

# Uso Nocivo de Alcohol

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES  
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Programa de  
Equipos Comunitarios



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

CURSO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA

# Uso Nocivo de Alcohol

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO  
PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

## INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	<b>7</b>
<b>Unidad 1.</b> <i>El uso nocivo de alcohol como problema de salud en el Primer Nivel de Atención.....</i>	<b>11</b>
<b>Unidad 2.</b> <i>El Problema del uso nocivo de alcohol en números: algunas lecturas.....</i>	<b>21</b>
<b>Unidad 3.</b> <i>Conceptualizaciones acerca del Uso Nocivo de Alcohol.</i>	<b>43</b>
<b>Unidad 4.</b> <i>Estrategias y experiencias.....</i>	<b>57</b>
<b>Unidad 5.</b> <i>Hacia la definición de estrategias para el abordaje del problema del uso nocivo de alcohol en el primer nivel de atención.</i>	<b>73</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>93</b>

# Introducción

*“(...) ¿es el alcoholismo un problema? La respuesta dependerá de una definición participativa de todos los interesados. Por ejemplo, hace un tiempo tuvimos una diferencia de diagnóstico con un curador popular, quien al evaluar el problema de una persona por quien realizó una derivación al hospital, no incluyó lo que el equipo de salud asociaba a la sintomatología que presentaba y que era, justamente, su presunto alcoholismo. El curador entonces nos respondió que el hecho de que este hombre “chupara” durante los fines de semana, no quería decir ni que estuviera enfermo ni que dicho comportamiento fuera en sí mismo un problema. Cabe agregar, que la apreciación del curador coincidía con la de la familia y con la del propio interesado. Esto no implica desconocer los daños que produce la ingestión sistemática del alcohol. Las cirrosis hepáticas, la polineuritis y la violencia familiar existen. Pero conceptualizarlas en un marco exclusivamente tecnicista no ayuda a una aproximación realista ni siquiera en la propia curación de ellas mismas.”<sup>1</sup>*

El presente material está dirigido a quienes integran los equipos comunitarios de salud del primer nivel de atención: Médicos/as, Odontólogos/as, Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Obstétricas, Enfermeros/as, Agentes Sanitarios, Agentes Sanitarios Indígenas y Promotores de Salud, Auxiliares de Enfermería, Administrativos/as y otros.

Tiene por objetivo poner foco en el problema del **uso nocivo de alcohol**. Entendemos por **uso nocivo de alcohol**, todas aquellas consecuencias negativas que se derivan del uso de alcohol para quienes lo consumen, o para quienes no lo consumen. Por lo tanto, quedan comprendidos dentro del concepto de **uso nocivo** tanto las *consecuencias físicas* de consumir alcohol en alguna ocasión, como las de consumirlo periódicamente y todos aquellos *hechos que pueden asociarse al uso de alcohol* (accidentes, escenas de violencia en cualquiera de sus formas), tanto si fueron provocadas por consumidores ocasionales o frecuentes, como si fueron consecuencias de haber consumido poco o mucho alcohol.

Este tema está desde hace tiempo, instalado en la preocupación de los países, de los gobiernos, de los sistemas sanitarios y también de la población. Se conocen muy pocas experiencias de abordaje del problema, ya sea por la multideterminación del problema, o por la falta de resultados concretos, es difícil encontrar en el área de salud estrategias sostenidas de prevención y/o tratamiento en la población afectada. ¿Será por la complejidad del problema?, ¿se deberá a la dificultad para obtener resultados?

Este problema sanitario, a pesar de su prevalencia y su condicionamiento de enfermedad y muerte ha sido muchas veces negado o escondido tras otros diagnósticos que -bien mirados- resultan claramente consecuencia de cuadros de uso nocivo y prolongado de alcohol. De este modo, se ha ido conformando la imagen de que se trata de un problema difícil de conceptualizar y de tratar.

1. W. ARRÚE Y B. KALINSKY. El alcohol, la cultura y la región. Visión local de las pautas actuales de consumo. En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario. 1987

Lejos de propiciar *bajar los brazos* y ante las demandas que llegan al centro de salud que, muchas veces, producen en los equipos la frustración de no saber cómo resolver o abordar el problema, nos preguntamos qué es lo que no estamos considerando en nuestro enfoque, qué aspectos se *escapan* a nuestra comprensión, a nuestra teorización y a nuestras estrategias. En vista de que **la gravedad y extensión del problema del uso nocivo de alcohol reclaman nuestra atención y esfuerzo**, creemos necesario comenzar a modificar el punto de vista desde donde lo pensamos, incorporando otros elementos al análisis y, conceptualizando cómo se van tejiendo los diferentes sentidos con los que las personas y las comunidades utilizan el alcohol.

A lo largo de este material y, partiendo del mejor análisis que podemos hacer sobre la importancia que este problema tiene en nuestro país y la extensión con que se presenta, intentamos desarrollar algunas ideas respecto de cómo el *uso nocivo de alcohol* se liga a condiciones sociales, económicas, culturales, sanitarias y personales, que le otorgan características propias en cada grupo social.

Entendemos que para atender problemas de salud resulta necesario incorporar una visión integral de la salud, así como también considerar otros elementos que son esenciales para su visibilización, comprensión y definición y que trascienden la mera atención de los síntomas.

Nos proponemos aquí presentar pensamientos y reflexiones de algunos autores que han investigado y teorizado acerca del uso nocivo de alcohol, ensayado estrategias para acercar soluciones a las personas afectadas y diseñado modelos de trabajo que resultaron de esta práctica.

Los ejes a través de los cuales se desarrolla este material son:

- *Uso nocivo de alcohol* como problema de salud en el primer nivel de atención.
- Aproximación a un cuadro de situación epidemiológica en nuestro país.
- Profundización del análisis teórico del problema del *uso nocivo de alcohol* a través de algunos conceptos que nos permiten una vía alternativa para pensarlo.
- Revisión de diferentes *modelos de abordaje* y algunas *experiencias*.
- Posibles *estrategias del equipo de salud del primer nivel de atención* para abordar el *uso nocivo de alcohol*.

Según los propósitos que nos planteamos, al finalizar este material serás capaz de:

- Reconocer la dimensión que el problema del *uso nocivo de alcohol* tiene en la comunidad de tu área programática y en el marco del país.
- Identificar desde el primer nivel de atención al *uso nocivo de alcohol* como un problema de salud

- Conocer algunas conceptualizaciones sobre el *uso nocivo de alcohol* y vincularlas con concepciones acerca de la salud.
- Promover el trabajo con la comunidad como modo de hacer visible el fenómeno del *uso nocivo de alcohol*.
- Elaborar herramientas para trabajar junto a la comunidad.
- Valorar experiencias diversas vinculadas con el *uso nocivo de alcohol*.

Para ello, se desarrollan:

En la Unidad 1: *El uso nocivo de alcohol como problema de salud en el primer nivel de atención*, en ella nos centramos en explicar por qué es un problema de salud que incumbe a este nivel.

En la Unidad 2: *El problema del uso nocivo de alcohol en números: algunas lecturas*, intentamos transmitir las dudas que expresan todos aquellos que han intentado analizar los datos duros estadísticos y reconstruir la situación epidemiológica de nuestro país, en el marco de la Región (Latinoamérica) a partir de los datos a los que se tiene acceso. Asimismo, en esta parte se abordan las dificultades observadas en el registro del problema por parte del sistema de salud.

En la Unidad 3: *Conceptualizaciones acerca del uso nocivo de alcohol*, revisamos las ideas de algunos autores que nos ayudan a comprender –al menos parcialmente– cómo este fenómeno se enlaza con multiplicidad de variables de orden social y, como fenómeno social, se construye y reconstruye en cada sociedad y momento histórico, para cada grupo poblacional.

En la Unidad 4: *Presentación de dos modelos de abordaje y una experiencia* conocidos en nuestro país: los Grupos G.I.A. y el trabajo de Alcohólicos Anónimos y, también, el desarrollo de un modelo explicativo que consideramos resultado del esfuerzo de comprensión por parte de un equipo comunitario de salud e investigación frente al problema del *uso nocivo de alcohol* en una determinada comunidad.

En la Unidad 5: *Hacia la definición de estrategias de abordaje del problema del uso nocivo de alcohol en el primer nivel de atención*, revisamos e intentamos componer los elementos que deben estar presentes en una estrategia de trabajo del equipo de salud o equipo comunitario.

En ningún caso planteamos este trabajo como cerrado para este tema. Subsisten muchas dudas, muchas preguntas y mucho desconocimiento frente a una problemática que se complejiza día a día. Nuestro esfuerzo, en ese sentido se centra en acercar ideas, preguntas y algunas respuestas que sabemos parciales.

En ese sentido, esperamos que este material sea de utilidad a los equipos de salud que trabajan en el primer nivel de atención como inicio para una profundización sobre este problema sanitario.

# Unidad 1

El uso nocivo de alcohol como problema de salud en el Primer Nivel de Atención

# El uso nocivo de alcohol como problema de salud en el Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención es el punto clave de contacto con la población, pues constituye un ámbito privilegiado donde se pueden establecer vínculos profundos y duraderos entre el Sistema de Salud y la comunidad. Ser referente local de salud dentro de la organización social implica estar en permanente contacto con problemas sociales complejos dentro del área de responsabilidad, y es allí donde se deben resolver con calidad el 90% de los problemas de salud. La principal fortaleza de este nivel reside en las personas que allí trabajan.

El Centro de Salud es una puerta de entrada prioritaria al sistema y tiene bajo su responsabilidad conocer, comprender y dar respuesta a las necesidades y demandas de salud que la población presenta a lo largo de su vida. Para responder a estas necesidades se espera que los equipos comunitarios brinden una atención integral e integrada en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), tal como el Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención viene desarrollando e implementando fuertemente desde el año 2004.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud apunta a redefinir la orientación del sistema sanitario desde el objeto enfermedad hacia el objeto salud, dando una respuesta integral desde los distintos niveles de atención y anticipándose a la emergencia efectiva de un problema, trabajando con la comunidad desde sus determinantes.

La **promoción de la salud**, lineamiento que ha sido definido como esencial en documentos internacionales como la *Carta de Ottawa sobre la Promoción de la salud*<sup>1</sup>, involucra necesariamente la **participación social** y la **acción intersectorial** para su logro:

*“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma ( ... ) Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica (...) acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud (...)”* Es decir que, *“la promoción de la salud radica en la **participación efectiva y concreta de la comunidad** en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (...)”*<sup>2</sup>

1. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, 21 de noviembre de 1986.

2. Carta de Ottawa. Obra citada. El destacado es nuestro.

En consonancia con esta afirmación E. Menéndez, autor e investigador proveniente del campo antropológico, nos dice que: *“El énfasis en la APS no supone disminuir la responsabilidad social del Estado, sino por el contrario, supone la posibilidad de constituir alternativas que puedan demandar al Estado medios “administrados” por los propios conjuntos sociales”*<sup>3</sup>.

En este marco, la **participación comunitaria** ha sido considerada decisiva para una aplicación exitosa de la estrategia de APS y para la construcción de una ciudadanía activa. El éxito de programas basados en ella, apunta al trabajo con la comunidad y a la consideración de las condiciones sanitarias de la población por parte del equipo del primer nivel, quien con una mirada integral de la salud, debe desarrollar la tecnología sanitaria que pueda ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad, mejorando la eficacia de las acciones de salud a través de la participación popular en el cuidado de la salud.

Así, el citado autor afirma que:

- ⊙ la mayoría de los padecimientos más frecuentes pueden ser eficazmente atendidos en el nivel de los grupos primarios y, la eficacia es aún mayor cuanto mejor sea el nivel de vida de la población;
- ⊙ se debe impulsar y reforzar la autonomía de estos conjuntos sociales; y
- ⊙ deben revisarse críticamente las prácticas que directa o indirectamente obstaculizan la participación social.<sup>4</sup>

Estos planteos implican la necesaria reorientación de los servicios sanitarios, *“(...) la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los involucrados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación (...) Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos (...)”*<sup>5</sup>

El Primer Nivel de Atención posibilita redireccionar estos servicios, fortalecer la **promoción de la salud**, promover espacios de **participación social** y pensar nuevas prácticas para -de este modo- aportar a la transformación del modelo de atención hacia el cuidado de la salud de la población.

## Enfoques en la tarea del Equipo de Salud

Creemos necesario comenzar a pensar propuestas que permitan direccionar el trabajo que los Equipos Comunitarios desarrollan en el Primer Nivel de Atención para la atención del problema del *uso nocivo de alcohol*. Por ello consideramos que, para pensar en la atención posible desde este nivel de atención, debemos contemplar en primer lugar **cuál es el uso que se le da al alcohol en cada comunidad y grupo social de pertenencia de cada sujeto**, teniendo en cuenta que los efectos negativos del

3. MENÉNDEZ, E. L.:  
Modelo Médico  
Hegemónico y Atención  
Primaria. Segundas  
Jornadas de Atención  
Primaria de la Salud.  
Buenos Aires, 30 de abril  
al 7 de mayo de 1988.

4. MENÉNDEZ, E. L.:  
Obra citada.

5. Carta de Ottawa. Obra  
citada. El subrayado es  
nuestro.

uso del alcohol en términos de enfermedad, no dan completa cuenta del fenómeno que intentamos conceptualizar.

E. Menéndez<sup>6</sup> nos explica que en lo referente al uso nocivo, la adicción al alcohol es “(...) una de las más fuertes que existen y la que tiene consecuencias más graves. El alcohol produce muchas más muertes que cualquier otra droga (...) La biomedicina o estrategias complejas como la de Alcohólicos Anónimos, pueden suprimir el consumo en unas pocas semanas pero cuando el sujeto vuelve a su grupo de pertenencia, al poco tiempo comienza a consumir de nuevo. El alcohol forma parte de la vida colectiva como elemento simbólico, de modo que quien deja de beber queda excluido o se excluye del grupo. Entonces, la propuesta es trabajar con habilidades, no impuestas, sino elaboradas con el sujeto, para constituir nuevas relaciones (...)” en las que el consumo de alcohol no se transforme en un problema de salud.

El desafío es trabajar con estos sujetos acerca de los significados que adquiere el consumo de alcohol en su comunidad o grupo, para lograr que su uso no tenga consecuencias nocivas en la salud.

Coincidimos con este autor, en que las acciones que genere el equipo comunitario deberán fortalecer el trabajo de las redes sociales, conocer y apoyar las ya existentes en lo local y, orientarse esencialmente a que los sujetos puedan *reinventar* y recrear sus relaciones incluyendo otros elementos que le permitan incluirse saludablemente en sus grupos de pertenencia.<sup>7</sup>

Ahora bien, en tanto y en cuanto los principios de la APS implican promover la salud y prevenir enfermedades, éstas acciones necesariamente deberán articularse a través de la participación social, con recursos humanos apropiados para el primer nivel de atención y creando nuevas modalidades de organización tendientes a una concepción integral e integradora de la salud.<sup>8</sup>

Resultará de vital importancia reconocer la necesidad de realización y jerarquización de prácticas participativas surgidas de la articulación intersectorial y la conformación de equipos interdisciplinarios, el armado de redes y la permanente búsqueda de la calidad de atención.

En esta línea se hace necesario que los equipos comunitarios intenten develar y atender las problemáticas que en la vida cotidiana contribuyen al mantenimiento de situaciones perjudiciales para las personas y los grupos, centrándose en la atención integral de las mismas, valorando las capacidades, las fuerzas no reconocidas, la potencialidad y la creatividad de los seres humanos, del equipo de salud, de las instituciones y de la comunidad en general.

Es así que cobra importancia la búsqueda de abordajes que pongan en marcha la red de recursos existentes, que fomenten y posibiliten el trabajo interinstitucional e intersectorial, y que, a su vez, preserven y refuercen el vínculo de confianza que la comunidad establece con el equipo.

Consideramos entonces, que los enfoques que tienen como ejes la **promoción y**

6. Entrevista *El antropólogo* E. Menéndez y su cuestionamiento al modelo hegemónico de la biomedicina. Página 12. Junio 2008. Buenos Aires. Argentina.

7. Aportes provenientes de M. Tousignant, extraído de Entrevista citada.

8. SPT, GIDAPS, Conceptualización de APS. Universidad Nacional de Comahue, 1985. En <http://www.apsi.11omb.com/APS1.pdf>. Consultado julio 2010.

**prevención** son las prioridades que el equipo comunitario debe considerar. Concebidas desde un punto de vista integral, pueden definirse *como aquellos procesos que promueven cambios y mejoras individuales y comunitarias, a través de prácticas concretas que apuntan al desarrollo de actividades, acciones y proyectos basados fundamentalmente en la participación social y en la coordinación interinstitucional e intersectorial*. Desde esta perspectiva se intenta crear las condiciones para el desarrollo de potencialidades colectivas y también personales, en la convicción que mejoran sustancialmente la calidad de vida de la población local.

Es vital que el equipo del primer nivel realice un proceso de transformación de sus prácticas a partir de la revisión de los marcos conceptuales, en el cual habrá que repensar certezas, reflexionar sobre los propios prejuicios e incorporar a otros actores y saberes teniendo en cuenta que las situaciones que emergen en lo cotidiano de su labor son siempre singulares, se producen en condiciones específicas, con personas y presentaciones diversas.

Sintetizando, el proceso de transformación debe ser asumido por cada uno de los sectores de la sociedad. Ello implica un trabajo conjunto con las organizaciones sociales, referentes barriales e instituciones educativas para el diseño, implementación y evaluación de proyectos de promoción de la salud integral, que garanticen un trabajo en red en la prevención y, un abordaje eficaz de este complejo problema.

En este marco, adquieren relevancia las acciones preliminares que promuevan la **sensibilización** y la **toma de conciencia** de los equipos comunitarios en relación a la problemática del *uso nocivo de alcohol*, para luego poder trabajar con ella conjuntamente con la comunidad.

En la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de este problema de salud, no debe perderse de vista que afecta a todas las personas, sin importar su edad, sexo, clase social, etnia, el lugar donde vivan o trabajen y, deben considerarse las pautas culturales particulares que predominan en cada grupo social y en cada localidad.



## ACTIVIDAD

A continuación, te presentamos el siguiente intercambio ocurrido en cualquier Centro de Salud (CS) en ocasión de una reunión de todos los integrantes del equipo de trabajo:

A: *-No sé, me parece que tenemos que trabajar para que dejen de tomar de eso modo! Hay unos pibes que se reúnen a consumir alcohol y la verdad es que me preocupan. Es un grupito que cada vez se hace más grande (...) son tan chicos...-*

B: *Sí, los ví también, aunque no te creas que son sólo los adolescentes, yo veo que se reúnen a tomar en esa esquina y son más grandes. Me parece que deberíamos acercarnos porque han venido algunos con distintas lesiones...-*

C: -Yo atendí a varios de ellos. Han venido con heridas cortantes, fracturas, y uno tiene una úlcera en la pierna que no se le cura... En realidad no sabemos qué les pasa, no los conocemos mucho.-

B: -Y, ¿si hacemos charlas sobre las consecuencias de tomar de ese modo?-

C: -Podemos hacer todas las charlas que queramos, pero no sé si eso va a cambiar algo. En esta comunidad, sentarse a tomar con otros es la manera que tienen de relacionarse los vecinos, y nadie le dice “no” a una invitación semejante; además se quedan charlando y tomando hasta altas horas de la madrugada.-

B: -Sí, pero no todos terminan mal, algunos toman menos o resisten más. No sé...-

D: -Yo lo que veo es que los adolescentes se van a tomar al pueblo vecino para que los padres no los vean, y para que no se den cuenta vuelven más o menos sobrios, pero... es como un entrenamiento para lo que hacen los grandes...-

A: -Sí, y las mujeres toman en la casa y se lo esconden a los hombres...-

C: -No siempre, algunas se sientan a tomar con ellos, pero no sé si es porque luego se tienen que levantar a atender a los críos o qué, pareciera que tanto no toman...-

D: -Yo no tengo esa percepción cuando las mujeres toman, pueden llegar a tomar tanto como los hombres...-

A: -En cualquier caso no me llegan mujeres en el estado de deterioro que me llegan los hombres...-

B: -Pero... ¿somos conscientes que no estamos hablando de una enfermedad rara que se contagia en otra parte sino de una costumbre que nosotros también practicamos? Tomamos con otros para celebrar, para alegrarnos, para pasar un buen rato.

