la salud supone cierto nivel de información previo que la justifique, que las mujeres gestantes en nuestro contexto no siempre poseen (López, 2013).

### El consumo de alcohol durante la gestación

El consumo de alcohol entre mujeres, especialmente entre mujeres jóvenes y en edad reproductiva viene aumentando de forma progresiva y constante en los últimos años (Obot & Room, 2005).

Consumir alcohol durante la gestación puede producir un espectro de problemas físicos, mentales, del comportamiento y dificultades en el aprendizaje, englobados bajo el término Trastornos del

Espectro Alcohólico Fetal, que tienen consecuencias a lo largo de toda la vida. El Síndrome Alcohólico Fetal es la consecuencia más severa de la exposición prenatal a alcohol y se caracteriza por problemas neurológicos, retraso en el desarrollo y dismorfias cráneo-faciales (para una revisión ver: López & Arán Filippetti, 2014). Los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal constituyen la primera causa prevenible de defectos de nacimiento no genéticos, ya que son totalmente evitables si no se consume alcohol durante la gestación. El alcohol puede dañar al feto en cualquier estadio del embarazo, incluso antes de que la madre se entere de que está embarazada y, hasta el momento, no ha podido determinarse una dosis de alcohol segura durante la gestación (Cuadro 1). Dada esta situación, diferentes organismos internacionales (NIIIA, 2007; CDC, 2002, 2005; ACOG, 2011; entre otros) recomiendan la abstinencia.

A pesar de lo anterior, la prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación sigue siendo alarmante en todo el mundo, y especialmente en nuestro país. En Argentina el 75% de las mujeres manifiesta haber consumido alcohol durante la gestación (López, Arán Filippetti, & Cremonte, 2015), y el 15% manifiesta haber consumido cinco o más unidades estándar de alcohol (10 a 12 gm cada una, equivalentes a casi una botella de vino o dos de cerveza) en la misma ocasión, al menos una vez durante la gestación. Este patrón de consumo es altamente perjudicial para la salud, y ha demostrado ser dañino más allá de cuál sea el promedio del volumen total consumido (Maier & West, 2001). Considerando esto, resulta indispensable en nuestro contexto contar con instrumentos para identificar el consumo a tiempo, y con intervenciones para promover la abstinencia.

En este trabajo se describen las características básicas y fundamentales las IBs, sustentando su valor en la investigación previa sobre el tema y en la gravedad del problema del consumo de alcohol durante la gestación en Argentina, como una reflexión crítica que sirva al diseño de futuros programas intervención preventiva.

### La Intervención Breve

Dentro de las técnicas para reducir el consumo de riesgo de alcohol, y sus consecuencias a nivel de la salud pública, existe un recurso, la Intervención Breve (IB) que se dirige al individuo, a diferencia de las demás medidas efectivas que se dirigen to-

- El alcohol consumido durante el embarazo incrementa el riesgo de que el bebé sufra defectos de nacimiento, incluyendo deficiencias de crecimiento, anomalías faciales y del sistema nervioso, problemas de conducta y retraso en el desarrollo cognitivo.
- No existe una cantidad de alcohol que pueda ser considerada segura durante el embarazo.
- El alcohol puede dañar al feto en cualquier estadio del embarazo, aun cuando la madre no sabe que está embarazada.
- Las alteraciones producidas por la exposición prenatal al alcohol son para toda la vida.
- Las alteraciones producidas por la exposición prenatal al alcohol son totalmente prevenibles.
- Las alteraciones producidas por la exposición prenatal al alcohol son totalmente

### Cuadro 1. ¿Qué sabemos sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo?

das al nivel público (regulaciones y disposiciones legales, tales como prohibir el consumo de menores, o en ciertos horarios).

El objetivo general de las IBs es identificar un problema de alcohol real o potencial (consumo de riesgo o perjudicial) y motivar a la persona para que alcance un consumo de bajo riesgo o, en casos específicos como menores de edad o mujeres gestantes, la abstinencia. Es una intervención de carácter motivacional, limitada en el tiempo, de duración muy inferior a la de un tratamiento específico que puede ser realizada por profesionales de distintas disciplinas, como enfermeros, médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales (Nilsen, Kaner, & Babor, 2008), o por personal no especializado, luego de un breve entrenamiento.

