



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Duffy, Debora; de Lellis, Martín
CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD SOBRE EL
CONSUMO DE ALCOHOL
Anuario de Investigaciones, vol. XXI, 2014, pp. 207-2015
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

CONCEPTIONS OF PROFESSIONALS OF THE HEALTH CARE SYSTEM ABOUT ALCOHOL CONSUMPTION

Duffy, Debora¹; de Lellis, Martín²

RESUMEN

El presente trabajo efectúa una revisión crítica del reduccionismo biomédico que ha predominado en la conceptualización del consumo nocivo de alcohol e introduce el enfoque planteado por Eduardo Menéndez en torno al proceso de alcoholización. Seguidamente se expone, como una barrera sociocultural a la accesibilidad, concepciones de los profesionales en torno al uso nocivo de alcohol y sus efectos en la práctica de los servicios de salud. Se presenta la metodología adoptada, ámbito y población cubierta en la investigación cuyo objetivo ha sido relevar concepciones de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención respecto del consumo de alcohol. Tras presentar los principales hallazgos, se establecen consideraciones que deberían ser adoptadas a fin de promover una mayor visualización del consumo de alcohol entre quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, a fin de alentar intervenciones más oportunas de asistencia y medidas más eficaces de prevención.

Palabras clave:

Proceso de alcoholización - Accesibilidad - Concepciones en salud

ABSTRACT

This paper makes a critical review of biomedical reductionism that has dominated the conceptualization of harmful drinking and introduces the approach proposed by Eduardo Menendez about the process of alcohol. Then exposed as a sociocultural barrier to accessibility, professional conceptions about the harmful use of alcohol and its effects on the practice of health care. The methodology adopted, area and population covered in the research whose aim was relieving concepts of professionals working in primary care regarding alcohol consumption is presented. After presenting the main findings, considerations that should be taken to promote greater display of alcohol consumption among those working in primary care, to encourage more timely assistance interventions and effective prevention measures are established.

Key words:

Alcoholization process - Accessibility - Conceptions about health

¹Graduada en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Ayudante de Primera en la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I. Becaria Tipo I del CONICET. E-mail: deboraduffy@yahoo.com.ar

²Graduado en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Profesor Titular Regular en la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: delellis@fibertel.com.ar

INTRODUCCION

El uso nocivo de bebidas alcohólicas constituye un problema social y sanitario mundial, con importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia y la comunidad. Dichas problemáticas ocasionan daños a la salud tales como morbilidad asociada, discapacidad, detrimento de la calidad de vida y enormes gastos para el sistema de servicios de salud.

Si bien ya hace décadas se reconoce la relevancia epidemiológica del consumo de alcohol en Argentina y se desarrollaron numerosas iniciativas para el estudio científico del problema, no había ingresado en la agenda sanitaria con la jerarquía que los datos relevados en el país ameritaban considerar.

Diversos hitos político-institucionales adoptados en el último decenio dan cuenta del creciente interés por la temática, y la adopción de políticas públicas tendientes a su resolución:

- a. Sanción de la ley 24788 de Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol y su Decreto Reglamentario.
- b. Creación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Uso Nocivo de Alcohol en el marco de la autoridad de aplicación creada por el Decreto 457/10.
- c. Inclusión del tema en la agenda sanitaria de UNASUR, al constituirse Argentina en país coordinador de los encuentros realizados durante el año 2013 en torno a la reducción del consumo.

Tales antecedentes han abierto instancias para el debate y la concientización de múltiples actores respecto de la relevancia que presenta la temática en la actualidad y se han puesto claramente de manifiesto las acciones pero también las omisiones del Estado a lo largo de la historia reciente para el tratamiento del alcoholismo como problemática social.

El presente trabajo se centra en el rol que le cabe a los profesionales del primer nivel de atención de los servicios de salud en torno al adecuado registro de la problemática como un requisito imprescindible para el diseño de oportunas y adecuadas estrategias de intervención.

Los principales supuestos de trabajo de la presente investigación son los siguientes:

- a) El sub-registro de los daños a la salud relacionados con el consumo de alcohol reside en la escasa o nula identificación por parte del personal de salud de la complejidad y los determinantes sociales asociados al problema. Esta aseveración es compartida además por algunos autores como (Arzeno, M., y Castelo, M., 1997) quienes señalan que en virtud de la complejidad que reviste el diagnóstico del uso nocivo de alcohol resulta necesario investigar aquellos factores que en la bibliografía especializada se refieren como obstáculos fundamentales para un diagnóstico precoz del mismo, tales como: reticencia a la consulta, negación del problema, alteraciones de la memoria y la comprensión de quienes usan el alcohol de forma nociva y que trastornan la posibilidad de entablar una conversación fluida con los agentes de salud.

La formación de estereotipos y prejuicios de parte de los profesionales que refuerzan los procesos generales de estigmatización y que escotomizan la perspectiva adecuada del problema, tal como señalan reconocidos referentes en la temática (Menéndez, E., 1990; Menéndez E., & Pardo R., 1996, 2003).

