

“BARRERAS AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN EL SISTEMA DE SALUD”

“BARRIERS TO RECOGNITION AND INTERVENTION OF PROBLEMATIC ALCOHOL USE IN THE HEALTH CARE SYSTEM”

Investigadora Titular: Débora Natalia Duffy¹
Investigadora Auxiliar: Lucía María Sceppacuercia²
"Instituto de Investigaciones en Psicología"
Universidad de Buenos Aires.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”³
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Resumen

121

El presente trabajo se basa en el enfoque planteado por Eduardo Menéndez (1990) en torno al proceso de alcoholización, y su revisión crítica del reduccionismo biomédico que ha predominado en la conceptualización en torno al consumo nocivo de alcohol. Seguidamente se expone, como una barrera sociocultural a la accesibilidad, concepciones de los profesionales en relación 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 fue relevar concepciones de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención. Finalmente, y tras presentar los principales hallazgos, se establecen consideraciones que deberían ser adoptadas a fin de promover una mayor visualización del consumo nocivo de alcohol entre quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, a fin de alentar intervenciones más oportunas y medidas más eficaces de prevención.

Palabras Clave: Accesibilidad, Concepciones en salud, Proceso de alcoholización.

¹ Correspondencia remitir a: deboraduffy@yahoo.com.ar Lic. Débora N. Duffy. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires.

² Correspondencia remitir a: lu.sceppacuercia@gmail.com Lucía M. Sceppacuercia. Instituto de Investigaciones en Psicología. Universidad de Buenos Aires.

³ Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

This work is based on the approach proposed by Menendez (1990) around the process of alcohol, and his critical review of biomedical reductionism that has dominated the conceptualization around the harmful use of alcohol. Then are discussed the professional conceptions about the harmful use of alcohol and its effects on the practice on the health care system. It will be showed in the research the adopted methodology, area and population covered. The main purpose of this research was relieving concepts of professionals working in primary care about alcohol consumption. Finally, after describing the main findings, it will be exposed the fundamental considerations that should be taken to promote greater display of harmful drinking among those working in primary care, to encourage more timely interventions and establishing more effective prevention.

Keywords: Accessibility, Conceptions about Health, Process of alcohol.

El uso nocivo de bebidas alcohólicas y el consumo de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública en el mundo, con importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia y la comunidad. Dicha problemática no sólo ocasiona daños a la salud y pérdida de vidas, sino también 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 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.

d.

El presente trabajo se centra en el rol que le cabe a los profesionales 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.

Antecedentes

Menéndez (1990) plantea que el problema del uso de alcohol es complejo, multideterminado, y cabe distinguir en él cómo la medicina, diversas teorías sociales y representaciones del sentido común han ido construyendo un entramado de visiones y prejuicios instalados en calidad de dudosos saberes que dificultan su cabal comprensión.

Menéndez comprende a la problemática del uso de alcohol con el concepto de *proceso de alcoholización*, que 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 por sujetos y 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.

Para aludir a los fundamentos de esta perspectiva, Menéndez (1990) 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.

Resulta importante resaltar que esta perspectiva biomédica, al entender unilateralmente al alcoholismo como un problema patológico, una enfermedad, ha tendido a ignorar las causas que operan en la dimensión económica, política, social, cultural e ideológica (Menéndez, 2010:54).

El modelo médico no reconoce al alcoholismo como parte de un *proceso de alcoholización* más amplio. A pesar de que, en teoría, el Modelo Médico Hegemónico reconoce que el alcoholismo es 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, ambigualmente considerada ya como problema social o como problema médico (Menéndez, 1988).

Tal como señalan Menéndez y Di Pardo (2006), la presión de la industria alcoholera opera en la omisión de información sobre producción, consumo y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas, ya que diferentes grupos y sectores sociales contribuyen también a reducir y opacar la importancia de este problema.