La IB también se caracteriza por ser "oportunista", ya que sus destinatarios todavía no han manifestado tener un problema con el alcohol, pero han sido identificados (a través de una breve evaluación) como individuos que lo consumen a niveles que comportan riesgo o daño tanto para su salud como para su bienestar. En este sentido cualquier usuario que acceda a servicios de salud o a contextos donde se imparta la IB y presente consumo de riesgo o perjudicial puede beneficiarse de ella. En casos de menores de edad y mujeres gestantes, hasta un mínimo consumo debe ser considerado de riesgo y debe promoverse la abstinencia.

Así, la IB dependiendo de la meta con la que se realiza puede ser considerada como una técnica para la promoción de la salud, o para la prevención primaria, secundaria o terciaria y según su objetivo, pueden ser diseñadas para:

1) Reducir la ingesta o reducir las consecuencias negativas en relación al consumo en aquellos usuarios que presenten consumo de riesgo o perjudicial.

2) Promover la abstinencia en poblaciones de riesgo como menores de edad y mujeres gestantes.

3) Promover la aceptación de la derivación a tratamiento especializado en todos aquellos casos donde a través de la evaluación global se detecte dependencia

Existe una variedad de modelos estructurados de IB, que suelen incluir tres pasos: una evaluación global del consumo, un asesoramiento breve y cierto seguimiento. Los más relevantes son el modelo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Babor et al., 2007), el modelo del NIAAA (NIAAA, 2005) y el SBIRT (Bernstein, Bernstein & Levenson, 1997). Todos tienen sus propios instrumentos de evaluación recomendados, sus guías de intervención y materiales para el participante. Hasta donde se conoce no existen estudios comparando la efectividad/eficacia de estos modelos estructurados, aunque algunos estudios han analizado componentes aislados.

En todos los casos, la evaluación en IB se realiza para identificar el nivel de riesgo de una persona derivado de su consumo de alcohol (consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, y consumo problema o posible dependencia) y ajustar la intervención a cada caso particular. El consumo de riesgo de alcohol supone el aumento del riesgo de padecer consecuencias negativas para la salud, para otras áreas de la vida y para otras personas, sin llegar a ser un trastorno como el abuso o la dependencia.

La evaluación se realiza mediante cuestiona-

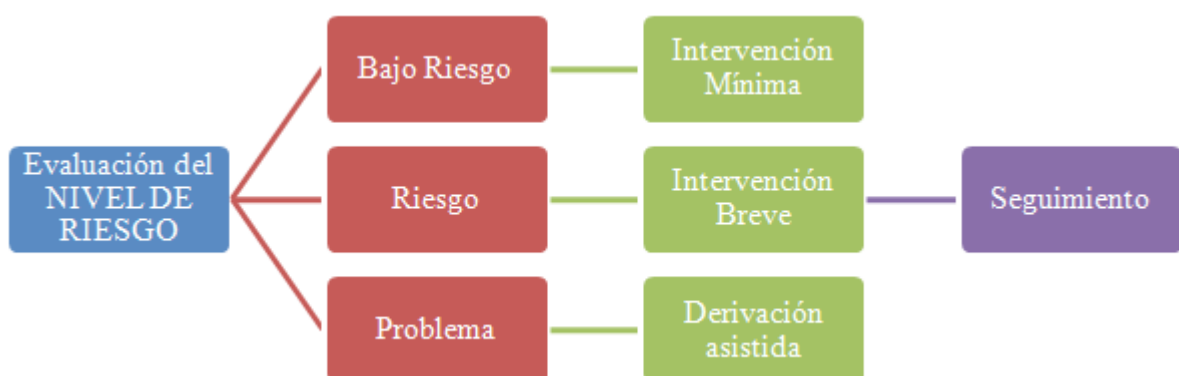
rios breves (entre tres y 10 preguntas), en los que, en general, se indaga frecuencia y cantidad de alcohol consumido, así como consecuencias derivadas del consumo. Estos cuestionarios se denominan instrumentos de tamizaje, y en estudios experimentales con mujeres gestantes el más utilizado y recomendado en artículos de divulgación, especialmente norteamericanos, es el T-ACE (Burns, Gray, & Smith, 2010; Sokol, Martier, & Ager, 1989). Este instrumento presenta valores de sensibilidad entre 60 y 91% y de especificidad entre 37 y 79% (WHO, 2014). Otros instrumentos utilizados para tamizar el consumo de esta población particular son el AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993), que presenta niveles de sensibilidad entre 7 y 23% y de especificidad entre 97 y 100% (WHO, 2014b), el AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998), cuyos valores de sensibilidad oscilan entre el 18 y 100% y de especificidad entre 71 y 100% (WHO, 2014b) y el TWEAK (Rusell & Bliger, 1979), diseñado específicamente en el contexto prenatal y cuyos valores de sensibilidad varían entre el 59 y 92% y de especificidad entre 64 y 92% (WHO, 2014b).