1. EL PROCESO DE ALCOHOLIZACIÓN

Resulta interesante, para comprender las causas del sub-registro y revertir el mismo mediante un enfoque que profundice el análisis de los determinantes sociales del consumo de alcohol, recuperar el enfoque de (E. Menéndez, 1990), quien plantea que el problema del uso de alcohol es complejo y multideterminado. Desde este enfoque resulta relevante distinguir cómo la divulgación de diversas teorías sustentadas en la medicina y las ciencias sociales, conjugándose con saberes populares han ido construyendo un entramado de representaciones instaladas en calidad de dudosos saberes que dificultan la cabal comprensión de dicho problema. Menéndez comprende a la problemática del uso de alcohol con el concepto de *proceso de alcoholización*, el cual refiere a los procesos económicos-políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características determinantes del consumo y el no consumo de sujetos y/o agregados sociales. El proceso de alcoholización, entonces, hace referencia a las funciones sociales y a las consecuencias positivas y negativas que cumple la ingesta de alcohol e implica sólo parcialmente el problema de la enfermedad física y mental. Desde esta mirada, toda la sociedad -y no solo quienes padecen de un consumo abusivo- están comprendidos en la génesis y el reforzamiento del problema: así es cómo abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y dependientes participan (en el sentido que son parte) de esta construcción de sentido.

Desde esta perspectiva, el consumo de alcohol como conducta socialmente problemática y no solamente como enfermedad se halla comprendida en el proceso de alcoholización, siendo una de las tantas y variadas expresiones de este proceso más amplio y más complejo, pero no la única. Limitar el análisis del proceso de alcoholización a las manifestaciones que se expresan en los alcohólicos denominados *dependientes* y/o *excesivos* plantea el inconveniente de asociar el fenómeno y su abordaje a una estricta consideración patológica, invisibilizando el modo en que los bebedores moderados y los abstemios también participan en los procesos económico-políticos y socioculturales que operan para sostener las características dominantes del uso y del consumo de alcohol en un conjunto social determinado. Al mismo tiempo, utilizar el concepto de alcoholismo como rótulo con una connotación negativa, solo permite focalizar unilateralmente las consecuencias de la ingesta excesiva, reduciendo el fenómeno a un proceso de consumo en el cual se pierde de vista su contexto productivo, social e ideológico. Esta visión produce, entre otras consecuencias sanitarias, la dificultad de visualizar las formas más leves de dependencia y actuar preventivamente para evitar su incidencia.

Para aludir a los fundamentos de esta perspectiva, Menéndez acuña el término *Modelo Médico Hegemónico*, el cual comprende al conjunto de prácticas, saberes y teorías dominantes que han sido generadas y legitimadas por el saber de la medicina, y cuyos principales rasgos estructurales son, entre otros: el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, el mercantilismo y la participación subordinada y pasiva del paciente (Menéndez, E. 1988).

Resulta importante resaltar que esta perspectiva biomédica, al entender unilateralmente al alcoholismo como un problema patológico y/o una enfermedad, ha tendido a ignorar las causas que operan en la dimensión económica, política, social, cultural e ideológica. Un ejemplo de ello lo constituye el desconocimiento de la producción de las ciencias sociales por parte de la práctica médica, que implica no reconocer las dimensiones socioculturales y simbólicas del consumo de alcohol, lo que supondría incluir la influencia de la dimensión epidemiológica y económico-política en su génesis (Menéndez, 2010). Además, este autor señala que el biologismo de este modelo se expresa en la práctica epidemiológica, en rasgos como: estudiar ciertos fenómenos en series históricas de corta duración, desinteresándose por su comportamiento a mediano y largo plazo, y el uso desmedido de variables de determinación biológica (como sexo y edad) por sobre otras como ocupación, nivel de ingresos o estratificación social, para las cuales solo existe una propuesta descriptiva que no da cuenta adecuadamente de la determinación social.

El modelo médico hegemónico no reconoce la dependencia excesiva al alcohol como parte de un *proceso de alcoholización* más amplio. A pesar de que, en teoría, reconocen que el alcoholismo debe ser concebido como una enfermedad, en la práctica los médicos tienden a negarlo, sub-registrarlo y deshacerse del cúmulo de pacientes reales o potenciales. Esta negación -análoga a la del "paciente" alcohólico o alcoholizado sobre su situación- se potencia por la baja demanda de atención por esta causa, ambiguamente considerada ya como problema social o como problema médico (Menéndez, 1988).