Realmente, ¿nos podemos proponer “prevenirlos” de tomar alcohol?, ¿qué les decimos?, ¿que tomen pero no tanto?, ¿solamente -como recomiendan por ahí-, medio vasito por día?, ¿alguien nos va a hacer caso?-

D: -Si, por otro lado, no nos ponemos entre nosotros de acuerdo acerca de ni de quiénes, ni de cómo y en qué situaciones toman, para qué toman (...) Porque finalmente, me parece que hay muchos “tomadores”, tantos como abstemios y muchos motivos para “tomar” o “no tomar”.

Por ahí sería bueno que nos “tomáramos” el trabajo de indagar un poco más sobre lo que pasa delante nuestro pero que, como es tan natural, tan habitual entre nosotros también, ni siquiera podemos decir bien a qué se debe...”-

I. Del intercambio descrito surge la propuesta de conocer cómo se comporta este problema en la comunidad que atiende el CS. Y el equipo se pone a pensar en cuestiones como las siguientes:

- ¿Qué acciones nos acercan a conocer el modo en que se consume alcohol en la comunidad/barrio donde el equipo comunitario trabaja?
- ¿Hay algunas personas que puedan ayudar a conocer mejor cómo se utiliza el alcohol localmente?
- En nuestra comunidad, ¿en quiénes o en qué grupos se observa más frecuentemente el uso nocivo de alcohol?, ¿hay otras personas

que también consumen alcohol, pero que nunca llegan a preocupar por su consumo?

Desde tu punto de vista:

- Esta preocupación del equipo, ¿es un problema expresado por la gente o es un diagnóstico hecho por el equipo?
- ¿Podría el equipo comunitario encontrar respuesta a algunos de estos interrogantes en sus registros de consultas?
- ¿Hasta dónde llega la responsabilidad del Centro de Salud en la atención del problema?. Y ¿la de todo el sector salud?

2. Ahora, dejemos el caso por un momento y pensá en tu comunidad y tu equipo:

- ¿Pasan cosas parecidas?
- En tu equipo: ¿podría haberse dado esta charla?, ¿qué preguntas se harían ustedes?

En cualquier caso, te invitamos a hacer lo que este equipo se propuso para su comunidad, sirviéndote -si te parecen útiles- de algunas de las preguntas que ellos se formularon.

Te sugerimos que junto a tus compañeros del equipo indagues:

- ¿Cuáles son las distintas modalidades en que se consume alcohol en la comunidad?:
  - en qué ocasiones,
  - por qué motivos,
  - en qué cantidades.
- ¿Quiénes son los que consumen alcohol en la comunidad que atiende tu CS?.

3. Les sugerimos que compartan esta información con el facilitador.



# Unidad 2

El Problema del uso nocivo de alcohol  
en números: algunas lecturas

# Introducción: Los datos de un problema poco visible

Es complejo construir un panorama acerca del uso nocivo de alcohol en cifras para los países Latinoamericanos. Argentina, en este sentido, no es la excepción.

La falta de registros estadísticos consistentes y continuados sobre este problema -cuyo desarrollo en el tiempo ha ido sumando determinantes y expresiones variadas-, a lo largo de los años, no contribuye a formarnos una idea clara de aquello que enfrentamos.

Se reconoce, que el *uso nocivo de alcohol* como problema de salud resulta subregistrado sistemáticamente por el sistema sanitario. Así, nos encontramos frente a una realidad poco visible y muchas veces negada.

El subregistro al que hacemos referencia se vincula con diferentes condiciones. Algunos autores<sup>1</sup> señalan que el diagnóstico del uso nocivo de alcohol figura entre los categorizados como *difíciles* en salud. En este sentido, sugieren analizar qué impide un diagnóstico precoz del mismo:

*(...) Toda situación diagnóstica ideal reúne a un experto en si mismo llamado “enfermo” y a un experto en enfermedades “el médico”, ambos personajes con un claro deseo de lograr el correcto diagnóstico. Si por alguna razón alguno de los “expertos” no desea (en forma consciente o inconsciente) hacer diagnóstico, este no se logra (...)*<sup>2</sup>

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 en forma nociva, y que trastornan la posibilidad de entablar una comunicación fluida, así como también, la actitud personal de los integrantes del equipo hacia el problema, ya que ello incide en el modo de abordarlo.

*(...) La reticencia a la consulta es un riesgo propio del alcohólico y surge motivada por vergüenza, culpabilidad, temor a perder el empleo, su rol familiar, etc. (...) La negación en el paciente alcohólico tiene una extraordinaria fuerza, que se descubre cuando el paciente intenta “racionalizar o dar razón”, del por qué de su conducta de bebedor irracional y los problemas que ésta le produce. Estos razonamientos, excusas y contradicciones, son ejemplos de la racionalización usada para mantener la negación. (...) El alcohólico, aunque no lo demuestre, presenta serias alteraciones amnésicas y cognitivas, por múltiples motivos, que alteran la comunicación, tergiversan datos, y exasperan al no advertido. (...)*<sup>3</sup>

Con respecto a la posición asumida por los integrantes del equipo, estos autores creen que 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

1. ARZENO, M., CASTELO, M., CIOPETTINI, G., CIOPETTINI, E., CIVETTA, E., COHEN, A. y SUREDA, L.: Diagnóstico de Alcoholismo. Biblioteca CM de Mar del Plata. 1997.

2. ARZENO, M. y otros: Obra citada

3. ARZENO, M. y otros: Obra citada

*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.<sup>4</sup>*

Otra de las dificultades suele ser el modo de evaluar el problema: (...) *se evalúa el problema de acuerdo al patrón de ingesta propio y en ese caso si se es abstemio y rígido, todo el que bebe, podría ser “bebedor”, por el contrario, si se bebe mucho, serían pocos los alcohólicos.<sup>5</sup>*

A las cuestiones mencionadas se suman el desconocimiento que muchos de los integrantes del equipo de salud tienen respecto de 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.<sup>6</sup>*

*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 un atentado contra la libertad del individuo. Por el contrario, otros médicos lo interpretan como un vicio.<sup>7</sup>*

De este modo es fácil encontrar, desde trabajadores de la salud que piensan que no deben ocuparse del problema hasta los que ven en toda persona que bebe alcohol a un alcohólico.



## ACTIVIDAD

El texto que antecede plantea que para los miembros de un equipo de salud no es fácil comprender, entablar comunicación con, ni tratar, a integrantes de la comunidad considerados *bebedores* o *alcohólicos*.

Te proponemos, entonces, una actividad de indagación personal:

- Describí en forma escrita, para vos, cuál es la visión que tenés sobre lo que les pasa a aquellas personas que considerás *bebedores* (se trate de integrantes de la comunidad o del equipo).
- Luego, compartí con tus compañeros la mirada que cada uno y el conjunto tiene del problema.

Para ayudar en esta descripción, proponemos algunas preguntas orientadoras:

- ¿Cómo se usa el alcohol en tu comunidad (reuniones de amigos, partidos de fútbol, ceremonias y fiestas, otras ocasiones)?
- ¿Por qué te parece que algunas personas beben mucho?

4. ARZENO, M. y otros:  
Obra citada

5. ARZENO, M. y otros:  
Obra citada

6. ARZENO, M. y otros:  
Obra citada

7. ARZENO, M. y otros:  
Obra citada

- ¿Qué crees que necesitarían (o hubieran necesitado) estas personas para no ser bebedores?
- Suponemos que has visto en tu CS algunas personas de las que *se dice o se sabe* que son *bebedores*, ¿qué es, según tu opinión, lo más difícil en el establecimiento de un vínculo en estas situaciones?
- ¿Qué es lo que crees debería hacerse o ayudaría a estas personas a superar las dificultades con la bebida?

## 1 - La región de las Américas

“El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial”<sup>8</sup>. Esta afirmación proviene de una publicación de la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* que, al mismo tiempo que evidencia que el consumo y los patrones de ingesta de alcohol se encuentran ya en niveles perjudiciales y superan las medias globales, asevera la necesidad crítica de iniciar acciones a nivel nacional para transformar el problema del uso nocivo de alcohol en una prioridad de salud pública en el hemisferio.

La publicación hace referencia expresa a que el compromiso y la voluntad políticas constituyen factores decisivos para brindar una seria y consistente respuesta a este reto regional.

Se señala que los países industrializados y desarrollados como Estados Unidos y Canadá, tienen un elevado consumo *per cápita* de 9.3 litros de alcohol puro para personas de 15 años de edad o más; y que en Latinoamérica se estima que hay un 11.2% de bebedores intensos y un consumo promedio de 14.3 litros por bebedor adulto.<sup>9</sup>

Por otra parte, la mayor carga de morbilidad por alcohol en la Región de las Américas recae sobre Centroamérica y Sudamérica, produciéndose la muerte de una persona cada dos minutos, como consecuencia.<sup>10</sup>

Este estudio afirma con preocupación que “El consumo excesivo episódico es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la Región. El patrón de ingesta promedio entre adultos en la mayoría de los países de las Américas es de riesgo para la salud”. Esto explica el por qué de la necesidad de fijar límites legales mínimos de edad en base a los especiales riesgos para el desarrollo que representa la ingesta en la juventud y adolescencia, proponiendo la puesta en marcha de:

8. Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción, 2007. OPS. En [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf). Consultado en abril de 2010.

9. Estas estimaciones corresponden al periodo 2002. OPS, Publicación citada.

10. Datos correspondientes al año 2002. OPS. Publicación citada.

- normativas y regulaciones sobre conducción en estado de ebriedad que permitan reducir las lesiones y muertes prevenibles que se derivan del manejo de vehículos después de haber bebido;
- la implementación y estructuración fehaciente de restricciones sobre la disponibilidad de bebidas alcohólicas y sobre su venta al por menor y sobre aspectos de legislación y políticas nacionales en cuanto a precios e impuestos, que han mostrado tener un efecto muy significativo en la reducción de la morbilidad y mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas, y en los índices de violencia que se asocian con una ingesta excesiva.

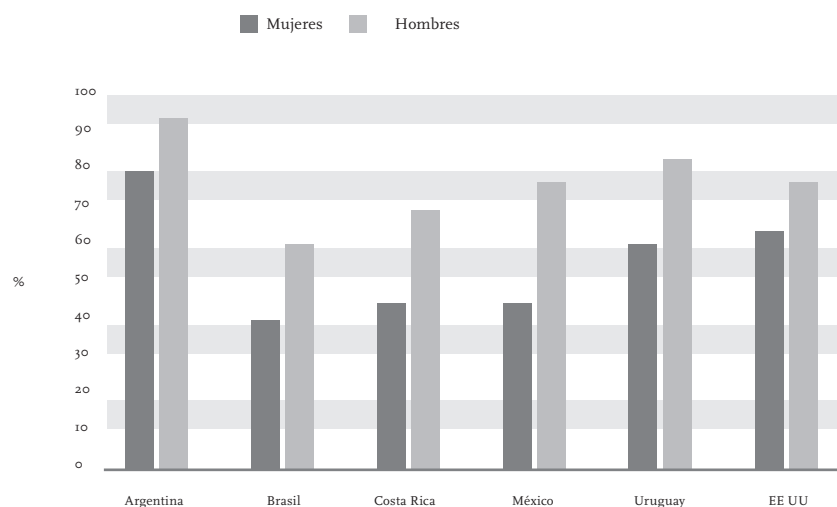
## 1.1. Panorama epidemiológico: las cifras argentinas

En Argentina las cifras del consumo resultan elevadas al igual que en otros países de la región. En el proyecto *GENACIS* (Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional)<sup>11</sup> se comparó la prevalencia de ingesta en mujeres y hombres en países del continente americano.

Antes de presentar algunos de sus resultados, consideramos oportuno aclarar algunos conceptos. La prevalencia es un concepto que da cuenta del “número de casos existentes en relación a la población expuesta por un período determinado”<sup>12</sup>. En este estudio, se definió la prevalencia de consumo como “la proporción de individuos de una población que presentan el evento (en este caso el consumo de alcohol) en un momento, o periodo de tiempo, determinado”<sup>13</sup>.

En el *Gráfico 1* puede observarse la prevalencia de consumo por país, discriminada por sexo, que en todos los casos es más alta en los hombres que en las mujeres:

**Gráfico 1: Prevalencia de consumo en hombres y mujeres por país<sup>14</sup>**



Fuente: Obot and Room 2005

11. GENACIS: Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional. En: Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción, Publicación de la OPS, 2007. Los países seleccionados para el estudio son: Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Uruguay y EE.UU.

12. Módulo 2: Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.

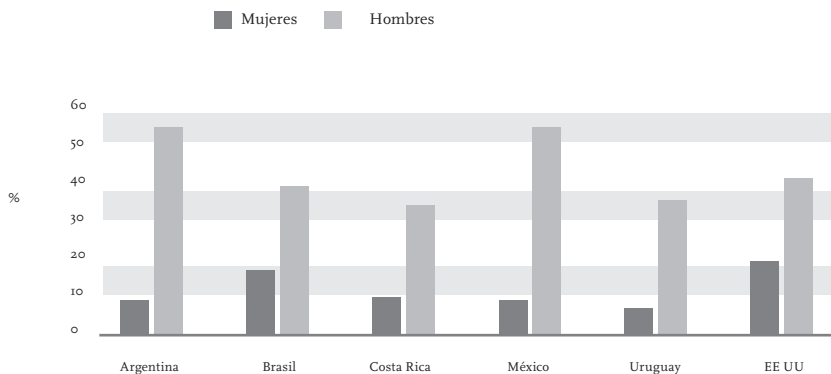
13. OPS, publicación citada.

14. GENACIS, Estudio citado.

La prevalencia de consumo episódico intenso se determinó como “por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante los últimos doce meses”<sup>15</sup>.

En el *Gráfico 2* que se presenta a continuación, se expresan los resultados de la prevalencia del consumo episódico intenso en los países estudiados:

**Gráfico 2: Prevalencia de consumo episódico intenso en bebedores actuales por país**



Fuente: Obot and Room 2005

Este gráfico permite observar el consumo episódico intenso en bebedores actuales, discriminados por sexo y es coincidente con la siguiente tabla, cuya fuente son las *Encuestas multicéntricas* por país de la OPS, donde hemos resaltado los países correspondientes al estudio anterior y que están representados en el *Gráfico 2*:

País	Hombres (%)	Mujeres (%)
Argentina	55.52	9.62
Canadá	63.45	36.65
Brasil	36.12	18.48
Belice	38.17	8.86
Nicaragua	40.23	6.64
Perú	59.06	26.11
México	56.60	9.04
Costa Rica	33.98	11.29
Uruguay	36.70	7.37
EE.UU.	37.87	16.80

Fuente: *Encuestas multicéntricas por país de la OPS*

Los datos indican a simple vista que los hombres presentan por lo menos el doble -y en el caso argentino el quíntuple- de episodios de consumo intenso que las mujeres.



## ACTIVIDAD

1. Te proponemos que reflexiones junto con otros integrantes de tu equipo acerca de la prevalencia de consumo de alcohol y de consumo episódico intenso en la comunidad que atiende el centro de salud: ¿siguen la tendencia encontrada en los estudios que acabamos de presentarte?

Es posible utilizar diversas fuentes de información desde las más formales (cuestionarios, encuestas acerca del consumo y episodios intensos de consumo a las personas que concurren al CS, a lo largo de una semana, por ejemplo), hasta las más subjetivas e informales (observación de costumbres de consumo de alcohol en la comunidad, discriminando cantidades y episodios intensos de consumo entre mujeres y hombres de diferentes grupos etarios, adolescentes, hombres jóvenes, adultos, adultos mayores, por ejemplo).

Sea cual sea el modo en que hayas decidido acercarte al problema, ¿las tendencias mostradas por los estudios presentados se verifican también en la comunidad que atiende tu CS?

2. Reconocer la tendencia que presenta este problema, ¿resulta un dato relevante a la hora de pensar en estrategias de promoción de la salud?, ¿sí?, ¿no? ¿por qué?

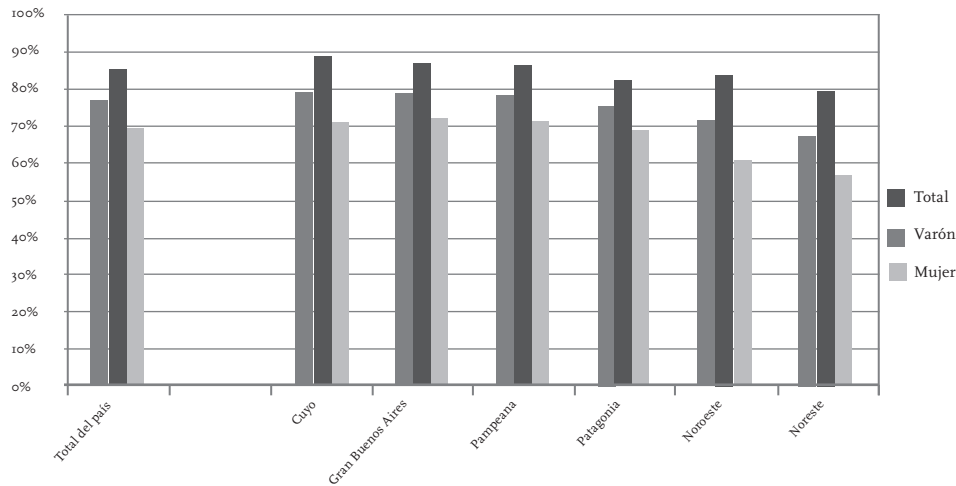
Adentrándonos aún más en nuestra realidad nacional, algunas mediciones realizadas durante el transcurso del año 2008 por el *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)* a través de la *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008* permiten observar cómo se distribuye el consumo de alcohol en cada una de las 24 provincias del país.

En este estudio se entiende la prevalencia de vida como “*la proporción de personas de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva (sólo tomaremos el dato referido a las bebidas alcohólicas) al menos una vez en su vida respecto del total de personas del mismo grupo etario*”<sup>16</sup>.

En el *Gráfico 3* se presentan las prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas según región estadística por sexo, tomando como población a la proporción de personas de 16 a 65 años.

16. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008. Anexo Metodológico. Página Web del INDEC: [www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar). Consultado 18/01/2010.

**Gráfico 3: Prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas de la población de 16 a 65 años según región por sexo**  
Localidades de 5000 y más habitantes.