Una vez obtenidos los resultados de la evaluación éstos determinarán los pasos a seguir. En los casos de población general, cuando la persona presenta consumo de bajo riesgo se provee una intervención mínima, de refuerzo o preventiva. Cuando el resultado indica consumo de riesgo el usuario es invitado a participar de una segunda etapa, la de asesoramiento. En el caso de mujeres gestantes cualquier consumo de bebida con

alcohol es considerado de riesgo, por lo que si se detecta consumo, aunque sea mínimo, debe promoverse el asesoramiento. En todos los casos, cuando los resultados de la evaluación indican que podría existir un trastorno, como la dependencia, el segundo paso será el la derivación asistida a tratamiento especializado.

En la etapa de asesoramiento, de acuerdo con el modelo seguido existirán diversas propuestas sobre qué procedimientos realizar, pero entre todas ellas, uno de los métodos principales es la entrevista motivacional (Miller & Sanchez, 1993) que presenta una serie de elementos que suelen englobarse bajo las siglas FRAMES (por sus siglas en inglés):

- 1) Se suele brindar una devolución de los resultados obtenidos en la evaluación y se educa, a través de comunicar los riesgos que supone el nivel de consumo que la persona presenta (Feedback),
- 2) Se enfatiza en la responsabilidad personal del participante y en su decisión de cambiar sus hábitos de consumo (Responsability)
- 3) Se realizan recomendaciones explícitas motivando al participante a modificar su consumo (Advice to change)
- 4) Se proponen estrategias y alternativas (e.g. evitar las situaciones de consumo, planificar lo que se va a beber), para conseguir la abstinencia o la reducción del consumo, fijándose nuevas metas para el mediano y largo plazo (Menu of Strategies)
- 5) Se propone trabajar desde la empatía y el respeto para favorecer la motivación del participante (Empathy)



**Figura 1.** Pasos de la Intervención Breve para población general

6) Para que la persona alcance esas metas muchas veces se trabaja en incrementar las estrategias de autoeficacia (Self efficacy), buscando opciones saludables y nuevas alternativas a la de consumir.

Cuando el asesoramiento se brinda a mujeres gestantes la motivación suele ser más alta, y se intenta que el objetivo final sea siempre la abstinencia.

Por último, la IB suele incluir un seguimiento. Dependiendo del objetivo puede ser a corto, mediano o largo plazo. En general suelen evaluarse los resultados a los tres, seis y 12 meses con los mismos instrumentos que se realizó la evaluación inicial. En caso de que el consumo se mantenga en niveles de riesgo es conveniente reforzar la IB con un nuevo asesoramiento, especialmente en poblaciones como mujeres gestantes o menores de edad.