En las décadas de los 50' y 60' una relevante corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer en América Latina cuáles eran los patrones culturales de consumo de las sustancias adictivas (que en aquella época se centraba básicamente en el alcohol), lo cual contrasta con las tendencias epidemiológicas actuales respecto de las adicciones en las cuales ésta preocupación ha desaparecido. El modelo biomédico utiliza la dimensión cultural de modo negativo, al analizar cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos, pero no se incluyen las formas de atención "culturales" que podrían ser utilizadas favorablemente para resolver los daños. Si bien las prácticas de autoatención o las formas de atención consideradas "tradicionales", fueron propuestas inspiradas en las estrategias de atención primaria de salud y se han generado investigaciones al respecto, las mismas han sido escasamente impulsadas por el sector sanitario, salvo en determinados contextos y

sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Como ya se ha mencionado los procesos de invisibilización y sub-registro están asociados a una visión epidemiológica restringida, tal como enuncian (Edward y Ariff 1981, pág.291), "*Los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas rara vez han abordado las verdaderas dificultades teóricas de esta problemática; predomina un tipo de investigación mecánica y reiterativa que trata al consumidor de drogas como un objeto de estudio totalmente divorciado de las condiciones culturales y de las instituciones sociales dentro de las cuales vive y consume drogas (...)*". Más aún, reconocen que el alcoholismo implica un conjunto de relaciones complejas, y que justamente este es el tipo de problemas que debe enfrentarse metodológicamente en lugar de simplificar la realidad describiéndola a través de variables y de categorías aisladas, que no posibilitan entender lo que sucede con dicho padecimiento.

Con respecto a lo señalado precedentemente, varias son las disciplinas que se han ocupado del problema del alcoholismo y la problemática de la alcoholización: por ejemplo la epidemiología, la sociología médica y la biomedicina han indagado y construido desarrollos teóricos conocidos en las últimas décadas. Tal como enuncian (Menéndez 1990b; Menéndez y Di Pardo 1996, op.cit.) esta producción epidemiológica evidencia incongruencias metodológicas, especialmente referidas a la calidad de la información que genera y analiza. Desde la década de los sesenta se dispone de evaluaciones metodológicas que indican que las encuestas tienden a sub-registrar el consumo de alcohol por parte de la población, y han impulsado críticas consistentes respecto de las construcciones concebidas por diferentes disciplinas, incluida la epidemiología —y por supuesto ciencias sociales como la psicología y la antropología—, en relación con el alcoholismo (Room, 2006), pese a que nuestros especialistas siguen sin asumir dichas críticas y estableciendo mediciones carentes de validez empírica.

Nuestro punto de partida es que el aporte de la psicología resulta también fundamental para captar de manera más compleja e integral el proceso de alcoholización, lo que examinaremos más detenidamente en el siguiente acápite.

2. ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES EN RELACION AL CONSUMO DE ALCOHOL

Examinaremos algunas aproximaciones provenientes de la psicología social en torno a cuestiones claves que son relevantes porque permiten identificar barreras institucionales actuales o potenciales para el logro de una mayor accesibilidad a servicios de salud y, consiguientemente, para disminuir la brecha de tratamiento en torno al problema.

Uno de los enfoques psicológicos que más productivo ha resultado es el estudio de los valores, entendidos éstos como el/los criterio/s en base al cual actúan las personas. Dicho enfoque propuesto por Milton Rokeach (1973), define el concepto de valor como aquellas *creencias* que poseemos acerca de estados finales y/o conductas de-

seables y que, por tanto, trascienden las situaciones concretas guiando la selección y evaluación de las mismas y los comportamientos consecuentes (Schwartz y Bilsky, 1987). Asimismo, postula que los valores se ordenan jerárquicamente según su importancia relativa para el sujeto, lo que da lugar a diferentes orientaciones axiológicas: moral, personal y social (Allen, 1978). Rokeach (1973, 1979) ha descrito que las actitudes se organizan en forma relativamente permanente y la diferencia con el valor es que éste es una creencia única, mientras que la actitud refiere a la organización de varias creencias existenciales y causales que predispone a responder preferentemente de una determinada manera ante un mismo objeto social o situación, discriminando a toda persona que se percibe como disonante con tal actitud. En esta definición habría que remarcar los aspectos que cobran mayor importancia en el enfoque propuesto por Rokeach, dado que los valores adquieren un significado especial en la medida que poseen carácter prescriptivo para la conducta de las personas. Dicho de otro modo, los valores pueden ser definidos como creencias prescriptivas duraderas sobre la preferencia de una forma de existencia o de conducta concreta en detrimento de otros modos de comportamiento y estados finales. Por otra parte, la teoría sobre el sistema de creencias (Rokeach, 1979) coloca los valores, cuya característica es la estabilidad más duradera que otros constructos psicológicos, en el núcleo de la personalidad del individuo. En este sentido los valores se convierten en elementos centrales que sirven al self para mantener, siempre que sea necesaria, la autoestima de cada persona y para favorecer su desarrollo.

La teoría explicitada por Rokeach (1979, op. cit) está asociada, además, al concepto de estigma, ya que actuar de manera contraria a los valores dominantes de la sociedad puede resultar en la creación de estereotipos negativos que producen, en última instancia, exclusión y discriminación. La idea del estigma como concepto social primero fue elaborada y puesta en práctica por el sociólogo Erving Goffman (1963). Desde entonces, investigadores y científicos sociales y de la salud pública se han esforzado por comprender mejor por qué las personas con ciertas condiciones, características, identidades o comportamientos están "marcadas" o son percibidas como amenazantes a los valores profesados por la mayoría.