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 esta preocupación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales. 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 por las estrategias de atención primaria y se han generado investigaciones al respecto, las mismas han sido escasamente impulsadas oficialmente por el sector salud, salvo en determinados contextos y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Tal como enuncian Edward y Ariff (1981), los procesos de invisibilización y sub-registro están asociados a una visión epidemiológica restringida:

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 (...). (1981)

Más aún, reconocen que el alcoholismo implica un conjunto de relaciones complejas y en constante cambio, 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.

Examinaremos algunas aproximaciones provenientes de la psicología social en torno a cuestiones claves que se constituyen en barreras 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 criterio 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 deseables y que, por tanto, trascienden las situaciones concretas guiando la selección y evaluación de las mismas y los comportamientos consecuentes (Schwartz y Bilsky, 1987). Rokeach (1973, 1979a; 1979b) 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. La teoría sobre el sistema de creencias coloca los valores 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 necesario, la autoestima de cada persona y para hacerla crecer cuando sea posible. Una característica especialmente relevante de los valores viene dada por su estabilidad, no total, pero si bastante duradera.

La teoría explicitada por Rokeach (1973, 1979a; 1979b) está asociada, además, al concepto de estigma. 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 diferentes.

También han investigado el 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) señalan que el estigma y la discriminación prosperan cuando las diferencias de poder a nivel social, económico y político entre personas estigmatizadoras y aquéllas que son estigmatizadas son utilizadas opresivamente para dividir y excluir a determinados grupos sociales.

Estos señalamientos ilustran la importancia de los valores dominantes en el proceso de crear o mitigar el estigma, pues actuar de manera contraria a los valores de la sociedad puede resultar en catalogación, estereotipos o separación, en última instancia; exclusión y discriminación.

En la actualidad, el consumo excesivo de alcohol y otras drogas está asociado a procesos de estigmatización (Room, 2006; Palma, 2006); y es por ello que, los valores, las creencias y actitudes de los profesionales de la salud, atravesados por diversos discursos estigmatizantes, impactan condicionando su desempeño profesional e incidiendo directamente en sus prácticas. Diversos estudios han señalado dichas resistencias 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).

El ideario estigmatizante que propician las políticas prohibicionistas, se entran en las prácticas asistenciales produciendo y reproduciendo la construcción de estigmas sobre los drogodependientes, rigiendo las políticas de seguridad. Los profesionales de la salud, también se encuentran atravesados por este discurso, en un contexto histórico que señala a las drogodependencias como un padecimiento propio de poblaciones marginales.

Con respecto a la perspectiva epidemiológica, Menéndez (2008) señala que el problema del uso nocivo de alcohol como problema de salud resulta enmascarado y sub-registrado sistemáticamente por el sistema sanitario, lo cual representa también una barrera importante a considerar.

La principal causa de sub-registro de los daños a la salud reside en la escasa o nula detección y diagnóstico por parte del personal de salud de toda una serie de consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol (Menéndez, 1990; Menéndez & Pardo, 1996, 2003).

Las dificultades para arribar a un diagnóstico se vinculan con: la reticencia a la consulta, la 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, así como también la actitud y creencias de los integrantes del equipo hacia el problema, ya que ello incide en la forma de abordarlo. Otra de las dificultades suele ser el modo de evaluar el problema, ya que se valora el mismo según el patrón de ingesta propio.

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 y Castelo, 1997).

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). 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).

En términos asistenciales y salubristas podemos concluir que la mayoría de los padecimientos generados por el consumo de alcohol se caracteriza por la ausencia o escasez de atención médica específica —y subrayamos lo de específico en términos de su vinculación con el alcohol— en los tres niveles de atención, así como por el poco desarrollo de actividades preventivas. La escasez de recursos económicos y humanos aplicados contrasta no sólo con el peso que las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas tiene en el perfil de la morbilidad y mortalidad dominante en varios de los países de la región, sino también con los costos económicos de dichas consecuencias.