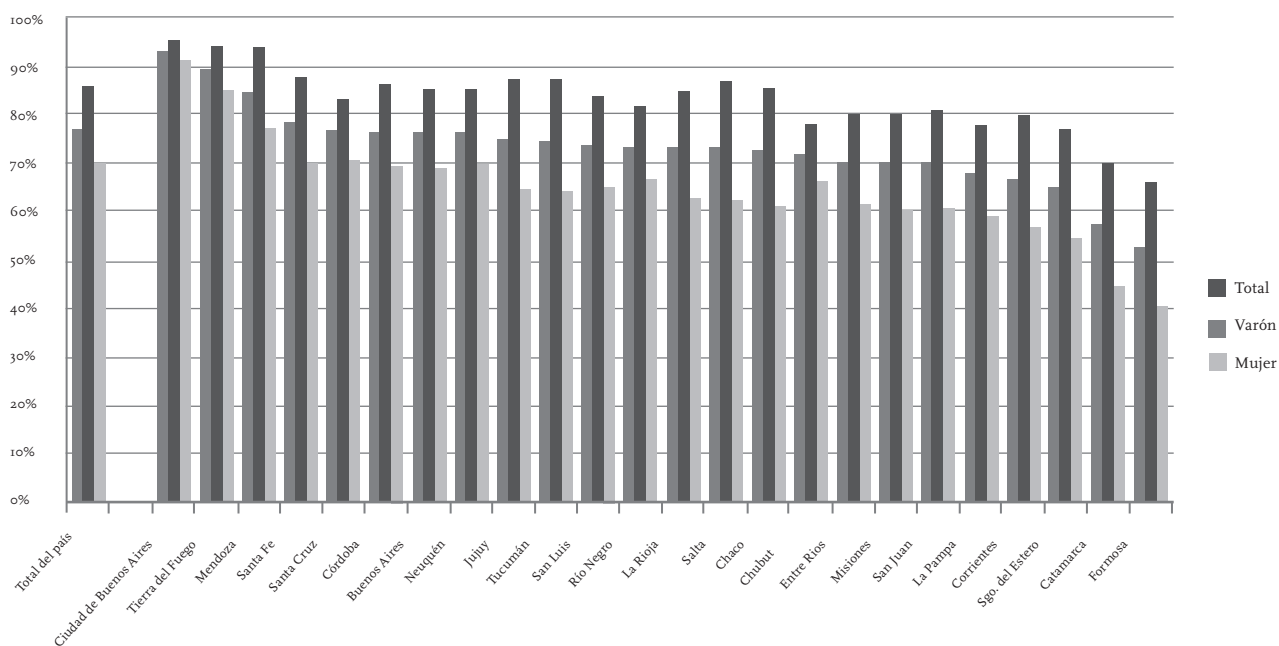


Nota: la composición de las regiones es la siguiente: Gran Buenos Aires: Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del Gran Buenos Aires; Pampeana: provincias de Buenos Aires (exceptuando los 24 partidos del GBA), Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y La Pampa; Noreste: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones; Noroeste: Catamarca, La Rioja, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis; Patagonia: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Como puede observarse, las prevalencias de consumo de alcohol son mayores en las regiones Gran Buenos Aires, Cuyo y Pampeana.

En el *Gráfico 4* se muestra el consumo por provincia y por sexo, allí puede confirmarse que en todas las provincias del país la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor entre varones que entre mujeres, de modo que es posible discriminar el consumo según región, provincia y sexo.

**Gráfico 4: Prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas de la población de 16 a 65 años según jurisdicción por sexo.**  
Localidades de 5000 y más habitantes.



En la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*<sup>17</sup> se toman dos indicadores, el indicador consumo episódico excesivo y el indicador consumo regular de riesgo.

El indicador *consumo episódico excesivo* se define como el consumo de 5 tragos o más en una oportunidad en los últimos 30 días, mientras que el indicador *consumo regular de riesgo* es definido como el consumo de un trago promedio de bebida alcohólica por día para las mujeres y dos tragos promedio por día en los hombres.

A continuación, en la *Tabla 5* puede verse que el patrón de *consumo episódico excesivo* es mayor en jóvenes. Este tipo de consumo presenta mayor asociación con lesiones y se considera como la principal causa de muerte en este grupo etario. En cambio el patrón de *consumo regular de riesgo* tiene una presencia importante en las edades medias (35 a 49 años y 50 a 64 años) y adultos mayores (65 años y más).

17. [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/12\\_Alcohol.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/12_Alcohol.pdf). Año 2006. Consultado 28/4/2010.

Tabla 5: Alcohol-Consumo regular de riesgo y consumo episódico excesivo, según edad, provincia y región

	18 a 24 años		25 a 34 años		35 a 49 años		50 a 64 años		65 años y más	
	de riesgo	episódico excesivo	de riesgo	episódico excesivo	de riesgo	episódico excesivo	de riesgo	episódico excesivo	de riesgo	episódico excesivo
<b>GBA</b>	7,0	20,8	4,5	12,1	7,9	10,0	12,1	7,2	10,1	1,2
CABA	10,4	19,9	4,1	14,7	5,5	6,1	13,2	5,0	11,4	0,8
Partdos	5,9	21,1	4,7	11,1	8,7	11,2	11,7	8,0	9,5	1,3
Buenos Aires	7,6	20,5	5,5	10,5	9,2	9,6	11,8	7,0	10,8	1,4
<b>PAMPEANA</b>	10,7	17,9	8,3	10,3	12,6	9,2	15,8	5,8	12,1	2,9
BsAs(sin partidos)	11,8	18,9	7,4	9,0	10,3	6,2	12,0	4,8	13,0	1,6
Córdoba	10,7	18,7	10,0	11,7	13,3	12,8	16,8	5,1	12,2	3,9
Entre Ríos	9,8	12,3	6,2	5,9	8,6	9,2	11,6	6,2	5,5	2,4
La Pampa	14,1	19,4	8,9	10,5	9,0	4,9	15,6	3,7	9,2	0,0
Santa Fe	9,3	17,3	8,8	12,3	17,7	11,4	23,1	8,3	12,7	4,7
<b>NOROESTE</b>	7,7	18,0	5,1	14,7	5,5	10,4	8,4	9,9	6,8	4,6
Catamarca	7,3	9,7	5,6	8,8	5,2	8,3	6,7	3,4	5,3	1,6
Jujuy	11,5	22,9	5,4	13,3	1,8	8,7	7,3	13,0	6,5	5,5
La Rioja	9,4	18,1	6,9	15,7	9,0	12,1	14,0	11,8	11,6	6,5
Salta	6,9	19,0	3,2	16,2	5,8	14,7	8,9	10,0	2,2	4,3
Sgo del Estero	9,0	14,0	7,9	14,2	8,2	9,1	10,6	10,1	8,5	3,8
Tucumán	6,0	18,5	4,8	15,7	5,0	8,2	6,8	9,4	8,8	4,9
<b>NORDESTE</b>	9,1	14,4	6,6	10,1	9,9	11,5	11,5	7,7	6,4	3,3
Corrientes	11,5	20,9	6,2	12,5	7,7	12,6	9,4	8,0	6,4	5,2
Chaco	11,6	11,3	8,9	6,3	13,4	9,1	13,9	8,6	8,4	3,4
Formosa	2,4	8,1	5,2	9,1	3,4	6,0	5,7	5,7	2,0	1,5
Misiones	6,2	12,6	5,4	12,2	12,0	15,9	14,1	7,2	6,1	2,0
<b>PATAGONIA</b>	8,6	20,2	7,8	13,9	10,8	9,6	14,6	5,6	12,6	1,7
Chubut	12,9	22,3	12,0	15,3	15,4	11,2	12,1	5,5	13,2	0,7
Neuquén	7,6	20,1	6,7	13,7	8,4	8,5	13,4	5,2	10,5	3,0
Río Negro	4,9	20,4	5,4	15,3	9,4	8,5	17,5	4,5	14,2	1,3
Sta Cruz	8,9	15,8	5,6	7,6	7,7	10,2	16,8	10,0	10,2	2,2
Tierra del Fuego	14,4	19,9	10,5	15,7	15,1	11,4	10,0	5,1	10,9	3,1
<b>CUYO</b>	7,3	17,1	7,6	13,1	9,9	10,6	15,2	6,4	10,0	1,4
Mendoza	6,5	17,3	8,2	13,7	10,4	11,0	16,4	5,5	11,6	1,5
San Juan	7,5	17,1	7,1	12,5	10,3	12,3	14,4	9,9	3,5	0,6
San Luis	10,0	16,3	6,7	12,3	7,6	6,4	11,5	3,9	12,6	2,2
<b>TOTAL</b>	8,5	18,8	6,3	11,8	9,6	9,9	13,3	6,9	10,5	2,2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

## 1.2. Alertas

Las cifras de los gráficos que anteceden muestran que en nuestro país el problema del consumo de alcohol es altamente relevante: **poseemos un alto índice de consumo episódico intenso en hombres y también una alta prevalencia de consumo en mujeres**. En el contexto de las Américas y, al interior de nuestro país, todos los registros por prevalencia de consumo de vida, por regiones o por jurisdicciones se mantienen muy altos. Por lo tanto, si consideramos el panorama que nos presentan estos datos y las consecuencias para la salud que se asocian al uso nocivo de alcohol, nos encontramos ante un serio problema para la Salud Pública.

A partir de plantear la gravedad que reviste el *uso nocivo de alcohol*, y la necesidad de un abordaje integral del mismo, creemos que los equipos de salud o equipos comunitarios deben trabajar a partir del análisis de los datos que surjan en cada provincia y en sus áreas de responsabilidad.

Consideramos oportuno señalar que este análisis es parcial. No podría ser de otro modo, dadas las características de los estudios, que sólo nos muestran partes, a falta de datos completos sobre el problema. En este sentido, creemos necesario trabajar para la obtención de datos que, cuanto más cercanos estén de la realidad local, serán más relevantes y significativos.

Pero como ya dijimos, estas cifras en partes muestran que **el problema existe y que precisa de la atención de quienes diseñan y ejecutan políticas y acciones de salud**. Sobre todo cuando se ha tomado nota de que esta problemática es poco visible, por diversos motivos y se encuentra subregistrada.

Es necesario entonces, indagar acerca de cuáles son los obstáculos para su registro y avanzar en la comprensión de cuáles son las dificultades que los equipos de salud tienen para intervenir -de algún modo- en este extendido problema. Así, tal vez sea posible pensar en escenarios que posibiliten un abordaje de índole participativa, dónde el protagonismo de la comunidad constituya una prioridad.



### ACTIVIDAD

Las cifras que hemos presentado hasta aquí dan cuenta de la dimensión del problema del uso nocivo de alcohol en nuestra región (América Latina) y en las diferentes regiones dentro de nuestro país.

El modo que utilizan estos estudios para *medir* o estimar esta problemática, es identificar cuántas personas han consumido alcohol al menos alguna vez en la vida y cuántas personas han registrado al menos un episodio de consumo *intenso* (cinco tragos o más en una ocasión) en los últimos 12 meses. Ambos registros se diferencian para hombres y para mujeres.

1. Desde tu punto de vista -retomando los datos que utilizaste en la actividad anterior y utilizando el conocimiento que tenés del área programática por trabajar allí-, en la comunidad que atiende tu CS:

- ¿es habitual que todos los jóvenes y adultos hayan *probado* o *consumido* alcohol al menos una vez en su vida?
- ¿existen episodios de consumo intenso (cinco o más tragos en una ocasión) en los jóvenes o en los adultos?
- ¿cuánto y en qué ocasiones suelen beber los hombres?, ¿y las mujeres?

2. Te sugerimos que compares tus opiniones con la de otros integrantes del equipo de salud.

Si se toman en cuenta las respuestas a esta actividad y las respuestas formuladas para la actividad anterior, ¿consideran que en la comunidad que atiende el CS el uso nocivo de alcohol constituye un problema de salud pública?, ¿sí?, ¿no?, ¿por qué?

## 2 - Cifras relacionadas con la producción de bebidas alcohólicas

Muchos autores han mencionado que el problema del uso nocivo de alcohol no puede analizarse sin considerar el desarrollo de la producción de bebidas alcohólicas y su impacto en la economía de los países.

Al respecto C. Verruno<sup>18,19</sup> expresa:

*“Durante las últimas décadas, y más exactamente a partir del período de la post-guerra, la población mundial vio aumentar año tras año la producción del alcohol a través de las bebidas de uso corriente.*

*Transcurrieron varios años más para esclarecer la real situación en los países desarrollados, que observaron un notable incremento en el consumo del mismo. No pasó sino un poco de tiempo más para consolidar los impactos que acusaban el exceso de la bebida en todos sus campos, transmitiéndose, años más tarde, al resto del mundo (...)*

*Poco tiempo más transcurrió para que a la cantidad de alcohol producido se le sumase la diversificación de calidades, resultando aún más tentadora la oferta, pudiéndose ingerir alcohol, a cualquier hora y en cualquier lugar; solamente debía disponerse del dinero necesario para ello. (...)*

18. VERRUNO, C.: Alcoholismo, Cap. 3, Modulo 4, PRONAP, 2001. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

19. En los textos presentados se ha alterado el orden en que los párrafos aparecen en el original. La alteración del orden de los párrafos es responsabilidad de las editoras de este material.

En lo que respecta a nuestro país, este autor comienza describiendo el lugar que el alcohol tiene en la sociedad, a fin de poder explicar las diferencias y modificaciones que se han sucedido en el consumo a lo largo del tiempo<sup>20</sup>.

*“(...) es difícil ubicar a un país con una variedad cultural tan importante como es el caso de Argentina, si bien puede hacerse una ubicación provisional especialmente de los habitantes de Buenos Aires (...) por el fuerte rasgo itálico - español de sus costumbres, que pautan un beber alimentario, no farmacológico. El vino es parte de la mesa familiar, se toma desde temprana edad sujeto a un cuidadoso control paterno. La embriaguez no es tolerada y el individuo que transgrede esta norma es rechazado. Estas modalidades de ingestión como resultado de lo que determinada formación social establece como tolerable para un período dado, son las que explican las diferencias y cambios del consumo alcohólico (...)”*

Finalmente, considera la evolución del lugar que el alcohol ha tenido manifestando que los medios masivos de comunicación han jugado en ello un papel decisivo<sup>21</sup>.

*“(...) Desde 1980, se observa un cambio en la tendencia del consumo vínico, dentro del seno familiar, por un hábito más desordenado relacionado con bebidas de alto contenido alcohólico que, junto con la cerveza, modifican pautas culturales de nuestra población, bebiendo en cualquier momento y a cualquier hora. Dicho cambio conductual esta dado, principalmente, por el efecto perjudicial de la propaganda y persuasión difundida a través de los medios masivos de comunicación, ligando la ingestión de bebidas alcohólicas al poder y al éxito constante. Los jóvenes adhieren rápidamente -junto a la mujer- al consumo de bebidas claras de aromas frutados, como la cerveza, los vinos blancos gasificados y ciertos tragos de fantasía.”*

A continuación, el Gráfico 6 nos muestra la evolución de la producción de alcohol en nuestro país. En él se presentan por segmento (destilados, cerveza y vino), los datos de producción en litros corrientes (la bebida que se produce y se vende) y litros absolutos de alcohol (la cantidad absoluta de alcohol que contienen esas bebidas que fueron producidas y vendidas) en 1980 y entre 1990 y 1998.

El autor utiliza el título de “Consumo *aparente* de alcohol en la Argentina” para titular el cuadro, lo que nos permite suponer que –en consonancia con la idea ya presentada en el primer apartado de este capítulo *Los datos de un problema poco visible*- el autor duda de la fiabilidad de los datos estadísticos.

20. VERRUNO, C.:  
Obra citada.

21. VERRUNO, C.:  
Obra citada.

**Gráfico 6: Consumo aparente de alcohol en la Argentina**  
 Producción de bebidas alcohólicas en la Argentina por segmento (destilados,  
 cerveza y vino). Año 1980 y período 1990/98  
 Expresados en litros corrientes y litros de alcohol absoluto

Año	Destilados		Cerveza		Vinos		Totales	
	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos	Litros corrientes	Litros absolutos
1980	92.860.441	40.858.594	228.131.800	11.406.590	2.348.997.500	270.134.713	2.669.989.741	322.399.897
1990	51.533.085	22.674.557	616.979.700	30.848.435	1.403.630.000	161.417.450	2.072.132.785	419.010.442
1991	65.651.676	28.886.737	797.752.300	39.887.615	1.450.027.200	166.753.128	2.313.431.176	235.527.480
1992	74.507.723	32.783.398	951.532.800	47.576.640	1.435.074.500	165.033.568	2.461.115.023	245.393.606
1993	80.127.965	35.256.305	1.030.515.200	51.525.760	1.447.084.200	166.414.683	2.557.727.365	253.196.748
1994	77.676.632	34.177.718	1.127.233.000	56.361.650	1.817.291.000	208.988.465	3.022.200.632	299.527.833
1995	67.652.370	29.767.043	1.042.323.100	52.116.155	1.644.305.500	189.095.133	2.754.280.970	270.978.331
1996	72.438.158	31.872.790	1.028.743.100	51.437.155	1.268.100.600	145.831.569	2.369.281.858	229.141.514
1997	76.441.583	33.634.297	1.083.373.400	54.168.670	1.350.029.200	155.253.358	2.509.844.183	243.056.325
1998	73.121.374	32.173.405	1.061.651.200	53.082.560	1.667.338.200	145.743.893	2.402.110.774	230.999.858

Fuente: Programa CUIDA (Control del Uso Indebido del Alcohol). Ministerio de Salud y Acción Social. Sobre datos suministrados y validados por la Cámara Argentina de Destiladores Licoristas, la Cámara de Productores y Destilados del Whisky, la Cámara de la Industria Cervecería Argentina, la Asociación Vitivinícola Argentina y el Instituto de Vitivinicultura.

El cuadro que antecede clasifica las bebidas alcohólicas según su tipo y forma de elaboración en destilados, cervezas y vinos. Esta clasificación, además, se expresa en diferentes grados alcohólicos. El *grado alcohólico* se establece determinando el porcentaje de etanol que la bebida contiene. Así una bebida de grado alcohólico 40° contiene 400 ml de alcohol puro por litro.

Para el *Código Alimentario Nacional* -compatibilizado con el MERCOSUR- son bebidas alcohólicas aquellas que tengan un grado (GL) mayor de 0,5%. Las bebidas cuyos datos se presentan en el cuadro mencionado contienen el siguiente porcentaje alcohólico:

Destilados	50%
Cervezas	5%
Vinos	10%

Es de notar, que a pesar de que los comentarios previos indican un aumento en la producción y el consumo de bebidas alcohólicas a nivel general, el cuadro que presenta el autor, sólo muestra un real aumento en la producción de litros corrientes y litros absolutos de cervezas, que se *quintuplica*, ya que el resto de los valores (destilados y vinos) tienden a descender de un extremo (1980) a otro (1998) de la tabla. ¿Debemos interpretar estos datos vinculándolos con el abaratamiento comparativo de la cerveza como producto de consumo, la masificación de la publicidad para ese sector de bebidas y el descenso de la edad en que los jóvenes comienzan a beber? Es una de las lecturas posibles.

Esta tendencia resulta confirmada por las conclusiones de la *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008* del INDEC, donde puede observarse que 10 años después (2008) la cerveza sigue siendo la principal protagonista, ya que dicho estudio continua registrando en todos los grupos -según educación e ingreso- a la cerveza como el tipo de alcohol más utilizado entre la población con consumo.

C. Verruno también hace una breve descripción de la situación socio-epidemiológica y califica la prevalencia y distribución del uso nocivo de alcohol como en *continuo aumento*. Cuando se refiere a la estimación del número de *bebedores problema* en números absolutos, califica a sus propias fuentes como *Cifras oscuras medias*<sup>22</sup>, poniendo nuevamente en evidencia sus sospechas sobre la fiabilidad de las cifras y abonando nuestra primera hipótesis de este capítulo acerca del subregistro del problema.

Los datos que el autor presenta están basados en los del censo realizado en 1991. Según estos datos existían en ese momento un total de 2.500.000 personas afectadas por la problemática del uso nocivo de alcohol (adultos mayores de 15 años), sin contar al grupo familiar afectado indirectamente. Los afectados representaban el 12% de la población mayor de 15 años y se distribuían del siguiente modo<sup>23</sup>:

7%	Bebedores excesivos sintomáticos regulares
5%	Dependientes físicos (alcoholistas)

A los mencionados problemas de subregistro y datos incompletos, este autor suma la cuestión de los cambios en los hábitos de consumo en las últimas dos décadas.

Esto nos señala que como toda problemática multideterminada, el consumo de alcohol sufre permanentes cambios que deben ser atendidos para comprender su generación, su variación y para emprender cualquier abordaje.

Además, este autor trae a la discusión sobre este problema el papel de la economía y de la producción de bebidas alcohólicas, como uno de los fenómenos económicos, pero también culturales (propaganda). Estos nuevos temas muestran que no es posible pensar al uso nocivo de alcohol como un problema sólo "de salud", ya que en su desarrollo participan diferentes dimensiones que van mucho más allá del individuo y su entorno familiar. Para decirlo de otro modo:

22. Aunque el título da cuenta de las dudas que se extienden sobre los datos epidemiológicos hallados sobre los números de bebedores, decidimos incluir toda esta información por tratarse de datos sobre nuestro país que nos muestran un panorama relativamente cercano del que partir.

23. Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades, DSM IV y la Clasificación Internacional Síndrome de Dependencia del Alcohol. En VERRUNO, C.: Obra citada.