Se ha generado un cúmulo muy importante de evidencias en torno al impacto que tal catalogación tiene en la salud y la vida de las personas. Como señala Das (2001), tales condiciones, características o comportamientos marcan simbólicamente al sujeto portador (del estigma) como cultural o socialmente inaceptable e inferior. Por tanto, la calificación simbólica establece la base para la exclusión y la discriminación a nivel individual o social. Link y Phelan (2006) proponen una serie de elementos vinculados entre sí que producen y refuerzan el estigma y que acaban por producir fenómenos de exclusión de determinados grupos sociales, entre las que cabe mencionar las diferencias de poder a nivel social, económico y político entre personas estigmatizadoras y aquéllas que son estigmatizadas.

Siguiendo a Goffman, el término debe describir un len-

guaje de relaciones que involucra a la persona estigmatizada y al supuesto normal que estigmatiza como un par indisoluble, pero que también debe comprender a otros actores que participan del entorno vital del estigmatizado (familiares, amigos, profesionales encargados de su curación, etc) quienes a través de sus concepciones y creencias modelan también conductas cuyo efecto o resultado es la segregación y/o la aceptación social del enfermo. En tal sentido, resulta necesario distinguir entre el estigma público (que se plantea en el escenario social) y el autoestigma o estigma percibido, asociado a las vivencias de privación que experimenta el propio sujeto en su intimidad, asumiendo e interiorizando el estigma otorgado por los demás.

Para Conrad (1982), a lo largo de la historia se ha producido un creciente proceso de medicalización que incide en la definición de lo normal y de lo patológico, y que legitiman la autoridad de la medicina para actuar mediante diversas formas de control social sobre la anormalidad, tales como la internación mediante aislamiento y encierro propiamente dicho, la obligación del tratamiento, el cumplimiento estricto de las prescripciones de medicación. Como señalan (Vázquez, A; Stolkiner, A. 297-298) "*se puede establecer una diferencia entre quienes se han focalizado sobre el estudio de la etiqueta de las personas (tal como las investigaciones de Goffman), que sobre los que ponen la etiqueta. Dentro de esta perspectiva, desde el interaccionismo simbólico, se producen una serie de escritos sobre la desviación, la producción social de las diferencias y las funciones de control y normatización por parte de las instituciones y, desde la teoría de la desviación se incorpora una perspectiva histórico-política para profundizar el estudio de los procesos de medicalización referidos a los problemas del uso de drogas y alcohol*".

En la actualidad, las políticas prohibicionistas y de seguridad que llevan a cabo los organismos públicos especializados (Room, 2006; Palm, 2006) corren el riesgo de producir efectos estigmatizantes sobre los drogodependientes, incidiendo a su vez sobre los valores, las creencias y actitudes de los profesionales de la salud, en un contexto histórico que señala a las drogodependencias como un padecimiento propio de poblaciones marginalizadas. Diversos estudios han señalado el peso de dichas creencias junto a una posición estigmatizante por parte del profesional de la salud en lo referente al usuario de alcohol y drogas (Aira, 2003; Kloss, 2003; Fortney, 2004; Saitz, 2002), y sus efectos en las relaciones que establecen los trabajadores de la salud con las personas afectadas, más allá de la formación académica específica que éstos tengan acerca del tema del uso de drogas.

En suma, la formación de los profesionales aparecen saturadas de procesos psicológicos y sociales no asumidos en sus implicancias ideológicas, ni en la reproducción social del sistema en el que operan. Por consiguiente, lo desconocido queda fuera del ámbito de la práctica y así es como dimensiones enteras que intervienen en este problema son dejadas de lado y no consideradas como parte del problema de salud: por ejemplo, el rol del alcohol en la generación de deudas y mantenimiento de relacio-

nes laborales forzadas, como mecanismo de apropiación de tierras, como instrumento de discriminación, o bien el *uso malicioso del alcohol* (Arrue W., & Kalinsky, B., 1987) en las comunidades indígenas mapuches donde el vino se constituye como una forma de pago en el trabajo a destajo. Asimismo, en el trabajo de (González, A. & Wallace, S., 1990), se analiza cómo la industria cervecera facilita el acceso a la sustancia alcohólica -en forma gratuita o a bajos costos- a los trabajadores, para su comercialización o consumo fuera de la planta cervecera, lo que en definitiva termina convirtiendo al alcohol en una forma de pago en especies o plus salarial encubierto.

De esta manera, si el equipo visualiza el problema como un problema moral, la actitud de condena que esto supone es percibida inevitablemente por las personas que consultan. *"El alcohólico puede estar sucio, ser querellante, desconfiado, difícil de abordar (...). Se caracteriza por una gran actitud defensiva que lo diferencia de otro tipo de enfermos (...). Esto puede generar en el médico una actitud defensiva en respuesta recíproca, que lleva al enfado, o a pasar por alto la problemática. Planteadas así las cosas, el profesional las resolverá rápidamente con un tratamiento sintomático de lo que dice tener el paciente, perdiendo la oportunidad de hacer un intento serio de concientizarlo"*. (Menéndez E.; Pardo; R., 1996, pág. 47). Otra de las dificultades suele ser el modo de evaluar el problema, ya que se valora el mismo según el patrón de ingesta propio y, en ese caso, si el profesional en cuestión es abstemio y rígido todo el que bebe podría ser potencialmente un consumidor de riesgo, mientras por el contrario si se bebe en exceso serían pocas las personas con problemáticas de consumo.