Problema

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, el estudio de “*Creencias, actitudes y opiniones de los profesionales del Primer Nivel de Atención sobre los usuarios de alcohol y otras drogas*”.

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.

Método

Para responder a los objetivos de esta investigación se ha optado por un abordaje metodológico desde una perspectiva cualitativa que 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.

Participantes

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, se han seleccionado informantes (profesionales de salud: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y agentes sanitarios) que se desempeñan en cinco Centros de Salud de la zona norte de la Provincia de Buenos Aires. Dichos participantes fueron elegidos mediante la técnica Bola de Nieve y la cantidad fue determinada por el criterio de Saturación del Campo.

Instrumentos y Materiales

Se utilizaron como principales técnicas el grupo de discusión y entrevistas abiertas, que contaron, como material de apoyo, con un cuestionario de percepción sobre drogas y problemas relacionados que permitió indagar en torno a las representaciones y creencias de los profesionales con relación a los usuarios de alcohol y otras drogas, y un cuestionario de datos sociodemográficos, ambos cuestionarios fueron auto-administrados y confeccionados para la presente investigación. Para ello, se realizó una prueba piloto, con 30 casos, para evaluar la coherencia lógica, la semántica y la sintaxis de los mismos.

Procedimiento

Se realizaron entrevistas a un total de 40 profesionales de diferentes centros de salud. Las entrevistas se efectuaron en los centros de salud, fueron grupales y tuvieron una duración de aproximadamente 45 minutos. Antes de comenzar con las mismas, se les explicó a los profesionales brevemente sobre el proyecto y se les solicitó que firmaran un consentimiento. Además, completaron los dos cuestionarios antes mencionados. El estudio fue totalmente anónimo y en ningún caso se registraron nombres y/o apellidos.

Resultados

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

a) El consumo de alcohol como problema sanitario

El personal sanitario manifiesta tener conciencia del consumo excesivo de alcohol como un problema de salud pública al cual se ve expuesto una parte importante de la comunidad de referencia. Entre los determinantes del consumo identifican aspectos variables: los hábitos y costumbres culturales, la normalización social, la vinculación con el placer y la diversión; utilización del alcohol como facilitador de las relaciones sociales.

Otros factores serían el desempleo, el pesimismo respecto al horizonte laboral de las personas más jóvenes, que influye en los proyectos de vida y refuerzan el valor de lo instantáneo y la necesidad de evadirse.

Las consecuencias más llamativas del consumo excesivo, desde el punto de vista del personal sanitario, son las relativas a las consecuencias en la convivencia familiar, en el medio laboral y el aumento de las conductas agresivas.

Al aludir específicamente al alcoholismo como problema sanitario sobresale la identificación de las secuelas negativas y el deterioro que causa a nivel físico. Sin embargo, el discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta.

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. 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 la salita.

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.

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, lugares a dónde derivar a las personas con consumo problemático. 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. Sin embargo, algunas problemáticas asociadas al consumo, como violencia de género, sí son abordadas desde los centros de salud con más frecuencia.

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, grupos terapéuticos, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, iglesias en los barrios que trabajan con grupos de jóvenes que quieren dejar la droga, entre otros, y han indicado también que el trabajo está puertas afuera del centro de salud, en horarios que no son los del centro.

c) *Barreras y facilitadores*

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.

Entre las barreras para la intervención destacan: i) la escasa formación (en la universidad y en los lugares de trabajo), ii) resistencias en la población, iii) temor a invadir la intimidad, iv) naturalización del consumo, v) los propios hábitos de consumo, vi) la sobrecarga de tareas, vii) el insuficiente respaldo institucional.

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.

Respecto a los recursos complementarios de apoyo, como ya fue mencionado anteriormente, resulta interesante resaltar que la mayor cantidad de recursos conocidos y valorados se encuentran por fuera del sistema de salud, y son constantes en sus discursos las quejas relacionadas con la escasa coordinación formal entre AP y los recursos de apoyo especializados.