### Evidencias de eficacia y efectividad de la IB

Más de 50 estudios controlados a lo largo de 25 años demostraron que las IBs pueden ser tan eficaces como los tratamientos más amplios, especialmente en contextos de servicios de emergencia, atención primaria a la salud, y con jóvenes estudiantes en escuelas y universidades (Nilsen, 2009). Además son muy bien aceptadas por parte del personal y los pacientes (Schermer, 2005; Sise, Sise, Kelley, Simmons, & Kelso, 2005).

Dados los resultados promisorios y la costo-efectividad de las IBs como procedimiento de rutina (Gentilello, Ebel, Wickizer, Salkever, & Rivara., 2005; Neighbors, Barnett, Rohsenow, Colby, & Monti, 2010), muchas organizaciones de EEUU, Canadá, Chile, Brasil, entre otros, han recomendado u ordenado la implementación de programas de IB en ciertos ámbitos, como pueden ser los centros de atención de pacientes traumatizados, o

servicios de emergencia hospitalarios (Cremonte, Cherpitel, & Monteiro, 2013).

En mujeres gestantes, la implementación de la IB presenta características particulares. El contexto de atención prenatal ha sido descrito como ideal para tratar el consumo de alcohol ya que la motivación para eliminar conductas no saludables se ve incrementada durante la gestación por el deseo de tener un bebé sano (Nilsen, 2009). Además, a diferencia de otras poblaciones, el objetivo principal deberá ser siempre la abstinencia.

Si bien los estudios de eficacia y efectividad de la IB en el contexto de atención prenatal están aumentando, aún son escasos y en su mayoría provienen de los Estados Unidos, registrándose sólo una investigación a nivel regional que proviene de Brasil (Lichtenberger & Cremonte, 2015). A pesar de ello, la evidencia general permite afirmar que la IB es una técnica útil para lograr cambios en el consumo durante la etapa gestacional y la OMS, en su Guía para identificar e intervenir sobre el uso de sustancias durante la gestación (WHO, 2014), apoya específicamente a las iniciativas de evaluación e IB tanto en mujeres gestantes como en edad de procrear.

En términos generales, se ha demostrado que las mujeres gestantes de los grupos de intervención alcanzan y mantienen más exitosamente la abstinencia que quienes participan en los grupos control (O'Connor & Whaley, 2005). Además, se han encontrado reducciones tanto en la cantidad como en la frecuencia consumida, en algunos casos en ambos grupos (Aliane, 2012; Chang et al., 2005; Handmaker, Miller, & Manicke, 1999; Marais et al., 2011; Nilsen, 2009; O'Connor & Whaley, 2005; Sheenan, Gill, & Kelly, 2014) y quienes evaluaron los efectos de la IB posparto demostraron que los bebés de los grupos intervención presentaron mejores características de salud al nacer (mayor peso, mayor longitud, menor muerte fetal, nacimientos a término) (O'Connor & Whaley,

- Es bien aceptada por el personal y los pacientes.
- Puede ser realizada por una gran variedad de profesionales o no profesionales luego de un breve entrenamiento.
- Es costo-efectiva.