Asimismo, a las cuestiones antes mencionadas se suma el desconocimiento que muchos de los integrantes del equipo de salud tienen respecto a la multicausalidad de los síntomas del uso nocivo de alcohol y, *"(...) por no saber cómo enfocar el problema, prefieren evitar, dejarlo de lado y hacer diagnósticos sintomáticos que omiten considerar las consecuencias del consumo nocivo de alcohol sobre otros órganos o sistemas"*. (Arzeno, M. y Castelo, M., 1997). Los profesionales creen que indagar acerca de los hábitos de consumo de bebidas en pacientes que al fin y al cabo consultan por otras causas, constituye una amenaza a la libertad del individuo. Por el contrario otros médicos lo interpretan como un vicio que se debe desterrar, y por ello es común que los trabajadores de la salud opinen que no deben ocuparse del problema, o bien visualizan en toda persona que consume alcohol a un alcohólico.

Estudios realizados sobre los trabajadores que desarrollan su tarea en el ámbito del primer nivel de atención han demostrado que poseen escasos conocimientos sobre el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud, así como sobre las raíces socioculturales de los patrones de consumo, dejando al descubierto que las limitaciones del modelo de atención son de índole tanto técnica como ideológica (Menéndez, 1990, op.cit). Los profesionales de la atención primaria encuentran muchas veces difícil identificar y orientar a los pacientes en lo que respecta al uso de alcohol y drogas. Entre las razones más frecuentemente citadas

constan la falta de tiempo, la formación inadecuada, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la incompatibilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y otras drogas y la atención primaria y, por último, pero no por ello de menor importancia, las propias creencias y actitudes de los profesionales de la salud.

La escasa aplicación de acciones eficaces para reducir los problemas vinculados al consumo de alcohol es aún más preocupante porque, según la OMS, aunque los gobiernos y la comunidad disponen de diversas estrategias efectivas para tratar y prevenir los efectos adversos derivados del consumo de alcohol, *"en numerosos países poco o nada se ha hecho para aplicar estas estrategias"* (OMS, 2000: 12).

3. UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA

Dada esta profusión de antecedentes que sitúan el problema de la perspectiva en torno al alcohol (que comparten también los profesionales) y sus repercusiones sobre la práctica asistencial, se ha propuesto en el marco de la investigación los siguientes objetivos: a) Valorar la opinión de los profesionales del primer nivel de atención sobre el consumo de alcohol en su comunidad de referencia; b) Explorar la opinión sobre el papel del profesional que se desempeña en el primer nivel de atención en el diagnóstico e intervención precoz sobre el consumo excesivo de alcohol; c) Analizar las dificultades y posibles barreras de accesibilidad que estos profesionales tienen para el abordaje del consumo de alcohol en la consulta; d) Valorar el conocimiento de recursos complementarios de apoyo para los consumidores abusivos y la coordinación con dichos recursos; e) Detectar necesidades para la mejora de la intervención desde la Atención Primaria de la Salud. Del conjunto de profesionales que integran los servicios de salud, los trabajadores del primer nivel de atención tienen un rol importante en identificar e intervenir en primer término cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol u otras drogas es peligroso o perjudicial para su salud.

Para responder a los objetivos de esta investigación se ha optado por un abordaje metodológico que, basado en una perspectiva cualitativa, procura la comprensión del punto de vista de las personas participantes en el estudio, tomándose como unidad de análisis, el discurso de los profesionales entrevistados, entre ellos: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos y enfermeros. En este estudio se han utilizado como principales técnicas el grupo de discusión y entrevistas abiertas, que contaron como material de apoyo con una grilla temática en la cual se especifican los tópicos a relevar en las entrevistas, cuyo objetivo ha sido indagar en torno a las representaciones y creencias de los profesionales con relación a los usuarios de alcohol y otras drogas.

A partir de las respuestas planteadas por los profesionales se logró una primera versión de sistematización de los datos que permitió ajustar la grilla para el relevamiento en la siguiente fase, focalizándose en las opiniones y experiencias expresadas desde sus diversos contextos sociales e institucionales.

Se han seleccionado informantes (profesionales de salud) que se desempeñan en cinco Centros de Salud de la zona norte de la Provincia de Buenos Aires y se han realizado un total de 30 entrevistas. Dichos participantes fueron elegidos mediante la técnica bola de nieve y la cantidad para esta etapa fue determinada por el criterio de saturación del campo.

Los **resultados preliminares** que han sido analizados y sistematizados en la presente etapa de la investigación han sido organizados en tres tópicos fundamentales, los cuales se reseñan a continuación:

a) El consumo de alcohol como problema sanitario

El personal sanitario manifiesta reconocimiento acerca del consumo excesivo de alcohol como un problema de salud pública al cual se ve expuesto una parte importante de la comunidad de referencia. Sin embargo, el discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol cuando se trata de la población adulta.

