

¿Lo qué hemos aprendido sobre la implementación de las Intervenciones Breves en América Latina?



Desde la década de 80, las intervenciones breves (IB) para el uso de alcohol y otras drogas empezaron a ser desarrolladas, implementadas y evaluadas en los Estados Unidos y algunos países de Europa⁽¹⁾. Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hubo una inversión en investigaciones con diferentes diseños metodológicos o enfoques, con el objetivo de analizar si tales acciones presentarían eficacia o efectividad en comparación a otras intervenciones más largas y con mayores costos de implementación. Después de algunas evidencias iniciales, se invirtieron en acciones de diseminación de tales prácticas en varios países, como una acción de carácter preventivo, a partir del concepto de uso de riesgo o nocivo y que sobrepasase el foco remediativo o de la dependencia, como entidades nosológicas separadas⁽²⁾.

Por lo tanto, además del enfoque en salud mental o de las especialidades de las dependencias, las IB se insertan a partir de las ciencias de la prevención y, especialmente en el contexto de la salud pública, siendo, ante todo, una acción de educación para la salud⁽³⁾. En esta perspectiva, la Atención Primaria a la Salud (APS) es considerada como nivel estratégico. La idea central es que, junto con la diseminación de instrumentos de rastreo, la IB fuese incorporada como rutina de acciones de prevención y educación en salud en los diferentes servicios, tales como las realizadas para otras condiciones crónicas de salud⁽⁴⁾. Sin embargo, ya en los estudios iniciales realizados en los países del hemisferio norte, algunas barreras ya fueron encontradas, en especial las actitudes negativas de profesionales y gestores para lidiar con el tema y cuestiones de organización racionalidad de los servicios para introducir tales temas^(1,5).

A pesar de las dificultades iniciales, principalmente a partir de los años 2000, por influencia de la OMS, países de América Latina iniciaron proyectos de implementación de la IB en servicios de APS, especialmente Brasil⁽³⁾, Chile⁽⁶⁾ y México⁽⁷⁾. Algunos resultados en relación a las barreras para la implementación fueron similares a otros países tales como actitudes negativas, falta de tiempo y falta de conocimiento de los profesionales para abordar el tema. Sin embargo, algunas especificidades de la región fueron encontradas, tales como la baja cobertura de servicios públicos para tratamiento, falta de articulación de la red de atención a la salud, falta de estructura física de los servicios⁽⁸⁾ y, principalmente, en función de las cuestiones de mayor vulnerabilidad y desigualdad social en los países latinoamericanos, la necesidad y el desafío de incorporar las acciones de IB en otros sectores como la asistencia social, educación y seguridad pública⁽⁹⁾. Se suma a estos factores, el problema de cómo tales países incorporaron la IB de forma procedimental, basado en la realidad de otros países, que presentan cuestiones epidemiológicas, culturales, estructurales y organizativas diversas de los países del hemisferio sur.

En cuanto a las evidencias producidas sobre la IB, datos de revisión sistemática, con o sin metaanálisis, demuestran que esta intervención no se difería en términos de eficacia y efectividad de otros abordajes más largos y aún presentaban mejor relación costo-efectividad⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A pesar de estos resultados iniciales, algunos datos demuestran que la IB presenta una limitación de efecto, habiendo una pérdida de resultados después de

algunos meses de su aplicación⁽¹²⁾.

A partir de estos resultados y después de un primer momento de gran inversión de investigaciones y capacitaciones y extrapolación de la IB para otros niveles de atención o sectores, más recientemente, algunas críticas y necesidad de repensar la implementación de la IB empiezan a ganar fuerza. Inicialmente hay una crítica en pensar en tal acción como solución mágica para los problemas de drogas. En segundo lugar, se discute la necesidad de repensar tales acciones más allá de una práctica meramente procedimental y que de hecho se incorpore a acciones en salud, de forma más comprensiva y adaptada a los diferentes contextos y realidades y que haya una articulación efectiva de la red de atención a los usuarios⁽¹³⁾. Por último, se cuestiona la producción de las evidencias en función de problemas metodológicos o de medidas de resultados que llevan a conclusiones limitadas sobre la efectividad de la IB para diferentes sustancias y diferentes contextos. En este sentido, llama la atención la reciente revisión de McCambridge y Saitz⁽¹⁴⁾, donde problematizan la generalización de las evidencias sobre la IB para diversas drogas y contextos, discutiendo la escasez de evidencias y de estudios más concluyentes y la gran variación de definición de IBs, tanto en términos de contenido, como frecuencia e intensidad de las intervenciones estudiadas, generando una “Caja Negra” que dificulta definir de manera más rigurosa las evidencias en el área. En América Latina, la caracterización de las evidencias tienden a ser similares, pues hay una concentración de estudios en Brasil y México, mayor énfasis en evaluación de proceso en detrimento de estudios de eficacia y efectividad, mayor número de estudios realizados en la APS, con muestras pequeñas, predominio de estudios sobre uso de alcohol y también una gran variación en términos de conceptualización o prácticas realizadas y que se llaman IB⁽¹⁵⁾.