### Cuadro 2. Ventajas de la Intervención Breve

**Tabla 1.** *Investigaciones para promover abstinencia de alcohol en mujeres gestantes*

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Conclusiones</b>
Armstrong, Kaskutas, Witbrodt, Cosette, Taillac et al., 2009	Using Drink Size to Talk About Drinking During Pregnancy: A Randomized Clinical Trial of Early Start Plus.	Se compararon tres grupos de mujeres gestantes. En dos grupos (intervención) se realizó evaluación e IB (vía web): en uno se promovió la abstinencia y en otro la reducción del consumo. El tercer grupo recibió sólo evaluación (control). Se obtuvieron mejores indicadores de salud de los bebés en ambos grupos de IB.
Chang, Goetz, Wilkins-Haug, & Berman, 2000	A brief intervention for prenatal alcohol use. An in-depth look.	En el marco de un estudio de efectividad de la IB (Chang et al., 1999), se analizó si el objetivo planteado por las mujeres gestantes al momento de recibir la IB (reducción o abstinencia) y el reconocimiento de las situaciones de riesgo tenían relación con el consumo durante la gestación. Aquellas mujeres que plantearon la abstinencia como objetivo y reconocieron los efectos del alcohol en el feto presentaron menor consumo a los tres meses.
Chang et al., 2005	Brief intervention for prenatal alcohol use: A randomized trial.	Se evaluó la efectividad de la IB en el contexto de atención prenatal cuando se incluye a la pareja. Se compararon dos grupos de parejas: un grupo intervención (evaluación e IB) y un grupo control (sólo evaluación). Se registraron reducciones en el consumo de las mujeres gestantes de ambos grupos. Las reducciones en el grupo de intervención fueron significativamente mayores que las del grupo control sólo en aquellas mujeres con consumo más elevado antes de la intervención.
Chang, Wilkins-Haug, Berman, & Goetz, 1999	Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial.	Se analizó el impacto de la IB en el contexto de atención prenatal comparando un grupo de intervención (evaluación e IB) y un grupo control (solo evaluación). Se registraron reducciones en ambos grupos, pero entre aquellas mujeres que no presentaban consumo durante la gestación al momento de la evaluación, las del grupo intervención mantuvieron mayores tasas de abstinencia.
Handmaker, Miller, & Manicke, 1999	Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers.	Se compararon dos grupos de mujeres gestantes: intervención (evaluación y una hora entrevista motivacional) vs. control (evaluación y folleto informativo). Si bien en ambos hubo reducciones, en el grupo de intervención fueron significativamente mayores en las mujeres con consumo más alto.
Marais et al., 2009	The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high-risk rural South African community: A cluster randomised trial.	Se compararon dos grupos de mujeres gestantes: intervención (evaluación y cuatro sesiones de IB) vs. control (sólo evaluación). Se registraron reducciones en ambos grupos pero las diferencias fueron significativamente mayores para el grupo de intervención.

**Tabla 1** (cont). *Investigaciones para promover abstinencia de alcohol en mujeres gestantes*

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Conclusiones</b>
O'Connor & Whaley, 2005.	Brief intervention for alcohol use by pregnant women.	Se evaluó la eficacia de la IB para promover abstinencia durante la gestación y se compararon indicadores de salud de los recién nacidos entre dos grupos: intervención (evaluación e IB) vs. control (sólo evaluación). Las mujeres en el grupo de IB reportaron cinco veces más abstinencia que las del grupo control. Los recién nacidos del grupo intervención presentaron mayor peso, mayor longitud y menor mortalidad.
Osterman, R., & Dyehouse, J, 2012	Effects of a Motivational Interviewing Intervention to Decrease Prenatal Alcohol Use.	Se analizaron los efectos de la entrevista motivacional para la reducción del consumo de alcohol prenatal comparando dos grupos de mujeres gestantes: intervención (evaluación y entrevista motivacional) vs. control (sólo evaluación). No se registraron diferencias entre los grupos.
Peles et al., 2014	The Prevalence of Alcohol, Substance and Cigarettes Exposure among Pregnant Women within a General Hospital and the Compliance to Brief Intervention for Exposure Reduction.	Se analizó el efecto de la IB en mujeres con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas comparando un grupo de intervención (evaluación e IB) vs. un grupo control (sólo evaluación). Se registraron reducciones significativas en el consumo de todas las sustancias en el grupo de intervención, pero hubo recaídas post-parto.
Sheehan, Gill, & Kelly, 2014	The effectiveness of a brief intervention to reduce alcohol consumption in pregnancy: A controlled trial.	Se evaluó la efectividad de una IB de cinco minutos en mujeres gestantes para reducir el consumo de alcohol (grupo intervención) comparándola con la atención habitual (grupo control). No se registraron diferencias significativas entre los grupos.
Tzilos, Sokol, & Ondersma, 2011	A Randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy.	Se evaluó la efectividad de la IB impartida por computadora comparándola con un control (sólo evaluación) a mujeres gestantes con consumo de riesgo. Si bien no se registraron diferencias significativas en el consumo entre los grupos, los bebés del grupo intervención presentaron mayor peso al nacer.