En la caracterización del consumo destaca la utilización del alcohol como facilitador de las relaciones sociales, y entre los determinantes del consumo identifican aspectos tales como: los hábitos y costumbres culturales, la normalización social, la vinculación con el placer y la diversión. Otros factores serían el desempleo y/o el pesimismo respecto al horizonte laboral en el caso de las personas más jóvenes, que influye negativamente en el proyectos de vida, así como refuerzan el valor de lo instantáneo y la necesidad de evadirse.

Al aludir específicamente al alcoholismo como problema sanitario sobresale la identificación de las secuelas negativas y el deterioro que causa a nivel físico: *“Si vos lo comparás desde ese lugar, las drogas legales a veces generan más morbilidad, muerte. No quiero decir que no sean un problema las drogas ilegales, sí lo son, pero no pueden compararse.....”* Pero añaden a ello el impacto negativo observable en la convivencia familiar, en el medio laboral y a través del incremento de las conductas agresivas.

Ha sido recurrentemente señalada la importancia de destigmatizar y no asociar el consumo a una sola clase social. En relación a la pregunta acerca del estrato social en que se daba mayormente el consumo, todas las respuestas apuntaron a que el consumo se manifiesta en todos los niveles socioeconómicos. *“Creo que tiene que ver con destigmatizar eso de que el consumo es un problema de determinada clase social”.*

Lo único que puede variar es el tipo de sustancia que se consume, que a la vez tiene efectos sobre los procesos de estigmatización y en la relación entre pacientes y profesionales de la salud. *“Sí, porque también hay un subregistro...Y por el reconocimiento mismo de la adicción. Es mucho más fácil que alguien te diga que consume alcohol porque la familia lo vio tomar, que te diga que consume cocaína”.* *“No, consumen lo mismo. Alcohol es igual, quizás la calidad de las drogas cambia”.* *“Pero cuando hablamos de alcohol, de tabaco, es como lo que está más socialmente aceptado, pero si vamos a hablar de cocaína nadie va a decir “yo consumo cocaína”, si consu-*

me algo se calla la boca”.

En esta misma línea, se menciona que hay un subregistro del consumo problemático que tiene que ver con el reconocimiento mismo de la adicción. En una de las entrevistas se planteó que el sistema no está preparado: está ausente en la formación que se imparte en la Universidad y ausente en la mayoría de las residencias de posgrado.

Además, los profesionales consideran que la problemática no está suficientemente visibilizada: el problema del consumo no llega a la consulta, en el rastreo comunitario puede aparecer caso/s pero no se constituye fácilmente en un motivo de consulta. La persona con uso problemático de sustancias llega a la consulta por otras problemáticas como la violencia, o en las historias familiares de los niños que van al consultorio. Este subregistro y falta de visibilización se relaciona con el proceso de estigmatización: al paciente que consume se lo estigmatiza y esto trae como consecuencia que muchas veces no hable del tema, o lo niegue, y que muchos profesionales no pregunten al respecto.

En tal sentido, la mayoría de los profesionales consideran que es más fácil que alguien diga que consume alcohol porque la familia lo vio tomar, que hable acerca de que consume cocaína, por ejemplo. *“Por mi experiencia, lo que les pregunto a las embarazadas, a las mujeres, sus parejas generalmente cuando hablan del tema del alcohol les causa como gracia, como que no tiene nada tomar alcohol y emborracharse. Pero el tema de las drogas a veces es como que no se animan a decir porque está visto como algo avergonzante”.* *“Con la droga está el tema de la ilegalidad por detrás”.*

En una serie de entrevistas se hizo referencia al propio consumo de los profesionales de la salud: abuso de sustancias, abuso de medicación, abuso de cocaína, planteándose que la existencia y tipo del abordaje o no abordaje de la problemática forma parte de la negación que puede tener el profesional con respecto a las adicciones: *“Forma parte de la negación que uno tiene con respecto a las adicciones, uno no es parte de eso, pero igual, yo sé que hay en los mismos profesionales abuso de sustancias, abuso de medicación, abuso de cocaína, lo que fuera”.*

b) Estrategias y recursos de intervención

Por todos los factores anteriormente enumerados que remiten a la visualización del problema se resalta la importancia de las estrategias de sensibilización. Se planteó la necesidad de efectuar un trabajo previo con la persona antes de derivar a otro profesional y/o institución para ver si problematiza el consumo o si lo tiene naturalizado.

Ante la pregunta de qué se podría hacer idealmente para abordar la problemática del consumo de alcohol y/u otras drogas desde los centros de salud, se planteó que, en primer lugar, es necesario problematizar: *“poner el problema sobre la mesa”*, citando a una de las entrevistadas. Y como señala otra de las entrevistadas: *“Yo creo que la sociedad está un poco anestesiada con la cuestión del consumo”*, o bien: *“Para mí la traba mayor con este tipo de cuestiones es la actitud de la persona frente a la situación de consumo. Una vez que alguien pide ayuda, apa-*

rece como el segundo problema, pero para mí, lo inicial, es la problematización del consumo, para mí la mayor traba está ahí”.