- ¿Cuánto hace el desarrollo de la industria alcoholera y de la propaganda para producir *alcohólicos*?
- ¿Cuánto colabora un sistema de producción, que deja importantes franjas de la población marginadas del mundo del trabajo, para impulsar el *consumo nocivo de alcohol*?

Los antropólogos A. González y S. Wallace en un estudio realizado en la Cervecería Quilmes sobre la relación entre la industria cervecera y el proceso de alcoholización<sup>24</sup> plantean algunas cuestiones en relación a este punto.

Los autores manifiestan que uno de los datos fundamentales a tener en cuenta respecto del consumo de alcohol, apunta directamente a la industria cervecera, que ha sido una de las pocas industrias que incrementó notablemente su producción y mantuvo un crecimiento sostenido en el tiempo (contando un período de por lo menos 10 años ya que el estudio, realizado en 1987, hace referencia al período que va de 1977 a 1987). Esto significa, que el proceso de concentración y centralización de capital de esta industria se ha intensificado. Dicha expansión, señalan, se ha realizado a expensas de la industria vitivinícola, observándose estadísticamente un claro avance de la cerveza y un retroceso del vino en las preferencias del mercado nacional. En la actualidad, puede decirse sin dudas, que la producción de cerveza ha superado los niveles históricos.

En lo que respecta a la venta de cerveza, las cifras nos indican que en el transcurso de 5 años (1981 a 1986) aumentó de 2 millones de hectolitros a más de 5 millones de hectolitros. Consecuentemente el consumo *per cápita* también evolucionó en relación al aumento de la producción, ocupando la cerveza el tercer puesto detrás del vino y las gaseosas, es decir que ha ascendido en la escala de preferencias de los argentinos: en un período de 9 años, entre 1978 y 1987, el consumo per cápita pasó de 6,69 litros a 18,49.

Por último, otro dato a tener en cuenta en esta cuestión, es la influencia ejercida por la publicidad en el cambio de los patrones de consumo de alcohol a favor de la cerveza, donde los grupos cerveceros invierten importantes sumas de dinero: *“Las razones que se invocan respecto a los cambios en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas se asocian con cuestiones generacionales ya que la juventud prefiere cerveza en una proporción mayor. Pero también se vincula a la propaganda muy intensa y al relativo bajo costo del producto”*<sup>25</sup>

Se hace de este modo una referencia explícita al papel que tiene y ha tenido la campaña publicitaria -que por cierto ha sido bastante intensa- en los últimos tiempos.

Para tener una idea más clara recurrimos a los números que los autores nos acercan: se calcula que en el año 1987 se invirtieron 365 millones de dólares en publicidad en nuestro país, de los cuales un 3,3% corresponde al sector de bebidas alcohólicas.

24. GONZÁLEZ, A. y WALLACE, S.: Industria cervecera y proceso de alcoholización: El Caso de la Cervecería Quilmes. En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario. N° 51, 1990.

25. GONZÁLEZ, A. y WALLACE, S.: Obra citada.

## 3 - Identificación de los grupos vulnerables

En algunos estudios que se han realizado a nivel nacional, C. Verruno<sup>26</sup> plantea cuáles son los grupos etarios vulnerables y las variables a tener cuenta para analizar la prevalencia del consumo.

Sus conclusiones pueden sintetizarse del siguiente modo:

**“Prevalencia. Grupo etario principalmente afectado.**

- Hombres trabajadores de 25 a 59 años con tasa de prevalencia ajustadas a edad y sexo de 29 a 54 años (grupo de alto riesgo). Tanto en áreas urbanas como rurales (obrando factores diversos). No hay diferenciación (en términos generales) por status social, afectando igualmente todos los estratos de la pirámide, nivel ejecutivo, nivel de conducción, nivel operatorio (beben entonces: presidentes, gerentes, profesionales, empleados y operarios).
- Debe destacarse que el entrecruzamiento de variables como zona geográfica, trabajo, educación y oferta de los servicios de salud afecta la tasa de prevalencia en forma notable.

**Incidencia (casos nuevos)**

- Predominio de casos nuevos afectados especialmente a partir de grupos juveniles (púberes y adolescentes) desde 12 años en adelante, junto a otros consumos tóxicos.
- Aumento significativo del consumo excesivo en mujeres jóvenes y fértiles, con el riesgo de producción del Síndrome Alcohólico Fetal.
- Incremento del abuso de bebidas alcohólicas en mayores de 65 años confinados a situaciones de aislamiento, ligados a otros factores sociales nocivos productores de depresión y enfermedad social.
- Actualmente junto a los trabajadores en actividad, los adolescentes y mujeres constituyen grupos de alto riesgo a padecer esta enfermedad (...)”<sup>27</sup>

Es de notar que este autor menciona como grupo vulnerables a los niños bebedores que oscilan desde los 12 a los 15 años, hecho que le da motivo a recomendar la inclusión de este grupo en próximos estudios como grupo de *alto riesgo*.

26. VERRUNO, C.:  
Obra citada.

27. Nótese que los datos eran actuales al momento de la escritura del artículo: Año 2001.

28. MIGUEZ, H:  
Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina. Vol. 46/ N°3. Septiembre de 2000.

### 3.1. Grupos juveniles (Los más jóvenes...)

Otra fuente que hemos considerado para conformar este cuadro de situación epidemiológica respecto del uso nocivo de alcohol son los datos presentados por H. Miguez<sup>28</sup> relevados en el año 2000:

**Gráfico 7: Tasas de prevalencia del consumo de sustancias adictivas en la vida y en los últimos 30 días, en la población de 16 a 64 años**  
**Porcentajes ponderados Argentina 1999**

Sustancia	Prevalencia de consumo					
	en la vida			últimos 30 días		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Alcohol	63.45	36.65	91,4	78,8	54,4	66,2
Tabaco	36.12	18.48	67,0	45,6	34,4	39,8
TOTAL Drogas sociales	38.17	8.86	80,3	81,0	62,6	72,5

Como dato significativo este cuadro muestra que la prevalencia de consumo de alcohol en la vida es alta, pero, ese dato se hace mucho más significativo cuando se constata que la prevalencia de consumo medida en los últimos 30 días, que muestra una diferencia de 25.2 puntos en porcentaje, sigue siendo alta. Esto evidencia la persistencia de un hábito de consumo cotidiano que es considerado de riesgo. En la próxima tabla encontramos el detalle, por sexo y edad, de los valores de prevalencia de abuso y dependencia al alcohol en los últimos 30 días.

**Gráfico 8: Tasas de prevalencia de abuso y dependencia al alcohol según variables seleccionadas. Población 16-64 años**  
**Porcentajes ponderados Argentina 1999**

	Sexo			Grupos de edad				NES*	
	TOTAL	Masc.	Fem.	16-24	25-34	35-49	50-64	Bajo	Medio-alto
Abuso de alcohol en los últimos 30 días	6,6	11,9	1,6	11,0	6,4	5,7	2,8	8,1	4,3
Síndrome de dependencia al alcohol en personas que bebieron en el último año	4,3	6,7	1,7	7,0	6,0	3,3	2,0	5,1	3,1

\*NES: nivel socioeconómico

Dice el autor, “(...) El consumo de alcohol fue expresado (...) convirtiendo las cantidades y bebidas mencionadas por los encuestados a unidades equivalentes, aproximadamente, a 9 gramos de alcohol absoluto. A partir de lo cual el abuso, definido como una ingesta de bebida mayor a los 70 gramos de alcohol absoluto diarios, alcanzó en los últimos 30 días anteriores a la encuesta el 6,6% de la población de 16 a 64 años. El perfil general del abuso en el mes anterior a la encuesta corresponde a un grupo predominantemente joven en situación de relativa vulnerabilidad social (educación y situación económica precaria). Por otra parte, (...) el síndrome de dependencia, presente en el 4,3% de la población que bebió en el último año, mantiene un perfil similar al del abuso (...)” La prueba de bebidas alcohólicas se sitúa en los 17 años de edad promedio (...) El estudio señala que, en los treinta días anteriores a la encuesta, un 66,2% de los entrevistados había consumido alguna bebida alcohólica. Sin embargo, considerando la fuerte influencia de una cultura europea que integra vinos y otras bebidas al patrón alimentario cotidiano, la bebida problemática se visualiza sólo cuando se apela a indicadores más específicos. Este es el caso del abuso y la dependencia que alcanzan a un 8,4% de entrevistados. Es decir 1.600.000 personas, que bebieron en el último mes, dentro de alguna de estas situaciones, significaron riesgo para sí y para otros como resultado de una ingesta problemática. Un grupo en el que predominaron los más jóvenes, con menor educación y, con frecuencia, en situaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica (...)”<sup>29</sup>

H. Miguez nos acerca otro costado de la problemática: los grupos vulnerables, y en ellos la franja etaria que va de los 12-16 años hasta los 24 parece ser un segmento de la población al que hay que atender prioritariamente, sobre todo si se trata de varones de nivel socioeconómico bajo.

Cuando decimos *atender*, nos referimos a abordar el problema en términos de prevención, y no sólo en términos de advertencia o punición, no podemos seguir horrorizándonos con lo que pasa. Nosotros, nuestros congéneres, el Estado, todos somos responsables de pensar el mejor modo de trabajar en este problema y de encarar seriamente la tarea.

Ya se dijo, el problema es complejo, nuestra juventud es -por su misma edad y situación social- un grupo vulnerable, no los dejemos solos.

El autor citado plantea la necesidad de contar con un estudio a nivel nacional que se desarrolle en paralelo con un abordaje del problema:

“(...) El estudio nacional abre interrogantes concretos y también implica la revisión y evaluación de las prioridades que se han definido en las estrategias aplicadas en los últimos años. Confirma la importancia de que un programa científico de prevención pueda partir acompañado desde el inicio de un programa de investigación. Y, también, de que ese programa de investigación cuente con la participación necesaria de la propia comunidad en el análisis de sus problemas y en el diseño de las respuestas.”<sup>30</sup>

29. MIGUEZ, H.:  
Obra Citada.

30. MIGUEZ, H.:  
Obra Citada.

## 3.2. Síndrome Alcohólico Fetal

H. Miguez<sup>31</sup> plantea -con gran preocupación- que en lo que a incidencia se refiere, ha habido un *aumento significativo del consumo excesivo en mujeres jóvenes y en edad fértil*, con el gran riesgo que este aumento conlleva en la producción del Síndrome Alcohólico Fetal.

El **síndrome alcohólico fetal (SAF)**<sup>32</sup>, definido por primera vez en el año 1957 es un trastorno permanente provocado por la exposición del embrión y del feto al alcohol ingerido por la madre durante el periodo de gestación.

Su diagnóstico clínico reposa invariablemente en elementos semiológicos, el conjunto nuclear de las manifestaciones de dicho síndrome se dan en el contexto de una madre bebedora de alcohol durante la gestación:

- a) el retraso del crecimiento intrauterino y extrauterino,
- b) un dismorfismo facial característico,
- c) anomalías morfofuncionales del neurodesarrollo en el Sistema Nervioso Central (SNC).<sup>33</sup>

Se requiere una atención especial en los controles del embarazo tanto como en las actividades donde el equipo de salud interactúa con la comunidad dentro o fuera del CS, en especial, cuando se trata de adolescentes y jóvenes. El primer nivel de atención es por lo tanto, desde donde mejor podemos trabajar en la prevención de estos problemas de salud y sus consecuencias.

El alcoholismo materno-fetal es un hecho bastante ignorado en relación a la importancia que tiene en la génesis de un amplio espectro de enfermedades neuropsiquiátricas del niño, el adolescente y el adulto. *Un gran número de niños (...) no logran desarrollar completamente su potencialidad mental y social como individuos plenamente libres. Con frecuencia, padecen diferentes déficit cognitivos, atencionales, mnésicos y afectivos. No raramente se ven involucrados en conductas antisociales o tienen problemas escolares y laborales.*<sup>34</sup>

Prevenirlo eficazmente depende del trabajo que pueda realizar el equipo comunitario con las madres, sus familias y allegados, sobre los daños que acarrea el consumo de alcohol durante el embarazo.<sup>35</sup> Conocer el panorama de la problemática a partir de los datos que nos brindan las estadísticas, permite evaluar cuáles son los alcances del mismo, valorar su modo de presentación en cada grupo, en cada comunidad y pensar en las mejores - más óptimas y adecuadas- estrategias para su abordaje integral.

31. MIGUEZ, H.:  
Obra Citada.

32. El grupo de trastornos a los que se denomina trastornos del espectro del alcoholismo fetal (FASD, sigla en inglés de fetal alcohol spectrum disorders) engloban, por un lado, a los casos puros de FAS y, por el otro, a lo que primeramente se denominó efectos del alcoholismo fetal (FAE, sigla en inglés de fetal alcohol effects) y que hoy se desglosa en trastornos congénitos relacionados con el alcohol (ARBD, sigla en inglés de alcohol-related birth defects) y trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND, sigla en inglés de alcohol-related neurodevelopmental disorders). En *Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal*. Dr. S. Gustavo Evrard, Archivos Argentinos de Pediatría, 2010.

33. EVRARD, S.G.: Obra citada.

34. EVRARD, S.G.: Obra citada.

35. EVRARD, S.G.: Obra citada.  
Algunos estudios mostraron que pequeñas cantidades de alcohol (típicamente, una medida por día) durante el embarazo puede no ser riesgoso para el feto a las mujeres embarazadas, sin embargo usualmente se les recomienda la **abstinencia total**. El resultado es nuestro.



## ACTIVIDAD

Para finalizar, te sugerimos completar las opiniones de las actividades anteriores con la indagación acerca de como es la situación de ingesta de alcohol en la comunidad con que trabajás desde el CS y reflexionar sobre ello. Esta es una tarea ideal para realizar en equipo, pero, antes de definir entre todos qué harán, te proponemos que te tomes un momento para pensar qué cuestiones relevarías, antes de llevarlas a la reunión para compartirlas con otros.

1. Por ello, te recomendamos que escribas todas las preguntas que se te ocurran o la cuestiones que te parece hay que tener en cuenta y averiguar para llevarlas a la reunión con tu equipo y allí, construir en conjunto el relevamiento que realizarán.

2. Luego, cuando te reúnas con tu equipo pueden ser útiles algunas de estas preguntas/reflexiones:

- En tu comunidad:
  - a. ¿Será importante relevar todos los grupos etarios y de genero?
  - b. ¿Será mejor definir relevar prioritariamente los grupos que pueden ser considerados vulnerables (jóvenes, mujeres embarazadas, hombres desocupados, personas mayores que viven solas, etc.)?, ¿qué otros criterios para priorizar habría?
  - c. A largo plazo, el CS, ¿puede relevar la situación de todos los grupos etarios y de género?, ¿cómo podría hacerlo? ¿qué rol jugaría la comunidad en ese relevamiento?
  - d. Para realizar este relevamiento, ¿será suficiente pensar preguntas y simplemente “salir a formularlas”?, ¿necesitarán las personas que salgan a formular preguntas alguna preparación previa?

A decorative border composed of a repeating pattern of small, interlocking triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

# Unidad 3

Conceptualizaciones acerca  
del Uso Nocivo de Alcohol

# Conceptualizaciones acerca del Uso Nocivo de Alcohol

## Introducción

En muchos de los textos que abordan el **uso nocivo de alcohol** es posible reconocer una modalidad de conceptualizar el problema, que –con la mejor intención científica- se desliza rápidamente hacia el prejuicio y la valorización. Así, es común leer o escuchar en textos científicos afirmaciones como las que siguen:

*“Los alcohólicos lucen como hombres derrotados por la bebida ...”*

*“Cuando la enfermedad está muy avanzada, estos enfermos presentan graves perturbaciones orgánicas y psíquicas, que afectan su trabajo y vida social...”*

*“El alcoholismo es actualmente un problema de todas las clases sociales ...”.*

*“El enfermo alcohólico bebe para olvidar sus problemas ... Otros beben cantidades importantes de alcohol porque dentro de su medio ambiente ello es costumbre y hábito...”*

*“El alcohólico puede recuperarse si se somete a un adecuado tratamiento médico-social”*

Estas frases concentran algunas ideas asociadas al problema habitualmente llamado **alcoholismo**.

En primer lugar, se presume que este problema es *visible* en las personas que lo padecen, afirmación que probablemente no alcance a otras afecciones.

En segundo lugar, supone que estos sujetos *han perdido una batalla contra la bebida*.

En tercer lugar, si actualmente este es un problema de todas las clases sociales es porque en algún momento lo fue privilegiadamente de alguna, y no de otras. De modo que, se encuentra *ligado* –al menos en su historia o en otros tiempos-, privilegiadamente, a alguna clase social.

Estas frases son parte de una conceptualización que, si bien concibe al alcoholismo como una enfermedad, reconoce que su tratamiento no puede ser sólo médico y reclama un *“tratamiento social”*.

En esta misma línea dicen Menéndez, E. y Pardo, R.<sup>1</sup>:

*“Cuando los médicos piensan al alcoholizado, lo piensan a partir de un sujeto de sexo masculino, perteneciente a estratos socioeconómicos bajos, con frecuencia migrante rural, que se caracteriza por la situación de desempleo intermitente, cuyas ocupaciones son manuales y no calificadas, y muchas veces relacionadas con la industria de la*

1. MENÉNDEZ, E. Y PARDO, R.: De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Editado por CIESAS. México, 1996.

*construcción. Los albañiles aparecen ante la mirada del médico, y de varios conjuntos sociales (...), como sujetos entrañablemente relacionados con el consumo de alcohol. El alcoholizado también es caracterizado por su bajo nivel de escolaridad y por una situación de marginalidad urbana. Su condición patológica se expresaría en los frecuentes períodos de ebriedad, en las constantes recaídas, en la negación u ocultamiento de su alcoholismo y en su afán por evitar la atención médica. La representación dominante considera a este individuo como inestable tanto en términos económicos como afectivos, lo que se manifiesta en dos conductas recurrentes: no dar dinero para el gasto de su hogar y desencadenar frecuentes episodios de violencia intrafamiliar. Con este sistema de representaciones técnicas los médicos (...) detectan, diagnostican y tratan al alcoholizado.”*

Es nuestra intención en este apartado, avanzar desde este tipo de conceptualizaciones hacia otras, donde el uso nocivo de alcohol pueda perder su carácter de mera enfermedad en el ámbito de la salud y, la búsqueda de la comprensión del fenómeno dé lugar a la consideración de otras variables en su generación.

A continuación, ese intento.

## 1 - La visibilización de viejos temas

Para conjurar aquello que las conceptualizaciones sobre el uso nocivo de alcohol tienen (o pueden tener) de prejuicioso, nos proponemos profundizar nuestra mirada sobre el problema.

En este camino hemos elegido partir de los trabajos conceptuales de E. Menéndez. Este autor nos presenta un *modelo de análisis* que revela y afirma que el problema del uso nocivo de alcohol debe ser entendido, analizado y trabajado desde una perspectiva que tenga en cuenta diferentes *dimensiones*.

Su conceptualización acerca del alcoholismo y la alcoholización tiene la virtud de mostrarnos que se trata de un *problema complejo, multideterminado*, donde las mismísimas lecturas -que la ciencia médica y las teorías sociales han ido construyendo sobre él- juegan un papel no menor; que hace que hoy, su comprensión sea un entramado de visiones y prejuicios instalados en calidad de dudosos *saberes*.