2005).

En cuanto a otros aspectos de la IB, recientemente se han realizado investigaciones sobre la efectividad y la aceptación de la técnica realizada vía web (Nayak, Korcha, Kaskutas, & Avalos, 2014; Pollick, 2015; van der Wuck et al., 2014), aunque faltarían nuevas líneas de investigación que evalúen la costo-efectividad de la técnica en este contexto específico, así como la aceptación por parte del personal de salud que la realiza. Para un resumen de los principales aportes de investigaciones en IB (Tabla 1).

## CONCLUSIONES

En las últimas décadas, un importante cuerpo de investigación ha demostrado que la exposición prenatal al alcohol puede producir un amplio espectro de problemas, englobados bajo el término Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. La evidencia de que aun cantidades bajas a moderadas de alcohol consumidas durante la gestación pueden tener un impacto en el desarrollo del feto (Gunzerath, Faden, Zakhari & Warren, 2004; Windham, Fenster, & Swan, 1992), y el hecho de que no haya sido posible, hasta el momento, determinar una dosis segura de consumo durante la gestación, han conducido a una modificación de las recomendaciones de consumo durante la gestación a nivel global.

En contextos como el nuestro, sin embargo, el impacto de estos estudios ha sido escaso. Si bien en nuestro país, y en Latinoamérica en general, se están comenzando a implementar políticas públicas para prevenir las consecuencias del consumo de riesgo de alcohol (por ejemplo leyes sobre alcohol y conducción), es necesario aún dirigir esfuerzos al desarrollo de recomendaciones oficiales sobre el consumo de alcohol durante la gestación, guías de consumo y planes de prevención específicos para el problema del consumo durante la gestación (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis, & Stockwell, 2011).

Considerando que las mujeres gestantes argentinas han informado prevalencias de consumo de alcohol muy elevadas (López et al., 2015) y teniendo en cuenta los daños personales y sociales que ese consumo podría implicar, resulta indispensable diseñar e instrumentar, cuanto antes, una estrategia de intervención específica en nuestro contexto. Más allá de las medidas más

generales, como el establecimiento de una recomendación oficial o el desarrollo de guías de consumo locales, una estrategia dirigida directamente al individuo como la IB podría constituir una técnica fundamental de un plan de prevención de esta problemática. Este tipo de estrategia no sólo resulta fácil de instrumentar si no que su relación costo-efectividad es excelente, garantizando un mejor aprovechamiento de los recursos.

## REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011). Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstetrics & Gynecology*, *118*, 383–388
- Babor, T., McRee, B., Kassebaum, P., Grimaldi, P., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, *28*, 7-30.
- Bernstein, E., Bernstein, J., & Levenson, S. (1997). Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Annals of Emergency Medicine*, *30*, 181-189.
- Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*, *105*, 601-614.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, *158*, 1789-1795.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2002). Alcohol use among women of childbearing age-United States, 1991–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *51*, 273–276.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). *Advertencia sobre el uso del alcohol durante el embarazo*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/>