Además, sería indispensable contar con un lugar específico adonde derivar a las personas y tener mayor cantidad de personal trabajando en el centro de salud. En esta misma línea, se habló de la necesidad de que haya una decisión clara de intervención y, para poder realizarla, capacitación en el primer nivel de atención y profesionales del segundo nivel de atención con interés en articular acciones asistenciales.

De acuerdo a los datos relevados en las entrevistas, pese a reconocer la incidencia que tiene el consumo episódico excesivo de alcohol en los adolescentes los profesionales destacan la falta de intervenciones preventivas que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario. En una de las entrevistas, por ejemplo, se planteó que no se realizan talleres en una escuela secundaria atravesada por la droga porque no se sabe cómo hacerlo; les resulta difícil el abordaje desde el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Consideran también que los jóvenes no van a acercarse a realizar una consulta por consumo problemático, y que por eso debería haber una política de *puertas afuera* desde el CAPS con otras instituciones de la Sociedad Civil. La visualización de la problemática por parte de los profesionales no es un indicador de las intervenciones que se realizan con respecto a la misma. En general, los profesionales saben que el problema está presente entre la población cubierta, pero muchas veces no se indaga al respecto por falta de recursos de abordaje e intervención. *“Yo creo que si todos los centros de salud se pusieran a trabajar esto desbordaría, porque no sé si está preparado el sistema en este momento... está ausente en la facultad, ausente en la mayoría de las residencias, está invisibilizado socialmente además. Está estigmatizado, el paciente que consume está estigmatizado con lo cual es lógico que no lo diga, es lógico que lo niegue, y muchos profesionales no preguntan además”.*

Como se mencionó anteriormente, la problemática del consumo es compleja y está asociada a otras, como violencia de género, que sí es abordada desde los centros de salud con más frecuencia. *“Nadie obliga a alguien para que deje de tomar, nadie obliga a menos que justo vaya por juzgar porque es una persona violenta y la policía lo agarró y entonces se le dice que tiene que ir a hacer un tratamiento para desintoxicarse”.*

En todas las entrevistas se indicó que en los Centros de Salud no hay protocolos de intervención ni dispositivos de seguimiento frente a un caso o una situación que se presente de consumo de alcohol y otras drogas. Algunos profesionales mencionaron que no cuentan con referencias y/o lugares a dónde derivar. En uno de los Centros de Salud se explicó que desde los equipos que trabajan en el primer nivel de atención se trata la sintomatología de las personas que presentan un consumo problemático pero no tienen contacto con servicios de Salud Mental y no tienen lugar donde internar a las personas que no tengan red y quisieran dejar de consumir.

En su mayoría, los recursos de intervención a los que hicieron referencia los profesionales de los Centros de Salud se encuentran por fuera del Sistema formal de Salud: granjas, centros de rehabilitación, iglesias en los barrios que trabajan con grupos de jóvenes que quieren dejar la droga, Alcohólicos Anónimos, entre otros, y han indicado también que el trabajo se desarrolla puertas afuera del centro de salud. *“Los jóvenes no van a venir a golpear la puerta del consultorio del consumo problemático, eso no va a pasar. Por eso debería haber una política de puertas afuera desde el centro de salud con otras instituciones de la Sociedad Civil pero que el laburo está en el territorio, en horarios que no son los del centro”.* Asimismo, consideran como una dificultad frente a la intervención, entre otras, el hecho de que el trabajo debe realizarse en el territorio, en horarios que no son los del Centro: *“En general estamos a trasmano de los horarios de los jóvenes, por eso es que no vemos en la calle ranchadas, porque no son los horarios”.*

No hay conocimiento de legislación específica en relación a la problemática del consumo de alcohol y otras drogas, con excepción de algunos profesionales que mencionaron a la Ley de Salud Mental 26657, quienes mencionaron que su implementación se dificulta porque no se acompaña de los recursos necesarios.

c) Barreras y facilitadores

Resulta importante resaltar que la mayor parte de los/as profesionales consideran que en el marco de las estrategias de Atención Primaria de la Salud adquiere relevancia la exploración de hábitos y la orientación sobre los límites del consumo de alcohol. Sin embargo, mayoritariamente reconocen que la detección, el consejo, la intervención breve y las actuaciones de refuerzo no están incorporados de forma sistemática en sus prácticas cotidianas, siendo frecuente una detección tardía del consumo excesivo, que empieza a ser considerado problema cuando tiene repercusión orgánica.

La mayoría de los entrevistados plantearon que hallan frecuentes barreras para la intervención, sobre todo cuando el tema excede las posibilidades del Centro de Salud. Entre las barreras identificadas para la intervención destacan: i) la escasa formación, ii) carencia de habilidades para la entrevista, iii) resistencias en la población, iv) temor a invadir la intimidad, v) los propios hábitos de consumo, vi) la sobrecarga de tareas, vii) el insuficiente respaldo institucional; viii). no considerarse referentes sociales para la población juvenil, razón por la cual cuestionan la eficacia que puedan tener los mensajes por ellos enunciados; IX) Escasa coordinación formal entre las acciones desarrolladas en el ámbito del primer nivel de atención y los recursos de apoyo especializados.