El punto de partida es, que tanto el *proceso de alcoholización* como el *alcoholismo* constituyen uno de los problemas socio-epidemiológicos de mayor envergadura en Latinoamérica, y que, para emprender un análisis minucioso del mismo, es necesario explicitar y diferenciar términos tales como alcohol, alcoholismo y alcoholización.<sup>2</sup>

2. MENÉNDEZ, E.:  
Antropología del  
alcoholismo en México.  
Ediciones de la Casa  
Chata-México, 1991.

## 1.1. Alcohol, alcoholismo y alcoholización

El término **alcohol** hace referencia a “(...) una sustancia química caracterizada por una serie de propiedades cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones (...) económicas y sociales que generan los conjuntos (...) que lo utilizan”<sup>3</sup> Esta sustancia “(...) se produce por fermentación o destilación de diversos elementos (frutos, cereales, agave, leche. etc.) cuya graduación oscila generalmente entre 4° y 60°, aunque en el caso del alcohol fino puede llegar a los 96°. El etanol o alcohol etílico o alcohol potable (...) que puede ser ingerido y tolerado dentro de ciertos márgenes por el ser humano, puede tener efectos fisiológicos y generar algunos padecimientos (...) cirrosis hepática y algunas psicosis alcohólicas. Produce también una disminución de ciertas funciones psicomotoras, así como determinadas molestias en el estado general. No obstante esta sustancia **no genera directamente la mayoría de las consecuencias negativas que acompañan la ingestión de bebidas alcohólicas**<sup>4</sup> en la mayoría de los sujetos y grupos sociales. Gran parte de estas consecuencias, por ejemplo, las violencias, deben ser referidas a las características del sujeto y al contexto económico-político y sociocultural, y no al alcohol en sí.”<sup>5</sup>

Esta sustancia produce consecuencias patológicas tanto a nivel físico como psíquico en función de las características de su consumo, utilizándose habitualmente el término **alcoholismo** para aludir a tales consecuencias. En otras palabras, el término **alcoholismo** refiere a la enfermedad propiamente dicha. Dice E. Menéndez<sup>6</sup>: “(...) vamos a calificar como alcoholismo a las consecuencias negativas orgánicas, físicas y biopsíquicas generadas en forma directa por el consumo de bebidas alcohólicas (...) Integran esta categoría la cirrosis hepática de origen alcohólico y las psicosis alcohólicas, las intoxicaciones, las crudas o resacas. **Se excluyen todas las consecuencias generadas por el uso social y cultural de esta sustancia a nivel de sujeto o de grupo (...)**”

Por otra parte, se llama **complejo alcohólico** al: “(...) conjunto de consecuencias negativas ocasionadas **directa o indirectamente** por el consumo de alcohol. Se expresa a través de padecimientos físicos, orgánicos y mentales. Incluye todos los padecimientos señalados, así como una gama de consecuencias que varían según el contexto cultural y económico-político (...)”<sup>7</sup>. Para este autor, entonces, el **complejo alcohólico** describe un fenómeno mucho más amplio que el **alcoholismo**: “(...) una de las principales ‘consecuencias’ del consumo de alcohol son las violencias expresadas en accidentes, homicidios, agresiones físicas de muy diverso tipo hacia los otros y hacia uno mismo (...) el contenido de esta categoría se modifica en función del contexto y grupo analizado.”<sup>8</sup>

Esto quiere decir que, ciertos fenómenos asociados al consumo nocivo de alcohol (agresiones físicas y violencia, p.e.) aparecen en algunos contextos y grupos y en otros contextos sociales y grupos, pueden no encontrarse, o simplemente producir otros fenómenos.

En síntesis, estos autores encuentran, que **las consecuencias más negativas, no provienen del alcohol en sí**: fenómenos como el ausentismo laboral, la violencia, las muertes y la identificación de determinados grupos, clase social o etnia con el consumo de alcohol, no pueden caracterizarse como productos directamente derivados del alcohol, sino como **condiciones construidas socialmente en relación a**

3. MENÉNDEZ, E.: Obra citada.

4. El resaltado es nuestro.

5. MENÉNDEZ, E.: y PARDO, R.: De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Editado por CIESAS- México, 1996.

6. MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: Obra citada.

7 y 8. MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: Obra citada. El resaltado es nuestro.

**su consumo.** Dichas construcciones, se generan a partir de relaciones económicas, ideológicas y políticas que, en realidad, *instrumentan* el uso de alcohol.

En esta línea de pensamiento, el término **alcoholización** permite situar la ingesta en un proceso que la instituye y le otorga una funcionalidad específica, o lo que es lo mismo, le da un sentido y un contenido, un *argumento*.

A este proceso, que le otorga sentido al consumo de alcohol dentro de una determinada sociedad, conjunto social o grupo, el autor lo llama **proceso de alcoholización** y lo define como “(...) *los procesos económico-políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características dominantes del uso y del consumo de alcohol (incluyendo el no uso y no consumo) por sujetos y conjuntos sociales*”.<sup>9</sup>

El **proceso de alcoholización**, entonces, hace referencia a las *funciones sociales y consecuencias negativas y positivas* que cumple la ingesta de alcohol para los conjuntos sociales e implica *sólo parcialmente* el problema de la enfermedad física y mental.

Desde esta mirada, toda la sociedad -y no sólo los alcohólicos- está incluida en el problema: abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y dependientes participan (en el sentido de *son parte*) de esta construcción de sentido. Es por ello, que no se comprende el uso excesivo y/o nocivo si se mira el fenómeno únicamente en términos de salud y/o enfermedad mental y física.

Como es posible imaginar, en esta perspectiva, el **alcoholismo** forma parte y está incluido 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 sobre el **proceso de alcoholización** a la mirada sobre los alcohólicos denominados dependientes y excesivos tiene, por lo tanto, el inconveniente de asociar el fenómeno y su abordaje a una estricta consideración patológica (enfermedad), invisibilizando el modo en que los bebedores moderados y los abstemios también participan en los procesos económico-políticos y socioculturales que operan para establecer las características dominantes del uso y del consumo de alcohol, en un conjunto social determinado.

Utilizar el concepto de **alcoholismo** como una etiqueta, tiene -tanto a nivel de los conjuntos sociales, como de la práctica profesional- una connotación negativa, ya que sólo focaliza unilateralmente las consecuencias de la ingesta excesiva, desconociendo la **funcionalidad social** de la alcoholización y, reduciendo el fenómeno a un proceso de consumo en el cual se pierde de vista su contexto productivo, social e ideológico.

9. MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Editado por CIESAS. México, 1996.

## ACTIVIDAD

Si el proceso de alcoholización *hace referencia a las funciones sociales y consecuencias negativas y positivas que cumple la ingesta de alcohol para los conjuntos sociales, e incluye a toda la sociedad en el problema y no sólo a los alcohólicos dependientes o a los bebedores excesivos, moderados o abstemios*, significa que existe una *pauta compartida* por cada comunidad o sociedad respecto de los usos y sentidos, tanto del alcohol y su consumo, como del no uso del alcohol y no consumo.

Te proponemos que retomes lo que has producido en las actividades del apartado **El problema del uso nocivo de alcohol en números** y trates de develar –a partir de los relevamientos, registros y conclusiones- cuáles son las funciones (para qué) que el uso -o no uso- de alcohol tiene para tu comunidad.

He aquí algunos ejemplos de las pautas a develar:

- los jóvenes toman los fines de semana para “soltarse y divertirse”,
- las personas que están solas toman para “soportar la soledad”,
- las personas con problemas familiares toman “para olvidar los problemas”,
- los hombres sin trabajo “toman para no sentirse tan débiles y poco potentes”.

Te sugerimos que luego compartas esta producción con el resto de los integrantes de tu equipo de salud y aproximen entre todos cuáles son los *lugares* y los *sentidos* que el alcohol tiene en la comunidad con la que trabajan.



## 2 - Desarrollos teóricos y proceso de alcoholización

Varias son las disciplinas que se han ocupado del problema del alcoholismo y la problemática de la alcoholización: la *epidemiología*, la *antropología médica* y la *biomedicina* al menos, han indagado y construido desarrollos teóricos conocidos en las últimas décadas. Pero, debe reconocerse que el objeto y las estrategias de indagación, así como los supuestos sobre los que construyen teoría y sacan conclusiones cada una de estas disciplinas, es bien diferente.

Con respecto a la *perspectiva epidemiológica* E. Menéndez<sup>10</sup> señala que el problema del alcoholismo se observa *enmascarado y subregistrado*. Así, se encuentran registros de accidentes, episodios de violencia, suicidio, cirrosis hepática, síndromes pépticos, sangrados del tubo digestivo, cuadros que no llevan a los profesionales que los atienden a indagar sobre los posibles vínculos significativos entre estos cuadros y las pautas de consumo de alcohol.

En relación con la perspectiva médica este mismo autor acuña el término de *modelo médico hegemónico (MMH)* para referirse al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica”. Sus principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, mercantilismo, asimetría de poder, participación subordinada y pasiva del paciente, etc. Además, el autor destaca que el biologismo de este modelo se expresa en la práctica epidemiológica en rasgos como:

- estudiar la evolución de ciertos fenómenos en series históricas de corta duración, desinteresándose por su comportamiento a mediano y largo plazo;
- el uso desmedido de variables de determinación biológica (como sexo y edad) por sobre otras como ocupación, niveles de ingresos o estratificación social, para las cuales sólo existe una propuesta descriptiva que no da cuenta adecuadamente de su valor en la determinación social.

Por otra parte, el *enfoque de la antropología médica* se ha dedicado a conceptualizar el alcoholismo y a estudiar el papel cultural del alcohol a través de sus funciones simbólicas y sociales. El autor<sup>12</sup> también cuestiona esta perspectiva, por no tomar en cuenta la influencia de la dimensión epidemiológica y económico-política en su génesis.

En síntesis, podemos concluir que la *perspectiva biomédica* entiende unilateralmente al alcoholismo como un problema patológico, una enfermedad. El saber médico, según el autor, se ha mostrado ineficaz en la atención de este problema y 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 antropológica* por parte de la práctica médica, que implica no reconocer las funciones sociales y simbólicas del uso del alcohol que es posible incluir en la *mirada epidemiológica*.

## 2.1. Modelo Médico Hegemónico y proceso de alcoholización

El modelo médico no reconoce al alcoholismo como parte de un “(...) *proceso de alcoholización*” más amplio (...). A pesar de que en teoría el MMH reconoce que el alcoholismo es una enfermedad en la práctica los médicos tienden a negarlo,

10. MENÉNDEZ, E.:  
Morir de alcohol: saber y  
Hegemonía  
médica. Alianza  
Editorial Mexicana.  
Consejo Nacional para  
la Cultura y las Artes.  
México, D.F., 1990.

11. MENÉNDEZ, E.:  
Modelo Médico  
Hegemónico y Atención  
Primaria. Segundas  
Jornadas de Atención  
Primaria de la Salud.  
Buenos Aires, 30 de abril  
al 7 de mayo de 1988.

12. MENÉNDEZ, E.:  
Obra citada.

subregistrarlo 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.”<sup>13</sup>

La propia formación médica, así como la investigación, aparecen saturadas de procesos sociales no asumidos en sus implicancias ideológicas, ni en la reproducción social del sistema en el que operan. Es de destacar que cuando nos referimos al modelo hegemónico de atención nos estamos refiriendo a un modo de conceptualizar los problemas de salud que habitualmente comparten -no sólo los médicos sino- todos los integrantes del equipo de salud, cuya formación esta fuertemente influida por este modo de concebirla.<sup>14</sup>

La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional. La formación de los trabajadores de la salud ocurre habitualmente en asilos, orfanatos, cárceles, hospitales públicos para indigentes, cuarteles, etc. Sin embargo, ni la formación, ni la práctica médica toman la red de relaciones sociales e ideológicas que forma parte de su *contexto* para analizarlas objetivamente como tales, y tienden a pensar su práctica en términos exclusivamente técnicos e ideológicamente asépticos.

Estudios realizados sobre 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<sup>15</sup>, dejando al descubierto que las limitaciones del *Modelo de Atención Hegemónico* son de índole tanto técnica como ideológica.

Lo desconocido queda fuera del ámbito de la práctica. Así, dimensiones enteras que intervienen en este problema son dejadas de lado y no consideradas como parte del problema de salud y, junto con ellas, algunas situaciones íntimamente vinculadas al consumo como por ejemplo, el rol del alcohol en la generación de deudas y mantenimiento de relaciones laborales forzadas, como mecanismo de apropiación de tierras, como producto nocivo en función de su deficiente elaboración, como instrumento de discriminación.

No se trata de que no existan noticias de estas cuestiones, sino que la práctica médica, en general, las ignora. En nuestro país, W. Arrue y B. Kalinsky<sup>16</sup> trabajan desde hace tiempo con este problema y refieren que alrededor del consumo de alcohol en las comunidades indígenas mapuches - donde ellos desempeñan su tarea - existe lo que se da en llamar el *uso malicioso del alcohol* donde el vino se constituye como una forma de pago en el trabajo a destajo.

Otro ejemplo que ilustra a la perfección este uso del alcohol aparece citado en el trabajo de A. González y S. Wallace, donde una industria cervecera se sirve del alcohol para otorgar beneficios. En este caso, se trata de la entrega de alcohol -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, ya que constituye un plus salarial encubierto.<sup>17</sup>

13. MENÉNDEZ, E.:  
Obra citada.

14. Menéndez, E.:  
Jornada citada.

15. MENÉNDEZ, E.:  
Obra citada.  
Este libro es el primero de una serie de textos que analizan material etnográfico referido a representaciones y prácticas que médicos y otros agentes sociales y sanitarios tienen en relación al alcoholismo en México. En el presente texto se toman las representaciones y prácticas que médicos que desarrollan su tarea en el primer nivel de atención, considerado como decisivo para detectar los casos de alcoholismo, aplicar las primeras atenciones, generar mecanismos de prevención e impulsar actividades basadas en la participación social. A partir de este análisis se aspira a entender la racionalidad que los mismos aplican a los aspectos patológicos del proceso de alcoholización.

16. Las reflexiones de los autores son la consecuencia de una experiencia de Atención Primaria en Salud Mental. Publicado bajo el título: El alcohol, la cultura y la región: Visión local de las pautas actuales de consumo. En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario N° 42. Año 1987.

17. GONZÁLEZ, A. Y WALLACE, S.: Industria cervecera y proceso de alcoholización: El Caso de la Cervecería Quilmes, en Cuadernos Médicos Sociales de la asociación Médica de Rosario N° 51. 1990.

## 3 - Proceso de alcoholización y políticas estatales

Algunas dimensiones desde las cuales se ha analizado en los últimos años el tema del uso nocivo de alcohol apuntan al ámbito de las políticas estatales frente al proceso de alcoholización, planteándose en este sentido la necesidad de analizar *tanto las acciones como las no acciones del Estado*. Estos análisis enfocan la mirada sobre el incremento en la producción y consumo de alcohol en las últimas décadas y su relación con las políticas estatales económicas.

E. Menéndez menciona la evidente ambigüedad presente en la permisividad que opera para el sector productivo alcoholero, y su acceso a la publicidad por medios masivos, junto al poco interés dedicado a la fármaco-dependencia en lo que se refiere a programas prioritarios de salud y, la aún menor atención dedicada al desenvolvimiento del **proceso de alcoholización**.

Un informe emitido por la OPS plantea que el patrocinio y publicidad del alcohol en América constituye un gran problema que actúa en detrimento de la salud pública de todos, especialmente de los jóvenes y otras poblaciones vulnerables: *“Los patrocinios son una parte importante de la comercialización y promoción del alcohol y están diseñados para expandir el mercado, muchas veces dirigidos directamente a los jóvenes y otros grupos vulnerables”*<sup>18</sup>, afirma la publicación.

Es así, que no sólo se consiente que el beber alcohol se convierta en parte esencial de la vida social, sino que no se ponen trabas a la generación de percepciones positivas sobre su consumo. La publicación de la OPS señala que la situación del consumo de alcohol en la Región Latinoamericana y el vacío de políticas de real aplicación en los países, muestra la imperiosa necesidad de un enfoque consistente, comprehensivo y eficaz, para afrontar sus daños asociados. Por ello, el documento propone una base para la acción, integrada por los siguientes diez componentes:

1. Establecer mecanismos legislativos y reglamentarios para la producción y venta de bebidas alcohólicas.
2. Establecer un sistema impositivo adecuado para las bebidas alcohólicas.
3. Reglamentar o prohibir la publicidad o promoción de las bebidas alcohólicas.
4. Tratar el tema del manejo de vehículos en estado de ebriedad.
5. Integrar y difundir programas de prevención e identificación temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención.
6. Desarrollar sistemas de tratamiento accesibles, integrados en el sistema general de salud.
7. Desarrollar sistemas de información para monitorear el consumo y los daños del consumo excesivo del alcohol.
8. Aumentar la conciencia pública y el apoyo a políticas efectivas.
9. Apoyar y proveer recursos para acciones comunitarias.
10. Considerar al alcohol en los acuerdos comerciales como una mercancía especial

18. Publicación de la OPS: Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. 2007.

Otros autores suman sus voces respecto de la responsabilidad del estado en la limitación de la propaganda y comercialización de alcohol sin límites.

Dice J. Gervas<sup>19</sup>:

*“Las bebidas alcohólicas comportan un riesgo para los adolescentes que justifica la intervención pública específica para limitar su propaganda, comercialización y consumo en este grupo de población. Renunciar a dicha intervención es renunciar a defender la salud pública, sin lograr a cambio mayor libertad individual, sino mayor dependencia de una droga dura, con todas sus consecuencias.”*

En función de pensar un abordaje posible, afirma E. Menéndez, se requiere de la participación de la sociedad civil y del diseño de estrategias de investigación y de acción para aproximarse a los ámbitos micro y macrosociales, dejando a un lado las estigmatizaciones que ocultan las características reales de la alcoholización.

## 4 - Proceso de alcoholización y violencia en las relaciones

La violencia en las relaciones no se considera un hecho nuevo. Desde los años '70, las luchas de los movimientos feministas lograron sensibilizar en contra de la opresión y la dominación patriarcales generando cambios esenciales en las concepciones y modos de interpretarla. En nuestro país, las investigaciones en este campo, de la década del '80 han llevado a resignificar ciertos actos-conductas como violencias.

En ese sentido, los autores cuya producción venimos presentando afirman que *la violencia es una producción social*, siempre, y que, por definición, describe un *fenómeno relacional*.

Afirman que *“(...) Toda violencia se realiza a partir y dentro de relaciones sociales, y una parte significativa se da dentro de relaciones primarias. La violencia no constituye una característica cultural inmutable, sino que es un proceso dinámico e histórico directamente relacionado con las condiciones de desigualdad y diferencia dominantes (...)”*.<sup>20</sup>

Describir el sentido que adquiere la violencia en nuestro tiempo y su relación con el alcoholismo no es tan simple como encontrar individuos alcoholizados que la ejerzan.

*“(...) el complejo violencia - alcohol expresa las desigualdades y diferencias que existen entre grupos sociales al interior de una misma sociedad. (...) el alcohol y la violencia aparecen preferentemente asociados con determinados grupos; son los marginales urbanos, algunos grupos étnicos, las bandas juveniles (...) donde dominarían estos comportamientos. No cabe duda que gran parte de las violencias*

19. GERVAS, J: Con Mano Ajena. En [www.equipoesca.org](http://www.equipoesca.org). Consultado en febrero de 2010.

20. MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R.: Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones. Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario. N° 79. Año 2001.

*alcoholizadas o no, se ejercen dentro y entre los propios grupos subalternos; la mayoría de los homicidas, pero también de los asesinados pertenecen a estos grupos. En consecuencia la violencia es colocada en grupos donde efectivamente opera este tipo de violencias, pero simbólicamente posibilita colocar en los sectores subalternos tipos de violencia que pasan a significar públicamente “la” violencia, opacando, secundarizando o directamente negando la violencia estructural (desocupación, extrema pobreza, mortalidad infantil, etc.) que opera contra dichos grupos.(...)”<sup>21</sup>*

Los autores mencionan la estigmatización que se hace de estos grupos, donde la aparición de la violencia asociada al alcohol no deja ver los determinantes sociales del complejo problema de salud. Incluso, las muertes por cirrosis y psicosis alcohólica y, hasta algunos tipos de cáncer, se vinculan a los grupos estigmatizados (marginales, indígenas, bandas juveniles, pobres, etc.)