SurgeonGenbookmarkSp.pdf

- Centro Nacional de Genética Médica (2014). *Defectos Congénitos. CENAGEN*. Disponible en: <http://www.anlis.gov.ar/inst/CeNaGeM/saludfetal/todo.htm>
- Chang, G. (2004). Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research and Health, 28*, 80.
- Chang, G., McNamara, T. K., Orav, E. J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., ...Wilkins-Haug, L. (2005). Brief intervention for prenatal alcohol use: A randomized trial. *Obstetrics and Gynecology, 105*, 991-998.
- Cremonte, M., Cherpitel, C. & Monteiro, M. (2013). Screening, brief intervention and monitoring (Cap.15). En M. Monteiro & C. Cherpitel (Eds.), *Prevention of Alcohol-Related Injuries in the Americas: From Evidence to Policy Action*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Gentilello, L. M., Ebel, B. E., Wickizer, T. M., Salkever, D. S., & Rivara, F. P. (2005). Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Annals of Surgery, 24*, 541.
- Gunzerath L, Faden V, Zakhari S, & Warren K. (2004) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 829-847.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 285-287.
- Lichtenberger, A., & Cremonte, M. (2015). *Intervención Breve y consumo de alcohol durante la gestación. Productividad e Impacto*. Ponencia presentada en la XV Reunión Nacional y IV Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, Tucumán, Argentina.
- López M. B. (2013). Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health Drugs, 13*, 35- 46.
- López M. B, & Arán Filippetti V. (2010). Perfiles ejecutivos en niños y adolescentes con Trastornos del Espectro Fetal Alcohólico (FASD): una revisión. *Acta Psiquiátrica y Psicoógica de América Latina, 56*, 294-304.
- López M. B, Arán Filippetti V, & Cremonte M. (2015) Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Revista Panamericana de Salud Pública, 37*, 211-217.
- Maier, S. E., & West, J. R. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research & Health, 25*, 168-174.
- Marais, S., Jordaan, E., Viljoen, D., Olivier, L., de Waal, J., & Poole, C. (2011). The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high risk rural south african community: A cluster randomised trial. *Early Child Development and Care, 181*, 463-474.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina*. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>
- Miller, W.R., & Sanchez, V. (1993). *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. In G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y Salud pública en las Américas. Un caso para la acción*. Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente. Washington, DC: OPS.
- Nayak, M. B., Korcha, R. A., Kaskustas, L. A., & Avalos, L. A. (2014). Feasibility and acceptability of a novel, computerized screening and brief intervention (SBI) for alcohol and sweetened beverage use in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, 379
- Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational Intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*, 384.
- Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 21*, 496-500.
- Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. *Nord Stud Alcohol Drugs, 25*, 453-67.
- Obot, I. S., & Room, R. (2005). *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*. World Health Organization.

- O'Connor, M. J., & Whaley, S. E. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health, 97*, 252-258.
- Pollick, S. A., Beatty, J. R., Sokol, R. J., Strickler, R. C., Chang, G., Svikis, D. S., ...Ondersma, S. J. (2015). Acceptability of a computerized brief intervention for alcohol among abstinent but at-risk pregnant women. *Substance Abuse, 36*, 13-20.
- Russell, M., & Bigler, L. (1979). Screening for alcohol-related problems in an outpatient obstetric-gynecologic clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 134*, 4-12.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J.R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction-Abingdon-, 88*, 791-791.
- Schermer, C. R. (2005). Feasibility of alcohol screening and brief intervention. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 59*, S119-S123.
- Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). (2007). *Tercer Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en la República Argentina*. Recuperado de <http://www.sedronar.gov.ar>.
- Sheehan, J., Gill, A., & Kelly, B. (2014). The effectiveness of a brief intervention to reduce alcohol consumption in pregnancy: A controlled trial. *Irish Journal of Psychological Medicine, 31*, 175-189.
- Sise, M., Sise, C., Kelley, D., Simmons, C., & Kelso, D. (2005). Implementing screening, brief intervention, and referral for alcohol and drug use: the trauma service perspective. *The Journal of Trauma, 59*, 112-8.
- Sokol, R. J., Martier, S. S., & Ager, J. W. (1989). The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 160*, 863-870.
- US Department of Health & Human Services. (2007). *Helping patients who drink too much: a clinician's guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIH Publication, (07-3769)*. Disponible en: [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians\\_guide.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm)
- van der Wulp, N. Y., Hoving, C., Eijmael, K., Candel, M. J., van Dalen, W., & De Vries, H. (2014). Reducing alcohol use during pregnancy via health counseling by midwives and internet-based computer-tailored feedback: A cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 16*, e274.
- Windham, G.C, Fenster, L., & Swan, S.H.(1992). Moderate maternal and paternal alcohol consumption and the risk of spontaneous abortion. *Epidemiology, 3*, 364-70.
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. World Health Organization
- World Health Organization. (2014a). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014b). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. World Health Organization.