Por otra parte, entre los facilitadores para la intervención se identificaron los siguientes: i) realizar la exploración sobre el consumo de alcohol de una persona dentro de las prácticas clínicas de rutina (como puede ser la apertura de la historia clínica), ii) integrar la respuesta asistencial en el marco de otros procesos crónicos, iii) mantener una actitud abierta y constructiva, iv) lograr continuidad

de atención a la misma población; v) contar con material de apoyo en las consultas.

4. DISCUSION

Hemos repasado, a partir de los datos arrojados por la presente investigación cuáles son aquellas concepciones de los profesionales respecto del proceso de alcoholización, las estrategias y recursos de intervención y las barreras y facilitadores más relevantes, que pueden sintetizarse del siguiente modo:

a. En torno a quienes experimentan consumo problemático de alcohol el discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven; mientras que en el caso de población adulta se refieren problemas de dependencia crónica, e identifican a la vez la insuficiencia de intervenciones que aborden con eficacia la problemática en ambos grupos etarios;

b. Los procesos de estigmatización de consumidores se han puesto de relieve a propósito de los siguientes aspectos considerados en las respuestas de los entrevistados: distribución del problema del consumo en las distintas clases sociales, la mayor visualización que alcanza (en términos de su impacto social) el problema de la adicción a drogas ilícitas y una mayor naturalización del consumo de alcohol; inhibición en las conductas de las personas afectadas que impiden una oportuna atención de parte del sistema formal de servicios de salud.

c. Respecto a las estrategias y recursos complementarios de apoyo, carecen de una perspectiva suficientemente amplia de todas aquellas posibilidades y alternativas con que cuenta la red asistencial, lo cual limita las posibilidades de cobertura real que puedan ofrecer a la población.

d. Se reconocieron barreras que deberían ser consideradas, pues de su superación depende mejorar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de quienes experimentan algún grado de consumo problemático de alcohol.

e. Se identificaron además factores facilitadores que abren oportunidades para formular propuestas de cambios en la organización del sistema de atención, y para la inclusión de transformaciones en los contenidos de formación curricular de los actuales y futuros profesionales de la salud.

En este marco, es esencial que los profesionales profundicen la reflexión en torno a sus marcos conceptuales y prácticas, lo cual permita repensar certezas, reflexionar sobre las creencias que legitiman su labor e incorporar a otros actores y saberes que pueden enriquecer la respuesta asistencial desde una perspectiva de intersectorialidad y trabajo en red.

En síntesis, las conceptualizaciones y aportes precedentes pueden resultar fecundos para que en el equipo de salud se desnaturalicen los mitos y prejuicios que habitualmente dificultan un abordaje integral, sistemático, exhaustivo y complejo de esta problemática y habilitar, a partir de ello, nuevos cursos de acción.

BIBLIOGRAFIA

- Arzeno, M., Castelo, M. (1997). Diagnóstico de Alcoholismo. Biblioteca Centro Médico de Mar del Plata, Buenos Aires.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patient's alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study *Family Practice*. *Medical Journal*, 20(3): p. 270-275.
- Arrúe, W. y Kalinsky, B. (1987). El alcohol, la cultura y la región. Visión actual de las pautas locales de consumo. En *Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario N° 42.*, 1987.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica- Grijalbo
- Das, Veena (2001). Stigma, contagion, defects: Issues in the anthropology of public health. Paper presented at the National Institutes of Health "Stigma and Global Health Conference: Developing a Research Agenda" conference, September 5, 2001, Bethesda, Maryland.
- Edward, G. y A. Ariff (editores). 1981. *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Cuadernos de Salud Pública 73).
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X. & Booth, B. (2004). Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment among At-Risk Drinkers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31, 418-429.
- González, A., Wallace, S. (1990). Industria Cervecería y proceso de alcoholización: el caso de la cervecería Quilmes. *Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario*.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kloss, J.D., Lisman, S.A., (2003) Clinician Attributions and Disease Model -Perspectives as Mentally Ill, Chemically Addicted Patients. A Preliminary Investigation. *Substance Use & Misuse*, 38(14): p. 2097-2107.
- Link, B., Phelan, J. (2006). On stigma and its public health implications. *The Lancet*. 367: 528-9.
- Menéndez, E.L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Menéndez E., Pardo R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. Editado por CIESAS. México.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México.
- Menéndez, E. Modelos, experiencias y otras desventuras. En: *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2010.
- Menéndez, E. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos* (20): 29-52.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)-Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2000. *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*, Washington.
- Palm, J. (2006). *Moral Concerns - Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Stockholm, University of Stockholm. Doctorate Thesis.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

- Rokeach, M. (1979). Understanding human values. New York: Free Press.
- Room, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Journal of Addiction*, 101, 31-39
- Saitz, R., Friedman, P. D., Sullivan L. M., et. al. (2002). Professional Satisfaction Experienced when Caring for Substance-abusing Patients - Faculty and Resident Physicians Perspectives. *Journal of General Internal Medicine*, 17: 373-376.
- Schwartz, S., Wolfgang B. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 550-562.
- Vázquez, A., Stolkiner, A. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 16 (1). 295-303.

Fecha de presentación: 16 de abril de 2014

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2014