*(...) En consecuencia el alcohol ha cumplido y sigue cumpliendo una importante función de estigmatizador social asociado en particular a violencias.*

*(...) La mayoría de las violencias, por lo menos en América Latina, se expresan a través de los muertos, de los que no mueren pero sufren agresiones, de los que tienen secuelas físicas y psíquicas, de los que son vejados y discriminados en forma directa e indirecta (...) de las denominadas “muertes evitables”, de la desnutrición, del prejuicio racial, de la extrema pobreza, pero también de la venganza de sangre, de la brujería, de las relaciones hombre-mujer.*

*(...) consideramos que más allá de la intensidad y espectacularidad de determinadas violencias políticas que operan en momentos específicos, son la violencia normalizada en la vida cotidiana y la violencia estructural las que más inciden en la vida y muerte de los conjuntos sociales.”<sup>22</sup>*

La violencia está presente en muchas relaciones primarias (vínculos familiares), como reflejo de otras muchas violencias macrosociales y estructurales, pero cada grupo familiar y cada individuo recrea con sus propios modos personales algo de este reflejo, dando vida a un mundo de dinámicas particulares que se diseñan en cada grupo familiar específicamente.

Los autores cuya conceptualización hemos seguido proponen que el alcohol es uno de los principales *instrumentos* de lo que ellos llaman la *violencia normalizada* en las relaciones cotidianas. Desde esta perspectiva el alcohol es un instrumento y no la causa de la violencia. Esto es, **no es el alcohol en sí el que genera violencia, sino su uso en las relaciones domésticas**. De esto se deduce que, el modo en que se usa el alcohol está vinculado -como venimos diciendo- a condiciones económicas, de poder, culturales y psicológicas en las que están inmersos los sujetos y los grupos sociales.

Estos usos del alcohol, que aparecen como normalizados dentro de relaciones que pueden devenir violentas, se sustentan y anteceden en comportamientos que -en un principio- no eran violentos, sino que se caracterizaban por una sociabilidad participativa familiar, vecinal, comunitaria, donde el alcohol es parte de la vida cotidiana y de ciclos ceremoniales que -en determinados momentos y en forma abrupta- se convierten en violencia.

21 Y 22. MENÉNDEZ, E.  
y DI PARDO, R.: Obra  
citada.

## 4.1. Alcohol, violencia y género

Diversas investigaciones han demostrado que el alcohol cumple un rol de facilitador social en todo tipo de relaciones, incluidas las sexuales<sup>23</sup>, pero cada género en función del contexto de pertenencia construye expectativas y prácticas diferentes respecto de las funciones que el alcohol tiene como facilitador y desinhibidor.

Para ambos géneros (hombres y mujeres) el alcohol reduciría la responsabilidad y posibilitaría el desarrollo de comportamientos que no serían legitimados si no estuvieran alcoholizados.

Pero la desinhibición masculina conduce a comportamientos que no operan en la mujer, más allá de la cantidad consumida. Por ello, se afirma que **la desinhibición alcohólica está orientada por la cultura, el grupo y el sujeto** y, consecuentemente, se encuentran comportamientos desinhibidos diferentes en el hombre y en la mujer. En nuestro continente, sin duda, el alcohol cumple un papel significativo en las relaciones hombre-mujer (alcanza con ver las propagandas), pero los autores citados nos señalan que también cumple un papel importante en las relaciones de amistad y en otros tipos de vínculos afectivos. Constituye uno de los principales mecanismos de *identidad* y *pertenencia* pero también de *diferenciación*. El alcohol es un instrumento que opera en las relaciones entre géneros, pero también intragénero.

*“Los procesos macrosociales (migración) y macroculturales (relaciones de género) contextualizan las relaciones que operan en la vida cotidiana a través del alcohol. Pero en el caso del alcohol existe toda una serie de ceremoniales colectivos que se articulan, son parte, afirman recurrentemente el papel de la violencia alcoholizada en la vida cotidiana. Estos ceremoniales operan en los diferentes grupos, y van desde fiestas religiosas y “políticas” comunales, regionales o nacionales hasta ceremoniales deportivos también de tipo local o nacional. Junto a estos tenemos ceremoniales de tipo doméstico (casamientos, bautizos, cumpleaños, día del santo, velatorios, etc.) que incluyen el consumo de alcohol y la posibilidad de violencias que en determinados espacios implica-requiere la muerte de algunos de los que participan (...)”<sup>24</sup>*

**El alcohol no produce violencias en sí.** Es claro que la violencia forma parte de las simbolizaciones, expectativas, funciones que cada sociedad da al alcohol. La definición social y cultural -incluida la definición política del alcohol a nivel de cada grupo y de las relaciones entre los mismos- condiciona la orientación dada al uso del alcohol.

En los estudios epidemiológicos, respecto de las violencias, domina una aproximación que tiende a aislar los diferentes tipos de violencia, a generar descripciones a partir de una serie de variables reiteradas y a no formular interpretaciones. Más aún, frecuentemente cuando proponen teorías se reducen a nombrarlas, pero sin establecer una articulación entre sus datos y dichas teorías. Por otra parte, tienden a ignorar el papel sustantivo de la violencia naturalizada en la vida cotidiana, incluido el papel de la *violencia alcoholizada*.

23. MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R.: Obra citada.

24. MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R.: Obra citada.

Es así, que se niega y olvida que estas violencias son parte de un proceso y se cae en la trampa de pensar *la violencia actual como un problema casi excepcional, como un problema en incremento, como un problema diferente*. En realidad forma parte de un proceso, que de modo continuo o discontinuo, viene desarrollándose desde hace siglos. Ese *olvido* opera como limitante para poder describir e interpretar no sólo la violencia específica analizada, sino su significado social y su inclusión como consecuencias de la violencia estructural, en una cotidianeidad que normaliza constantemente algunas de dichas violencias como comportamiento colectivo.

### A modo de conclusión ...

Sintetizando, este es nuestro intento mostrar algunas conceptualizaciones que nos permitan comprender y reflexionar sobre un problema cuya complejidad, suele intimidar a la hora de ser abordado por los equipos de salud.

En este esfuerzo nos parece importante rescatar los conceptos de **complejo alcohólico** y **proceso de alcoholización** ya que aportan otras miradas que posibilitan no etiquetar a las personas con quienes tratamos diariamente como *alcohólicos* detrás del diagnóstico de *alcoholismo*, sin más.

También queremos destacar el **vínculo** que existe entre la **violencia y el consumo de alcohol**, como factor desinhibidor de actitudes violentas y como potenciador de episodios violentos, tanto en los espacios familiares como en los comunitarios y su presencia habitualmente visible en determinadas clases sociales e invisible -aunque igualmente presente- en otras.

Creemos entonces, que estos aportes pueden resultar fecundos para que los equipos comunitarios visibilicen las diferentes dimensiones a considerar y de esta manera contribuir a desnaturalizar los mitos y prejuicios -los propios y los que circulan en su comunidad- que habitualmente dificultan llevar adelante un abordaje integral del *uso nocivo de alcohol*.

A decorative border composed of a repeating pattern of small, interlocking triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

# Unidad 4

Estrategias y experiencias

# Presentación de dos modelos de abordaje y una experiencia

## Introducción

En este apartado relatamos dos modelos de abordaje del problema del uso nocivo de alcohol que se llevan a adelante en nuestro país: los *Grupos Institucionales de Alcoholismo (Grupos G.I.A.)* y la estrategia de *Alcohólicos Anónimos (A.A.)* y también, una experiencia realizada en la provincia de Neuquén, extraída del trabajo *El alcohol, la cultura y la región* de W. Arrúe y B. Kalinsky.

Los grupos *G.I.A.*, como propuesta de abordaje terapéutico se han mostrado como un recurso potente y fecundo para trabajar el problema del uso nocivo de alcohol en instituciones públicas.

Estos grupos han logrado construir una alternativa de abordaje del problema del alcoholismo, como propuesta terapéutica, desde el espacio micro de una institución pública de salud y junto con la comunidad, allí donde reinaba la incertidumbre respecto de cómo avanzar en esta tarea y cómo brindar ayuda, soporte y continencia, no sólo a las personas que padecen el problema, sino también a sus familiares, amigos y a toda la comunidad que los rodea (y también los produce).

También presentamos el trabajo de *Alcohólicos Anónimos* porque constituye una alternativa frecuente de tratamiento del problema del uso nocivo de alcohol en las comunidades. Nos parece importante que los equipos comunitarios conozcan esta propuesta ya que, se encuentran en muchas ocasiones articulando con su tarea, de hecho.

Con la misma intención, incluimos la experiencia *El alcohol, la cultura y la región*<sup>1</sup> porque lo consideramos un ejemplo del recorrido realizado para comprender el desarrollo de los procesos de alcoholización de ciertas comunidades y, aún dentro de ellas, cómo se construyen los sentidos del alcohol para los distintos grupos que la conforman.

## 1 - Dos modelos para el abordaje del uso nocivo de alcohol

### 1.1. Los grupos G.I.A (Grupos Institucionales de Alcoholismo)<sup>2,3,4</sup>

En el ámbito de la Salud Mental hasta la década de los 90' la atención de pacientes alcohólicos se reducía a la desintoxicación de los enfermos y sólo un número pequeño de ellos comenzaba un tratamiento psicoterapéutico, que muchas veces, era abandonado al poco tiempo.

1. ARRÚE, W. y KALINSKY, B.: *El alcohol, la cultura y la región. Visión local de las pautas actuales de consumo.* En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario. N° 42, Año 1987.

2. PELEGRINI, J.: *Alcoholismo y Grupo.*

3. CORNAGLIA, C.: *Coordinación en los grupos Institucionales de Alcoholismo.* Cuadernos sobre alcoholismo No 2. Centro de referencia Nacional sobre alcoholismo. Córdoba, Setiembre de 1994.

4. Entrevista inédita a referente de Grupos G.I.A. de Avellaneda, Pcia de Bs.As. Realizada por integrantes del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Berisso. Año 2001-2002.

Con la idea de abordar esta enfermedad desde una perspectiva diferente comienza el trabajo con el sistema *G.I.A.* (Grupos Institucionales de Alcoholismo).

Este enfoque concibe al alcoholismo como una enfermedad que se constituye socialmente, y por lo tanto, involucra a la institución, a los trabajadores o equipos de salud, a los pacientes y a la comunidad, en la construcción de un enfoque integral que incluye la crisis de desintoxicación, su síndrome de abstinencia, su recuperación y su reinserción en el ámbito familiar, laboral y social.

Los Grupos *G.I.A.* funcionan en por lo menos 15 provincias argentinas desde el año 1984<sup>5</sup>, formando una red nacional de aproximadamente 70 grupos.

El enfoque desde el que trabajan concibe al alcoholismo como una compleja enfermedad que implica un daño individual reconocible en el psiquismo, en el cuerpo y en el campo de los vínculos sociales. Al mismo tiempo, hay otra dimensión, la del daño referido a la violencia social (estallidos familiares, conflictividad en el desenvolvimiento de la vida social, etc.).

En este modelo de análisis, el alcohol es conceptualizado como un medio para ocultar el dolor y la angustia que vive el sujeto. La noción de enfermedad, desde donde se sitúan los grupos *G.I.A.*, implica problematizar y facilitar una lectura del alcoholismo como construcción social, en la que se entrecruzan múltiples factores: culturales, históricos, económicos.

El alcoholismo es entendido así como una enfermedad curable. Se parte de la idea de que allí donde se produjo la enfermedad, están también los elementos para curarla: *“Los GIA abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar, en el seno del trabajo grupal y en cada uno.”*<sup>6</sup>

No obstante la tarea realizada en los grupos *G.I.A.*, es muy difícil enfocar la problemática del alcohol independientemente de otras problemáticas sociales y por ello, este dispositivo debería encuadrarse en el desarrollo de redes locales para trabajar problemas complejos, incluyendo el alcoholismo.

### 1.1.1. El propósito y la tarea del grupo *G.I.A.*

El grupo *G.I.A.* es un modelo de abordaje terapéutico integral del alcoholismo como enfermedad.

La sigla *G.I.A.* (*Grupos Institucionales de Alcoholismo*) define la modalidad de trabajo que puede caracterizarse del siguiente modo:

- El Grupo *G.I.A.* es entendido como un **soporte** en el que se sustenta la decisión de recuperarse del alcoholismo.
- El enfoque del tratamiento es **grupal**.
- La tarea consiste en **elaborar un proyecto de vida sin alcohol**, apoyándose en los aspectos saludables de la persona, sin ignorar la existencia de la enfermedad.

5. En la provincia de Río Negro funcionan desde el año 1984, en el Hospital de General Roca desde el Servicio de Salud Mental. En la provincia de San Luis funcionan desde el año 1993, en el marco del proyecto de transformación del hospital psiquiátrico de San Luis.

6. PELEGRINI, J.: Obra citada.

- Es un **espacio grupal abierto y heterogéneo** en el que pueden participar todos los que quieran: enfermos, familiares, amigos, que permite elaborar las situaciones conflictivas en compañía de otros y posibilita aprender nuevas formas de vincularse y comunicarse con los que tienen el mismo problema (incluidos familiares y amigos),
- Estos grupos son **institucionales**, es decir que funcionan en algunos **hospitales públicos** y se proponen dar respuesta a un problema que -en general- es negado y muy poco registrado en la actividad diaria de los equipos de salud, ayudando a **hacer visible** la enfermedad, convirtiéndose en un **referente** tanto para los pacientes como las familias y el personal de salud, dando una **respuesta** a la problemática del alcoholismo.

En el grupo las personas cuentan sus experiencias de vida con respecto a este problema, de forma clara, para compartir con los otros el problema y pensar las posibles salidas del mismo. Así, el grupo funciona como instrumento y soporte principal de la recuperación, entendido como el lugar en el que cada persona puede aprender sobre sí mismo y sobre el modo y la trama en que se gestó el proceso de alcoholización.

*“(...) la explicitación de sobreentendidos, (...), el autocuidado responsable, la permanente lectura de la realidad, el análisis de la vida cotidiana, la práctica de la solidaridad, son experiencias que se transitan con crisis. Empieza a existir una experiencia con otros (...) en un grupo que se propone transformar la realidad, y planifica tareas permanentes hacia la comunidad (medios de comunicación, escuelas, encuentros regionales de salud, policía y justicia, etc.). Se pasa de la huida y la marginación en espacios sociales (...), a una práctica social de salud que trata de ocupar tiempos y lugares de todos nosotros. Desde el sistema sanitario público pasa de ser un problema “de ellos” a un problema nuestro.”<sup>7</sup>*

La **abstinencia** en esta propuesta terapéutica es un paso importante, pero, no constituye una obligatoriedad, sino una consecuencia del proceso de recuperación. Se pone énfasis en resolver los problemas de la vida sin alcohol pudiendo ver que este último sólo significa una anestesia o calmante para ocultar aquello que no se quiere ver. El objetivo del grupo G.I.A. puede definirse como **construir un proyecto de vida sin alcohol** y para ello, se enfatiza la **recuperación o reformulación de vínculos interpersonales, vocaciones, trabajos**, sobre una base diferente de respeto por sí mismo, solidaridad e independencia.

Las **recaídas** son una eventualidad de la enfermedad y, por lo tanto, son parte del mismo proceso de recuperación y también son trabajadas en el grupo.

Sintetizando, en el grupo G.I.A se aborda el problema del **alcoholismo** y el **proceso de alcoholización**, que no se instala de un día para otro; la mirada sobre la enfermedad se va *construyendo socialmente* y en esto importan los modelos familiares, la influencia de los medios de comunicación, las condiciones de vida, etc.

7. PELEGRINI, J.: Obra citada.

Así, se va adquiriendo conciencia del **proceso social de alcoholización**, del tiempo y las vicisitudes que han ido transcurriendo, tanto para la persona como para todo el grupo y de cómo se fue construyendo esa identidad en la trama de relaciones familiares tempranas de la infancia y los vínculos humanos significativos que se adquieren posteriormente.

Se trata de pasar de juntarse *en torno de la botella*, para beber, que garantiza la ilusión de un escape, a agruparse *en torno de una tarea modificadora de la realidad*.

Las crisis que ahogan las vidas de estas personas son tratadas en el grupo (pérdidas de trabajo, de vínculos familiares, de capacidades físicas y psíquicas, etc.). De manera conjunta y con sus diferencias individuales los participantes van marcando cada paso en el camino de la recuperación, encontrando en el apoyo del grupo una alternativa para superar los problemas de la vida cotidiana sin alcohol.

Poco a poco, el eje de las conversaciones focaliza las respuestas diversas a las distintas conflictivas del diario vivir. Esto se traduce en tareas concretas que empiezan a realizar y que significan un poder mirar hacia adelante, poder proyectarse.

Algunos indicadores que permiten evaluar el proceso son: **la reconstrucción de vínculos familiares, el logro de un lugar en la vida laboral, una mejor vida social, la ocupación del tiempo libre.**

La finalización del tratamiento depende de cada persona, ya que el proceso de recuperación cobra matices diferentes en cada caso.

El **alta** del grupo ocurre cuando un paciente internado o externado la plantea al médico tratante, o al coordinador, éste la reenvía al grupo para que allí se plantee la pregunta, y cada integrante dá su opinión. Los coordinadores y los profesionales que pueden integrar el grupo también opinan y luego, la persona decide, asumiendo la responsabilidad y la conciencia de lo que su decisión implica.

### 1.1.2. Encuadre y dinámica en el funcionamiento de los grupos G.I.A

Para que el grupo *G.I.A.* pueda convertirse en un modo de abordar terapéuticamente el alcoholismo, resultan primordiales el *encuadre técnico e institucional* que le dan marco.<sup>8</sup>

El *encuadre técnico* resulta de la necesidad de organizar estos grupos en torno de referentes claros. Esos referentes son los *días, horas, lugar y coordinador de la tarea*. Aunque parezca casi administrativo, en el funcionamiento de las instituciones públicas (un hospital, un Centro de salud, por ejemplo), sostener la estabilidad de estos marcos para los encuentros y la claridad en la comunicación, no es una tarea fácil y requiere de mucho esfuerzo y cuidado para su mantenimiento.

8. PELLEGRINI, J.: Obra citada.

Este abordaje terapéutico incluye **diferentes modalidades y espacios de intervención:**

- Dispositivo grupal
- Entrevistas individuales
- Entrevistas con familiares
- Trabajo hacia el interior del hospital
- Actividades a cargo de los trabajadores o equipos de salud
- Proyectos de recreación
- Difusión y promoción de debates sobre el problema en ámbitos educativos y culturales

Si bien la atención individual no se descarta, no es la instancia que más se privilegia. Sin embargo:

- Toda consulta que llega al servicio es atendida en ese momento.
- Aunque esté funcionando el grupo, se considera que no se puede postergar la escucha hacia la persona que logró pedir ayuda.
- En toda entrevista participan al menos tres personas con la idea de llegar a conformar un grupo.

Respecto de *encuadre institucional*, estos grupos son una respuesta desde el sistema público de salud a uno de los problemas de mayor relevancia sanitaria de nuestra población. En ese sentido, representan un reconocimiento de las instituciones de la Salud Pública a un problema de salud colectiva y *albergan* simbólicamente la existencia del problema, en el lugar donde habitualmente existía una concepción diferente del mismo.

El **trabajo hacia el interior de la institución pública** se desarrolla, al menos, en dos sentidos:

- Sensibilización del personal de hospital, a fin de generar cambios en las miradas respecto del problema, poner en cuestión mitos, prejuicios, conductas estigmatizantes.
- Brindar espacios de asesoramiento, información, diálogo con personas internadas y familiares.

## 1.2. El Abordaje de Alcohólicos Anónimos

*Alcohólicos Anónimos*<sup>9</sup> es una conocida institución de la sociedad civil que aborda el problema del alcoholismo. De carácter informal, con grupos locales en miles de comunidades y actualmente con miembros en 150 países, se trata de un ente autárquico que no recibe contribuciones ni auspicios. No se reconoce afiliada a

9. Página web de AA: [www.aa.org.ar](http://www.aa.org.ar). Sitio Oficial de AA de Argentina, visitado el 16/6/2010.

ningún grupo, causa o denominación religiosa, pero, sin duda el de *Alcohólicos Anónimos* es el planteo más difundido de abordaje de la problemática del uso nocivo de alcohol.

A continuación, se presenta una breve síntesis de la modalidad con que estos grupos abordan el alcoholismo.