Por lo tanto, la perspectiva actual en relación a las IBs se refiere a la mayor cautela en términos de su implementación, en función de la falta de evidencia para determinadas poblaciones y sustancias y también la necesidad de mayor consistencia conceptual. Se suma a ello la necesidad de una aplicación más comprensiva y culturalmente adaptable⁽¹⁵⁾.

Específicamente para América Latina, además de las dificultades para su implementación y para la falta de evidencias en el área, se resalta una posible perspectiva en nuestra región. Hay una discusión actual de que es necesario pensar la IB no meramente una técnica y que sobrepasemos las acciones demasiado estructuradas y con cuestionarios para hacer una readaptación para lo que hay de mayor potencial en nuestros países, que es el trabajo de base comunitario⁽¹³⁾. En este sentido, existen varias experiencias desarrolladas en los diferentes países, en el campo de la salud comunitaria que podrían asimilar algunos principios y acciones basadas en la IB que potenciaría los trabajos en el campo de alcohol y otras drogas⁽¹³⁾. En ese aspecto, se vuelve importante si piensa en acciones y metodologías de acción e investigación que sean más adecuadamente coherentes con nuestras prácticas en salud y con la realidad sociocultural de los países. Obviamente, esto promoverá un nuevo desafío y formas de producción de evidencias y conocimiento que también estén de acuerdo con esas acciones.

Finalmente, después de algunos años de investigaciones, capacitaciones e implementaciones de la IB, nos encontramos en una fase de evaluación crítica de lo que hemos realizado o investigado y llama la atención sobre la necesidad de adaptar esa acción en salud que nos parece ser importante, pero que tiene límite de acción y que necesita ser repensada, con más y diferentes evidencias para avanzar en el área y que, sobre todo, sean considerados nuestros contextos sociales, para más allá de una simple transferencia tecnológica desarrollada en otros países y con otras realidades.

Referencias

1. Nilsen P, Kander E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Estocolmo. 2008; 25(6):453-468.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: a Manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2005; 21(3):852-861.
4. Souza ICW, Ronzani TM. Álcool e Drogas na Atenção Primária: Avaliando Estratégias de Capacitação. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 2012; 17(2):237-246.
5. Bien, TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Nova York. Addiction*. 1993; 88(3):315-336.
6. Cárdenas PN. *Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: guía técnica para Atención Primaria de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de La salud de Chile; 2001.
7. Medina-Mora ME, García-Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, Real T, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Cidade do México. Salud Mental*. 2010; 33 (5):373-378.
8. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2): 395-406.
9. Laport TJ, Junqueira LAP. A Intersetorialidade nas Políticas Públicas sobre Drogas. In: Ronzani TM, Costa PHA, Mota DCB, Laport TJ (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez; 2015. p. 67-84.
10. Formigoni MLOS. *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.
11. McCambridge J, Cunningham JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Nova York. Addiction*. 2014; 109(4):538-546.
12. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Oxford. Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(1): 66-78.
13. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Washington. Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(5):325-331.
14. McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *London. BMJ*. 2017; 356: j116.
15. Ronzani TM, Mota DCB, Cruvinel E, Ferreira ML, Gomide HP, Mejía CF, Matínes JLV. *Guide for the implementation and standardization of screening and brief intervention strategies in primary and community health care*. Washington: CICAD; 2017.

Telmo Mota Ronzani

Editor Jefe de la Revista *Psicologia em Pesquisa*, Profesor del Departamento de Psicologia de la Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil, Becario Produtividade em Pesquisa CNPq.

E-mail: telmo.ronzani@ufff.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-8927-5793>