Discusión

Hemos repasado, tras una exposición de las características que adopta el proceso de alcoholización, cuáles son aquellas concepciones de los profesionales que pueden constituirse en barreras para la accesibilidad a los servicios de 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

Los hallazgos preliminares que pueden destacarse del relevamiento efectuado pueden sintetizarse en los siguientes:

a) El discurso se centra especialmente en la población adolescente y joven, y en los problemas de dependencia del alcohol en población adulta;

b) Si bien los profesionales reconocen la incidencia que tiene el consumo excesivo de alcohol en grupos emergentes (ej: los adolescentes), identifican a la vez la insuficiencia de intervenciones que aborden con eficacia la problemática en este grupo etario;

c) Respecto a los recursos complementarios de apoyo, carecen de una perspectiva suficientemente amplia de todos los recursos con los que cuenta la red asistencial, lo cual limita las alternativas que pueden ofrecer a la población.

En este marco, es esencial que tales profesionales realicen un proceso de reflexión en torno a sus marcos conceptuales y prácticas, que 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 este sentido, las conceptualizaciones y aportes precedentes, pueden resultar fecundos para que los equipos de salud visibilicen las dimensiones a considerar y de esta manera contribuir a desnaturalizar los mitos y prejuicios, -los propios y los que circulan en la comunidad- que habitualmente dificultan un abordaje integral, sistemático, exhaustivo y complejo de ésta problemática.

Referencias

- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. y Rautio, P. (2003, Enero). Factors influencing inquiry about patient's alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study Family Practice. En *Medical Journal*, 20(3), 270-275.
- Arzeno, M. y Castelo, M. (1997). *Diagnóstico de Alcoholismo*. Buenos Aires: Biblioteca Centro Médico de Mar del Plata.

- Das, V. (2001, Septiembre 5). *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”. Bethesda, Maryland.
- Edward, G. y Ariff, A. (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, Octubre/Diciembre). Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment among At-Risk Drinkers. En *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kloss, J. D. y Lisman, S. A. (2003). Clinician Attributions and Disease Model -Perspectives as Mentally Ill, Chemically Addicted Patients. A Preliminary Investigation. En *Substance Use & Misuse*, 38(14), 2097-2107.
- Link, B. y Phelan, J. (2006, Febrero 11). On stigma and its public health implications. En *The Lancet*. 367(9509), 528-9.
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. En *Desacatos* (20), 29–52.
- Menéndez, E. (2008, Enero). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. En *Región y sociedad*, 20(spe2), 5-50. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- Menéndez, E. (2010). Modelos, experiencias y otras desventuras. En: *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. y Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. y Pardo, R.B. (2003). Alcoholismo, especializaciones y desencantos: segundo y tercer nivel de atención médica. Informe final de investigación, Ms.

- 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: Autor.
- 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. (1979a). *Understanding
human values*. New York: Free
Press.
- Rokeach, M.(1979b). Value theory and
communication re-search: Review
and commentary. En D. Nimmo
(Ed.): *Communication. Yearbook
III*. New Brunswick, NJ:
Transactions Books.
- Room, R. (2006, Septiembre). Taking
account of cultural and societal
influences on substance use
diagnoses and criteria. En *Journal
of Addiction*, 101(s1), 31-39
- Saitz, R., Friedman, P. D., Sullivan L. M.,
Winter, M.R, Lloyd-Travaglini, C.,
Moskowitz, M.A., Samet, J.H.
(2002, Mayo). Professional
Satisfaction Experienced when
Caring for Substance-abusing
Patients - Faculty and Resident
Physicians Perspectives. En
*Journal of General Internal
Medicine*, 17(5), 373-376.
- Schwartz, S., y Wolfgang, B. (1987).
Toward a universal psychological
structure of human values. En
*Journal of Personality and Social
Psychology*, 53, 550-562.