Los grupos de autoayuda de *Alcohólicos Anónimos* (AA) consideran que el alcoholismo es una enfermedad que no puede curarse nunca, sólo puede detenerse. El objetivo primordial de la participación en los grupos de autoayuda es *mantenerse sobrios y ayudar a otros a lograr la sobriedad*. El alcoholismo se define entonces como *una compulsión física aparejada a una obsesión mental, una enfermedad progresiva que nunca puede curarse, pero al igual que algunas otras enfermedades, puede ser detenida*. Si bien en principio apelan a la multicausalidad en lo que hace a los determinantes del alcoholismo (factores sociales, culturales, etc.), se considera que es una enfermedad cuya etiología no responde a fundamentos psíquicos *“Hay una fuerza superior a mi que hace que tome (...) cuando uno toma se desencadena algo en el cerebro, se desencadena un proceso”*.<sup>10</sup>

Desde esta perspectiva no existe ningún tipo de categorización, salvo la de **alcohólicos** y **ex-alcohólicos**. Categorización -a nuestro entender- problemática, ya que al mismo tiempo se sostiene que *una vez alcohólico, alcohólico para siempre*.

Se considera que el programa de AA de recuperación del alcoholismo puede dar resultados a casi toda persona que tenga deseo de dejar la bebida. Entre los miembros de *Alcohólicos Anónimos* se pueden encontrar hombres y mujeres de todas las edades y de diversa procedencia social, económica y cultural.

El abordaje es grupal y la modalidad elegida es el grupo de auto-ayuda. En los grupos se garantiza el anonimato. La conformación de los grupos está dada por los propios alcohólicos y ex-alcohólicos y no hay una estructura jerárquica estable, los cargos se van rotando (coordinador, tesorero, secretario, etc.). Los miembros comparten su experiencia con cualquiera que busque ayuda para su problema con la bebida; dan servicio persona a persona o *apadrinan* al alcohólico recién llegado sea cual sea su procedencia.

La tarea apunta a la **rehabilitación** y tiene por objetivo **mantenerse sobrio**. Para ello cuentan con diferentes estrategias de recuperación, por ejemplo el *Plan de 24 horas* que consiste en mantenerse sobrio durante 24 hs, tratando de pasar los días uno a uno, sin beber. Otra herramienta para la rehabilitación son los *Doce pasos de recuperación del alcoholismo*<sup>11</sup> estos pasos representaban *un intento por parte de los primeros miembros de dejar constancia por escrito de su progreso desde una forma de beber descontrolada hasta la sobriedad*. Los libros y folletos de AA también son útiles ya que brindan a quienes ingresan la oportunidad de leer la experiencia de AA en el que los pioneros pusieron por escrito sus historias y los principios que les ayudaron a recuperarse.

10. La mayor parte de la información se ha consultado de la página web de AA: [www.aa.org.ar](http://www.aa.org.ar). Sitio Oficial de AA de Argentina, visitado el 16/6/2010.

11. Menéndez nos comenta acerca de esta estrategia, que se construyó un ritual, llamado de los 12 pasos sumamente codificado, basado en la concepción de que algunas enfermedades mentales se resuelven o se controlan mediante estrategias rituales. Los 12 pasos requeridos por Alcohólicos Anónimos son expresión típica de un ritual de ascensión que fue muy estudiado por los antropólogos. Comentario extraído El antropólogo

E. Menéndez y su cuestionamiento al modelo hegemónico de la biomedicina. Entrevista. Diario Páginar12. 12 junio de 2008. Bs. As., Argentina.

Existen reuniones *abiertas* a los alcohólicos y a sus familias, así como a cualquier persona que se interese en solucionar un problema personal con la bebida o en ayudar a otra persona a solucionar un problema con el alcohol.

En estas reuniones se reconoce que las opiniones e interpretaciones que se escuchan son únicamente las del orador que las expresa. En ellas un miembro habla brevemente sobre su experiencia con la bebida, y luego dirige una discusión sobre la recuperación en A.A. o acerca de cualquier problema relacionado con la bebida que cualquier persona quiera plantear. Los miembros de A.A. cuentan sus historiales, describen sus experiencias con el alcohol, cómo llegaron a este grupo y cómo han cambiado sus vidas como resultado.

Todos los miembros tienen perfecta libertad de interpretar el programa de recuperación según su propio entender, pero nadie puede hablar por el grupo local o por AA en su totalidad.

Las reuniones de carácter *cerrado* son sólo para los alcohólicos. Deparan a los miembros una oportunidad de compartir, unos con otros, respecto de problemas relacionados con formas y costumbres de beber, así como sus esfuerzos para lograr una sobriedad estable. También ofrecen una ocasión para discutir sobre diversos elementos del programa de recuperación.

Normalmente, los miembros de AA también hacen reuniones en las instituciones de tratamiento y correccionales y, puede solicitarse que realicen reuniones informativas acerca de AA como parte de otros programas referentes al alcoholismo. Estas reuniones acerca de AA no son reuniones regulares de los grupos.

A modo de conclusión, podemos decir que AA constituye un espacio de la sociedad civil al que llegan gran cantidad de personas y con importante presencia en las comunidades a través de iglesias y templos de todas las confesiones. Sin embargo, quedan habitualmente aisladas y fragmentadas de las acciones de otros sectores (salud, educación, etc.), sin lograr integrarse con otras alternativas. En este sentido, consideramos que el equipo comunitario debe reflexionar sobre cómo acompañar en la referencia cuando ésta se produce y trabajar alternativas que permitan un acercamiento y articulación con este tipo de dispositivos.

Otra de las cuestiones en juego, se refiere al alcance que tiene esta estrategia. Autores como E. Menéndez nos advierten “(...) *estrategias complejas como la de Alcohólicos Anónimos, pueden suprimir el consumo en unas pocas semanas pero sucede que, cuando el sujeto vuelve a su grupo de pertenencia, al poco tiempo está tomando otra vez. No es que en su grupo haya que emborracharse necesariamente, sino que el alcohol forma parte de la vida colectiva, como elemento simbólico, de modo que quien deja de beber se excluye del grupo.*”<sup>12</sup>

Por ello insistimos en que, si bien este tipo de dispositivos puede ser una opción en el tratamiento del alcoholismo, un abordaje integral del problema debe incluir como eje central la indagación y comprensión de los distintos sentidos que tiene el uso del alcohol en cada comunidad.

12. Entrevista citada.



## ACTIVIDAD

1. Te proponemos que releves la existencia de grupos G.I.A y de Alcohólicos Anónimos en la comunidad que atiende el Centro de Salud. El equipo comunitario ¿mantiene algún contacto con estos grupos?, ¿de qué tipo? Si no mantienen ningún contacto. ¿Les parece que resultaría productivo establecerlo?
2. ¿Sabés si algunos de los integrantes de la comunidad que concurren al Centro de Salud participan de estos grupos?, ¿se te ocurre alguna forma de acompañamiento para estas personas?

## 2 - Relato de una experiencia

### 2.1. Los sentidos del alcohol: un modelo de trabajo

W. Arrúe y B. Kalinsky<sup>13</sup> plantean que los usos del alcohol tienen que ver con una *multivariedad de relaciones* y analizan en su trabajo la relación entre las modalidades culturales de ingesta alcohólica y las realidades socioeconómica e histórico-política de los diferentes grupos humanos con que trabajan desde hace tiempo en la provincia de Neuquén.

Estos autores intentan acercarse a la comprensión de la problemática teniendo en cuenta el lugar que el alcohol ha ocupado y ocupa en la vida cotidiana de los diferentes conglomerados urbanos y rurales, sus usos permitidos y fomentados culturalmente y, el modo en que las condiciones históricas y sociales han modificado estos usos.

Como enfoque de trabajo de este problema los autores desaconsejan los enfoques basados en la exigencia de dejar de beber, así como también los enfoques voluntaristas, para no generar un efecto paralizante y hasta culpógeno en los sujetos, ya que se trata de ir más allá de la posición de censura.

El estudio distingue *tres patrones* diferentes en cuanto al uso del alcohol que tienen que ver con las tres *formas socioculturales* generadas, respectivamente, alrededor de lo *rural*, lo *urbano* y lo *periurbano*.

En coincidencia con los autores, creemos que el desarrollo de este tipo de conocimiento se fundamenta en la idea de que una mejor comprensión de los significados y determinantes de cualquier problema de salud que se presenta,

13. Las reflexiones de los autores son la consecuencia de una experiencia de Atención Primaria en Salud Mental, publicada bajo el título: El alcohol, la cultura y la región. Visión local de las pautas actuales de consumo. En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario. No 2, Año 1987.

permite desarrollar una estrategia para su atención con mayores y mejores posibilidades terapéuticas.

Si bien sugerimos la lectura del artículo completo, presentaremos y analizaremos aquí algunas de las relaciones desarrolladas.

En este artículo se describe la población rural, urbana y periurbana de la zona en la que trabajan los autores.

### 3.1.1. El uso rural del alcohol y su efecto relacionador<sup>14</sup>

En la **zona rural** conviven criollos e indígenas. Los indígenas que sobrevivieron a la *Campaña del Desierto* se convirtieron en una minoría desfavorecida, confinada en reservas, donde sobreviven vendiendo la lana producida por sus animales, artesanías y leña y en permanente conflicto con los criollos debido a la tenencia de la tierra y su explotación para pastaje y obtención de leña.

En este contexto de tensión social, sin posibilidades de crecimiento, diversas variables se conjugan para modificar el uso histórico que la comunidad le daba al alcohol.

*(...) la decadencia de algunas instituciones propias como, por ejemplo, el cacicazgo el cual, ahora, otorga responsabilidad pero con una fuerte disminución de la autoridad que inicialmente detentaba la cual actualmente es ejercida por las instituciones impuestas por el blanco (...), prácticamente ya no se habla mapuche, lengua que es utilizada tan sólo por los ancianos (...)*

*La medicina aborigen, pauta de fuerte cohesión social, ha sido perseguida aunque aún mantiene una notable vigencia (...)*

Los autores consideran que el mayor uso del alcohol en el ámbito rural estaría asociado a la falta de posibilidades sociales y sus consecuencias.

*(...)Antiguamente, los mapuche fabricaban diversos tipos de chicha: de molle, de maqui, etc., pero la más usada era, sin duda, la de maíz ("mudai"). La chicha es un producto artesanal que integraba las actividades de moler el grano, cocerlo y a veces masticarlo para facilitar la fermentación. Actualmente, la chicha más usada es la de manzana (...)*

*No se conocían métodos de conservación (...) limitando su uso a las ocasiones religiosas más importantes.*

*(...) Así, el consumo ritual del alcohol estuvo, en un comienzo, limitado al celebrante religioso. Posteriormente, el uso del alcohol se extiende a todos los participantes de la ceremonia religiosa. Se inicia así una progresiva generalización de la ingesta, la que se conoce como "proceso de secularización del alcohol". Se amplía su uso a todas las ceremonias colectivas, sean religiosas, guerreras, conferencias tribales, juicios, entierros,*

14. ARRÚE, W. y KALINSKY, B.: Obra citada, texto modificado.

*“mingaco” (laboreo colectivo de la tierra), “rucán” (construcción grupal de la casa o “ruca”), torneos de chueca (juego tradicional) como también en los periódicos viajes a las poblaciones vecinas. En tales eventos, la intoxicación colectiva era la regla, aunque se consideraba de buena práctica exigir que los participantes dejaran sus armas a buen recaudo antes de comenzar a beber.*

*(...) El reemplazo de la chicha, producida artesanalmente, por el vino y el aguardiente industrializado por el blanco, es una de las tantas versiones que ha tomado el proceso de imposición cultural.*

*El uso de la chicha exige un acuerdo social previo, un tiempo y un lugar determinados, un espacio de preparación; en fin, una estructura formal y simbólica acotada de producción y de ingestión casi inmediata dada la imposibilidad de su almacenamiento. En cambio, el consumo de vino y/o aguardiente industrializados requiere de otro marco: se conserva, se puede beber en cualquier momento, permite una ingestión individual y, sobre todo, hay una desarticulación marcada entre el producto, su elaboración y el consumidor. Este cambio ha desfavorecido, como en muchas otras áreas, al pueblo derrotado. Es indudable la importancia que tuvo la utilización del alcohol en la Conquista del Desierto: formaba parte vital de los aprovisionamientos ofrecidos por el gobierno central y pedidos y aceptados por el propio indígena, a cambio de los acuerdos de paz que impedían, por un lado, los malones y facilitaban, por el otro, la ocupación de las tierras en disputa. No obstante, el saldo de un reparto de tierra efectuada sólo por el blanco fue, para los indios, su reducción en las llamadas “reservas”.*

*(...)El consumo de la bebida en las reuniones tiene que ver con el llamado “efecto relacionador” del alcohol que facilita, al disminuir las inhibiciones en la primera fase de la ingestión, el contacto con las personas.*

*En la actualidad el número de ingestas se ha incrementado notoriamente y, en este sentido, se organizan reuniones para tener la oportunidad social de beber, habiéndose perdido entonces cualquier tipo de connotación religiosa o simbólica (...)*

*En general, en las familias rurales que están compuestas por numerosos miembros de más de dos generaciones (familia extensa) existe una relación entre el rol que se ocupa en ella y la pauta de consumo de alcohol. Así, se favorece la ingesta del varón: el niño bebe desde pequeño, por estímulo paterno. (...) El pasaje de la adolescencia a la adultez se expresa, en parte, cuando el joven puede beber alcohol sin la autorización paterna. Los ancianos son los que conservan, en mayor medida, las pautas tradicionales de la ingesta del alcohol, tomando casi exclusivamente en reuniones, muchas veces hasta la embriaguez.*

Otro factor que ha facilitado la ingesta es el mejoramiento de la distribución: en damajuanas, recibidas en trueque por productos de producción familiar.

Los autores sostienen que el encuentro de las variables mencionadas con la pérdida

del perfil característico de familia extensa como red de relaciones sociales, con sus roles y jerarquías, es un factor clave en el alcoholismo de algunos de sus miembros. Es interesante considerar la descripción que los autores hacen de lo que podríamos llamar el *proceso de alcoholización rural del pueblo mapuche*.

En un circuito implacable, se describe, cómo diversos elementos se van sumando y contribuyendo a la modificación del lugar y el sentido de la ingesta de bebidas alcohólicas, y cómo, a tal proceso se van incorporando variables que posibilitan la construcción de un camino complejo hacia modalidades de uso nocivo de alcohol por parte de sus integrantes.

Así, la comunidad mapuche descrita va perdiendo a manos de los criollos -con quienes comparte el espacio geográfico- y, paradójicamente, bajo la intención de proteger a éste de un pueblo que nunca lo hubiera sobreexplotado, sus tierras. Junto con sus tierras la comunidad pierde también su medio de vida, sus posibilidades de manutención y se va convirtiendo en una comunidad vulnerable y dependiente de la oferta de trabajo ajena y externa.

Instalada esa primera condición, las costumbres y adquisiciones del vencedor penetran los aspectos culturales de la comunidad desfavorecida sin dificultad, produciendo el decaimiento de sus instituciones (el cacicazgo), la invisibilización de su lengua (el mapuche) y la desvalorización de sus costumbres (la medicina tradicional aborígen, el uso religioso de la chicha, la extensión de su uso a todos los participantes de las ceremonias y la intoxicación colectiva).

Sobre estas modificaciones se monta la generalización del vino y el aguardiente, que -con el mejoramiento de su distribución- pueden consumirse en cualquier parte y cualquier momento, no ya como la chicha, que requería mayor articulación entre la elaboración del producto y el consumo del mismo. Al mismo tiempo que el alcohol pasa a engrosar la lista de los elementos susceptibles de trueque se convierte en un elemento de conquista (compra la paz), y de dominación (paga el trabajo).

El consumo grupal sigue teniendo una fuerte predominancia, pero la propia cultura de la comunidad señala quién puede reunirse para tomar (los hombres antes que las mujeres, los mayores antes que los jóvenes, los niños pequeños para inducir el sueño), funciones ya desligadas de sus sentidos comunitarios, culturales y/o religiosos.

De las reuniones para beber se conserva sobre todo el efecto relacionador, ya que el alcohol facilita el encuentro con los otros al disminuir las inhibiciones durante los primeros tiempos de la ingestión.

Así, puede observarse como los **sentidos individuales** de ingestión de alcohol se construyen en y sobre los **sentidos sociales**, comunitarios, que a su vez son fuertemente influidos -y hasta sobredeterminados- por variables de orden histórico, económico, político, etc.

Veamos a continuación, las vicisitudes de la población urbana en la mirada de los mismos autores:

### 2.1.2. El uso urbano del alcohol: la búsqueda de la seguridad<sup>15</sup>

Las poblaciones urbanas están compuestas por blancos y criollos, descendientes de europeos. Su perfil de trabajadores los distingue muy claramente de la población aborigen de las zonas rurales, desde obreros y empleados, hasta profesionales, su inserción en la vida de las ciudades define su modo de utilizar el tiempo de trabajo y ocio y el consumo de diversión y entretenimiento.

*El modelo de ingesta alcohólica urbano, a diferencia del rural, es predominantemente individual y tiene que ver con la utilización del alcohol a partir de su efecto tranquilizante, en lugares que se caracterizan por el individualismo y la competencia. En la familia urbana se observa una marcada permisividad, e incluso una incentivación de la ingesta en el hombre. Y también hay un aumento relativo del consumo femenino (...)*

*Las bebidas alcohólicas pasan a ser un signo de status de la sociedad consumista: las bodegas privadas, las marcas son utilizadas como factor de prestigio social. La propaganda es un elemento que promueve dicha utilización, que relaciona el tomar alcohol con el éxito laboral, sexual o familiar (...)*

La identificación de *otro modo* de consumir alcohol, individualmente y con otro fin que no es relacional, sino *paliativo* de los sentimientos que despierta la vida en las ciudades, no debe obstruir la percepción de que en este caso también intervienen variables sociales, económicas y políticas que lo moldean.

No obstante, lleva a los autores a pensar que frente a diferentes procesos de alcoholización, será necesario desarrollar diferentes estrategias de abordaje que puedan articularse con los modos en que son percibidas las causas de la enfermedad, individuales en un caso, sociales en otro.

Esta diferenciación en las estrategias se debe menos al imaginario individual acerca de qué es lo que enferma y cómo se enferma -que interviene en el proceso de recuperación- que al peso, el valor y el sentido que la mirada y la intervención de los otros tiene en el proceso terapéutico para los sujetos y que, seguramente, marcan los modos de percibir y sentir el problema del uso nocivo de alcohol por parte de los afectados.

Por último, analicemos la mirada de los autores sobre el uso periurbano del alcohol.

### 2.1.3. El uso periurbano del alcohol: la migración y el conflicto<sup>16</sup>

Los autores trabajan en la provincia de Neuquén, que en la década 1980-90 presentó uno de los más altos índices de crecimiento demográfico del país, debido tanto a la migración desde otras provincias como a una corriente migratoria interna del campo a la ciudad, impulsada por la falta de oportunidades y trabajo en sus

15 y 16. ARRUE, W. y KALINSKY, B.: Obra citada.

lugares de origen. Este aporte migratorio, en general, se ha instalado en los suburbios de las grandes ciudades. Esta compuesto por campesinos desplazados o trabajadores no calificados.

La migración se produce en etapas, las familias se trasladan tras algunos de sus miembros que los han precedido y buscando otros conocidos de su mismo origen y van conformando verdaderas comunidades dentro de los suburbios.

Pero esta nueva organización suburbana se conforma como una zona de riesgo: los valores que regían la vida en sus comunidades originarias se van alterando y los modelos del compartir los productos de la tierra se sustituyen por los del competir por trabajo, ganar dinero para subsistir, asegurar la incertidumbre del mañana.

*(...) El hombre campesino maduro, capacitado en una determinada modalidad productiva, tiene muchas dificultades para acceder a un trabajo estable en la ciudad. La mujer, tradicionalmente responsable "del adentro", se ve obligada a salir, entrando también en competencia con el hombre, en especial porque suele encontrar trabajo más fácilmente, por lo general, en tareas domésticas.*

*(...) Los ancianos también sufren la diferencia: de personajes venerados, transmisores por excelencia de la cultura, donde sus experiencias y sus consejos son tenidos muy en cuenta, pasan a ser objeto de molestias en el proceso a una existencia urbanizada.*

*Los jóvenes y los niños son quienes incorporan más fácilmente las nuevas pautas, no sucediendo lo mismo con los adultos de la familia (...)*

*Este proceso de crisis, vertebrado por la necesidad del cambio, exige la redefinición progresiva de la autoridad paterna, antes incontestable. Aparece así, muchas veces, la violencia como medio de expresión familiar. (...)*

*La ingesta alcohólica (...) suele presentarse como el síntoma más relevante de la crisis. Recordemos que el alcohol posibilita una sensación de seguridad y como dice el paisano "vuelve como tigre a la oveja". (...)*

*El alcohol pasa a ser el eje del grupo que se reúne casi siempre para recordar los viejos tiempos. Con la desorganización de la ingesta, con el aislamiento y la estigmatización al que es sometido el alcoholista, el grupo se transforma para sus miembros en el referente de la pertenencia, en la isla donde el rechazo no existe (...)*

Este último tramo del texto muestra cómo muchos de los sentidos ya descriptos se anudan en la continuidad de un proceso de alcoholización que se va completando con las pautas que los grupos poblacionales traen de sus culturas y lugares de origen. Es así, que se produce un encuentro con nuevos sentidos, pautas, modalidades, problemas y soluciones que comparten las comunidades donde se insertan y de las que pasan a formar parte.

Así, los problemas de la supervivencia y la integración social y cultural se resuelven en un entramado donde las personas son literalmente *arrastradas* por sentidos que las atraviesan y se les imponen, en condiciones no elegidas, donde la vulnerabilidad y el riesgo son factores que propician la aparición de un problema de salud, al que parece imposible resistirse, sin contar con la ayuda adecuada.



## ACTIVIDAD

Les proponemos retomar los sentidos que el alcohol tiene para la comunidad con la que trabajan y que ya fueron relevados en la Unidad 1 y en la Unidad 2, donde se recogieron opiniones respecto de si la tendencia de uso nocivo de alcohol en la comunidad sigue la tendencia que señalan los números del continente.

Si como vimos en la Unidad 3 y en los ejemplos que acabamos de presentar, estos sentidos son resultado del particular *proceso de alcoholización* vivido por cada comunidad:

- ¿pueden describir cómo se fueron entretrejiendo los aspectos de ese proceso y desarrollando pautas de consumo? ¿qué significado tiene el consumo de alcohol para la comunidad?

Ahora bien, una vez descriptos, algunos aspectos del proceso de alcoholización:

- ¿qué relación encuentran entre su práctica en el Centro de Salud y la complejidad del problema que tienen que atender cotidianamente ante el problema del uso nocivo de alcohol en el área de su responsabilidad?

Sea cual sea la respuesta que le den a este último interrogante ¿qué reflexiones les suscitan?

A decorative border composed of a repeating pattern of small, interlocking triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

# Unidad 5

Hacia la definición de estrategias para el abordaje del problema del uso nocivo de alcohol en el primer nivel de atención

## Hacia la definición de estrategias para el abordaje del problema del uso nocivo de alcohol en el primer nivel de atención

*“Estos problemas complejos requieren para su abordaje el esfuerzo integrado de redes comunitarias y de redes interinstitucionales. Ya no depende del enfoque clásico médico en el cual un profesional hacía el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad (...) El abordaje de estas problemáticas y su efectiva aplicación es de orden eminentemente local y se deben realizar caso a caso porque no hay normas para poder dar cuenta de ellos como en otras áreas médicas, entonces esto exige una creación que se debe hacer caso a caso y paso a paso”*

Dr. W. Arrúe.<sup>1</sup>

### Introducción

El uso nocivo de alcohol se presenta, se percibe y se conceptualiza habitualmente como una enfermedad, pero también, como un comportamiento socio-cultural. Algunas investigaciones prueban que en la mayoría de los países de Latinoamérica, los trabajadores de la salud y los conjuntos sociales creen que el uso de alcohol es algo normal y en muchos casos hasta benéfico.

Esta variedad de presentaciones -y, diríamos también de conceptualizaciones- marcan claras diferencias en los modos de encarar la intervención técnica o abordaje terapéutico.

Es justamente esta naturalización de la *conducta alcoholizada* la que contribuye a sostener -y a no problematizar- las representaciones que los equipos de salud y la comunidad tienen del consumo de alcohol en términos de enfermedad. Por ello decimos que los diferentes usos del alcohol encierran una serie de procesos psicológicos, culturales y económicos, que no pueden ser abordados ni resueltos si se lo reduce solamente a una enfermedad.

Por todo ello es imprescindible preguntarnos, ¿en qué cuestiones necesita centrarse un equipo comunitario que desarrolla sus tareas en el primer nivel de atención, y qué elementos necesita sumar a su mirada, para pensar, proponer y llevar adelante una *modalidad local de abordaje integral del uso nocivo de alcohol*?

1. NOTA: CAPACITACIÓN EN SALUD. Los problemas sociales sanitarios complejos y el trabajo en red. En <http://www.elsan- tafesino.com/la-region/2007/08/30/6317>. Página web visitada el 24/3/2010.

# 1 - Dificultades para la detección e identificación del problema

Los equipos de salud reciben habitualmente consultas de personas que consumen alcohol, o bien, son depositarios de las quejas y pedidos de ayuda por parte de sus familiares, quienes se quejan que esta convivencia genera dificultades.

La demanda de atención referida al consumo de alcohol como problema, está íntimamente ligada a conflictos en las relaciones vinculares de índole familiar, laboral y/o comunitarias. Generalmente, dicho consumo no se identifica como un problema de salud, convirtiéndose -para la mirada de la comunidad- en una conducta individual caracterizada como cuestión *cultural* o *personal*. Sin una mirada que lo contextualice en las relaciones históricas de producción y reproducción de la vida de cada sujeto, el *uso nocivo de alcohol* puede ser visto como causa de los conflictos, y el sujeto que consume, como falta de voluntad para modificar su conducta.

A continuación, se mencionan algunas situaciones con las que se pueden encontrar los equipos comunitarios del primer nivel de atención:

- En las consultas, ante la pregunta acerca del consumo de alcohol, muchos adultos hombres y mujeres refieren que los fines de semana ingieren alcohol en reuniones sociales o familiares.
- En la consulta por anticoncepción y/o prevención de ITS, la mujer quiere usar DIU/ Inyectables, entre otras razones, porque el compañero consume alcohol/drogas y ella desconfía que él use preservativo.
- El equipo puede advertir discontinuidad en el cumplimiento de las pautas y seguimiento de controles de salud de niños/as ligado al consumo de alcohol/drogas por parte de la madre y/o el padre, o se registran situaciones de maltrato infantil, que van desde el abandono y la falta de cuidados hasta la explotación laboral y el abuso sexual.
- Hay jóvenes consumiendo alcohol o drogas en las cercanías y/o la entrada del Centro de Salud.
- Llegan jóvenes o adultos del barrio a Enfermería con heridas de diversa índole producidas por caídas, riñas o cualquier otra situación similar.
- Una madre/abuela/vecino concurre a pedir ayuda para su familiar que consume alcohol en forma excesiva, generando situaciones que desbordan la contención familiar.

El problema del uso nocivo de alcohol, como puede observarse, no es el protagonista principal de la mayoría de estas demandas; sin embargo, es parte de una escenografía omnipresente que las moldea, las acompaña y/o condiciona.

Muchos autores coinciden en que la mayoría de los sujetos para los cuales el

consumo de alcohol se ha convertido en un problema, no lo reconocen como tal, así como tampoco sus relaciones sociales, quienes consideran como normal beber mucho alcohol. En consecuencia desde allí, tampoco se percibe ni se identifica el problema en curso.

Las mujeres de la familia son quienes identifican antes el problema, sin embargo, esta detección no se traduce en una consulta temprana, ya que -en general- sólo tardíamente dejan de tolerar situaciones de alto nivel de conflictividad que las llevan a pedir ayuda. Por ello es importante que el equipo comunitario pueda proponer acciones que habiliten una consulta temprana.

Los pedidos de ayuda se expresan de muchas formas y buscan los caminos más aceptables para los sujetos. Ante estas situaciones, el equipo necesita pensar acciones y desarrollar estrategias para *visibilizar e instalar la problemática* no sólo como un problema a ser atendido por el personal de salud, sino también como un **problema social** que merece ser comprendido en su real magnitud.

## 2 - Sumando elementos que hacen posible un abordaje desde el primer nivel de atención

### 2.1. La perspectiva del equipo de salud

Muchas veces, dentro de los equipos comunitarios, el *uso nocivo de alcohol* no es reconocido como problema. Sea por falta de capacitación, por desconocimiento respecto de la forma de abordarlo, sea por no considerarlo un problema sanitario, por discriminación, o bien por ser un hábito propio o del entorno, es visto muchas veces como una *costumbre* sin detectarlo como un *problema de salud*.

Una primera cuestión es tener en cuenta la necesidad de *criterios técnicos y operativos* confiables para la detección precoz de los bebedores problemáticos, los bebedores incipientes y los bebedores excesivos ya que los signos que se usan en el sistema de salud para diagnosticar al *bebedor problema* no permiten realizar un efectivo diagnóstico precoz.

Se realizan con facilidad diagnósticos cuando los cuadros son irreversibles, o bien cuando los sujetos están en estado de franca ebriedad.

Es vital, entonces, que los equipos tomen conciencia de que las dificultades para el diagnóstico precoz se relacionan con el hecho de que no siempre los bebedores presentan estados precisamente *patológicos*, sino todo lo contrario, muestran un consumo *normal* de alcohol a los ojos de su comunidad. Por ello, es muy importante que los equipos reflexionen acerca de las particularidades de los *procesos de salud y enfermedad* en cada grupo poblacional en particular.

Según R. Pardo y E. Menéndez lograr esta diferenciación entre *salud y enfermedad* es decisivo porque el proceso de alcoholización “(...) *que incluye el consumo excesivo y problemático de bebidas alcohólicas, es parte constitutiva de numerosas sociedades en términos de comportamientos individuales y colectivos normales*”.<sup>2</sup>

Debido a estos y otros obstáculos presentes en las prácticas de los equipos, cobra relevancia utilizar otros indicadores estratégicos, relacionados con las conductas familiares, laborales y sociales, es decir, con la palabra de los sujetos involucrados. Es así, que el equipo debe abrirse a observar y escuchar aquello que surge en diversos ámbitos (en el mismo equipo, en quienes concurren a una consulta, en la comunidad, etc.) acerca de que algo le sucede a ese sujeto, a esa familia, en ese grupo, en esa comunidad, en relación al **vínculo que se establece con los otros, a partir del manejo o consumo que se tiene del alcohol.**

Es crucial revisar aquello que impide arribar a la detección y diagnóstico del problema, **analizando la propia práctica y el modo de posicionarse ante esa realidad.**

Teniendo en cuenta estas observaciones respecto del diagnóstico realizado a través de consultas consideramos que siempre:

- debe incorporarse alguna dimensión de la temática del *consumo nocivo de alcohol*, como potencial problema de salud, en los controles de salud y la totalidad de las actividades de promoción y prevención que se realicen;
- deben buscarse activamente los signos y síntomas de este consumo, cualquiera sea su expresión, evaluar los riesgos y actuar para disminuir su impacto;
- debe capacitarse a todo el personal del centro de salud para poder detectar y recibir los casos sin subvalorarlos, discriminarlos o criminalizarlos;
- El espacio privilegiado para el trabajo e intercambio del equipo sobre su práctica es la **reunión de equipo**, que puede definirse como una actividad interdisciplinaria con la participación de todos los trabajadores del centro de salud y donde es posible revisar las miradas, proyectar acciones y elaborar estrategias conjuntamente acerca de los problemas planteados y/o detectados.

#### ACTIVIDAD:



- Les proponemos que se encuentren con los compañeros del centro de salud y conversen en la reunión de equipo sobre cómo incluir la problemática del *uso nocivo de alcohol* en las consultas, en los controles de salud y actividades de promoción y prevención.

2. MENÉNDEZ, E. Y PARDO, R. : De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Editado por CIESAS- México, 1996.

- Para ello sugerimos, entre otras cuestiones, revisar la consulta diaria, las historias clínicas de las personas que concurren al centro de salud y, reflexionar sobre la posibilidad o no de incorporar algún dato directo o indirecto relativo a este tema.
- En el caso de incorporar un nuevo elemento, expliciten qué agregarían y cómo.
- Luego de este intercambio, compartan esta información con el facilitador.

## 2.2. Tareas de prevención

Como vimos en la unidad 1, la estrategia de APS plantea claramente la necesidad de que la comunidad sea protagonista de las soluciones respecto de los problemas referidos a la enfermedad y de las propuestas para promover la salud, en el marco de una mejor calidad de vida.

Existe cada vez más acuerdo en que la conceptualización e identificación de los problemas debe amoldarse a cada persona, a cada grupo en particular y, que las acciones referidas a los mismos no deben estar centradas exclusivamente en el equipo de salud.

En este sentido, en la prevención del uso nocivo de alcohol es muy importante dar *continuidad* a las estrategias surgidas del trabajo conjunto entre el equipo y la comunidad teniendo en cuenta algunas cuestiones esenciales a la hora de pensar, diseñar y planificar acciones de prevención.

Una de las cuestiones que deben considerarse es la necesidad de *detectar tempranamente* las situaciones de uso nocivo de alcohol, pues gran parte de esta problemática puede caracterizarse como *demanda oculta*. La *detección precoz* es un objetivo a alcanzar, ya que por lo general, las personas que consumen no lo conciben como una forma de perturbación de su salud, no advierten el problema y/o lo ocultan por temor a ser discriminados o sancionados socialmente.

Otra cuestión vital es saber escuchar y también articular el trabajo con los líderes comunitarios, vecinos, diversas organizaciones y referentes barriales, que puedan aportar datos sobre este problema.

## 2.3. Trabajo en red

*“Las redes son formas de interacción social, definidas por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas*

*necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos.*<sup>3</sup>

Sostener una modalidad de **trabajo en red**, es esencial en el Primer Nivel de Atención, porque permite una mayor eficacia en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad de una población.

Una estrategia de este tipo requiere tiempo, y una disposición del equipo para esperar, intercambiar con la comunidad y no irrumpir con un intervencionismo liso y llano, de modo de no quitarle a los protagonistas la posibilidad de asumir la responsabilidad y decisión que les compete en lo que se refiere al cuidado de su salud y su vida.

La alternativa del trabajo en red permite potenciar los recursos existentes:  
*“ (...) creemos que es la consideración pormenorizada del estilo local quien indicará algunos de los rasgos que conformaría un enfoque integral que incluya los aspectos orgánicos e individuales pero también los familiares y socioculturales.”<sup>4</sup>*

La potencialidad de la configuración en redes trasciende la conocida referencia y contra-referencia entre los niveles de atención, pues, a partir de la entrada en la red, se establecen vínculos de solidaridad y nada de lo que ocurra en un ámbito determinado puede ser ignorado en otro.

Las redes locales consisten en el intercambio y la comunicación fluida entre las instituciones y organizaciones en cuyas estructuras están incluidos los miembros de la comunidad o están constituidas por los mismos (establecimientos educativos y recreativos, clubes, grupos de ayuda, comedores comunitarios, guarderías, iglesias, instituciones de fomento, asociaciones civiles, ONGs, radios locales, etc.), para actuar en función de problemas y situaciones, con el fin de resolver y prevenir sus consecuencias.

Las redes son redes de personas, es decir, involucran y vinculan a las personas. Por fuera de las personas, no es posible pensarlas. Los cargos o funciones no se conectan por fuera de las personas que los ocupan.

Las redes están constituidas tanto dentro como fuera del sistema de salud, algunas instituidas previa y formalmente, y otras, se van gestando informalmente a partir de las necesidades compartidas por las personas y llegan a alcanzar un grado de vinculación y articulación muchas veces más duradero y efectivo que los que se construyen en algunas redes formales.

Se pretende de este modo y con esta dinámica tender a la creación de lazos de pertenencia que, en la medida en que permitan actuar con mayor celeridad y eficacia, irán creando su propia necesidad y legitimidad. De esta manera ya no importará cuál ha sido la instancia de abordaje inicial del problema, pues será atendido por igual y con la misma responsabilidad y dedicación por toda las instituciones que conforman la red.

El proceso de su construcción comienza por el *reconocimiento* que expresa la necesaria aceptación de la existencia del otro y de su heterogeneidad de

3. Módulo 9 de Salud y Redes.  
 Posgrado en Salud Social y Comunitaria.  
 Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

4. ARRÚE, W. y KALINSKY B.: El alcohol, la cultura y la región. (Visión local de las pautas actuales de consumo) en Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario N° 42. 1987

funcionamiento con respecto a la propia disciplina o institución. A partir de que el otro es reconocido y aceptado como par co-responsable de la atención, empieza a ser incluido en la percepción y a ser conocido y entendido en su accionar, lo que conducirá a que pueda establecerse una colaboración (en el sentido de *trabajar-con*), en un vínculo de apoyo y ayuda recíproca. Cuando esta relación se torna estable, puede hablarse de un vínculo de *cooperación* (en el sentido de operar en forma conjunta), que implica un mayor nivel de complejidad, ya que parte del supuesto de que existe un problema en común y un compartir sistemático de actividades.

Con esta lógica se va recreando la trama social y restituyendo los lazos sociales sin recurrir exclusivamente a la organización jerárquica, generando en las personas, instituciones y organizaciones que la conforman *capacidad instalada* para dar respuestas a situaciones y problemas de salud complejos.<sup>5</sup>

*“El incremento continuo de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la escasa eficacia de las prácticas médicas para reducir el problema, condujo durante los años ‘60 y los ‘70 a cuestionar el paradigma dominante, incluidos la definición de alcoholismo como enfermedad y el modelo asistencial de intervención (...) se reconoce la múltiple causalidad del problema, así como la necesidad de aplicar una aproximación multisectorial a la solución (...) centrar en el sector salud la solución de los problemas y de las consecuencias generadas por el consumo de alcohol, así como la definición médica de alcoholismo, obstaculizan la inclusión de otras perspectivas de análisis y de intervención.”<sup>6</sup>*

Proponer entonces una dinámica de **trabajo interdisciplinario e intersectorial** propiciando la participación de todos los actores en la conformación de una red, que facilite la comunicación entre el equipo de salud, la comunidad y los distintos sectores del Estado, implica poner en marcha **acciones coordinadas** para poder brindar las respuestas más eficaces.

Es de vital importancia que el equipo junto a la comunidad, participe activamente en la conformación y funcionamiento de la red local.

Es necesario también contar con un **recursero o guía de recursos locales**. Es esta una herramienta imprescindible que permite recurrir a los actores que conforman la red, a fin de que las acciones de prevención y asistencia puedan realizarse de manera rápida y eficaz.

Para contar con una guía de recursos locales se debe confeccionar un listado donde figuren teléfonos, direcciones y horarios de todas las instituciones estatales, ONGs, grupos de ayuda, etc., orientados directamente o no a la atención de la problemática y pertenecientes a la jurisdicción. Es muy importante elaborarlo informándose y registrando todos los datos posibles a través de comunicaciones y visitas a las instituciones y organizaciones barriales y, mantenerlo actualizado. A su vez, la información recopilada, para ser útil, debe encontrarse disponible durante todo el horario en que el centro de salud esté abierto, y, a su vez, deben tenerla todos los integrantes de la red.

5. ROVERE, M.: Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. El Agora, 2º Edición - Córdoba, Argentina, 2006.

6. MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Editado por CIESAS-México, 1996.

Pensamos que esta tarea puede contribuir, a fortalecer la inserción del equipo para trabajar con la comunidad y para iniciar, justamente, la conformación de las redes locales de trabajo.



#### ACTIVIDAD

Les proponemos que realicen un relevamiento de las posibles redes locales. Para ello les sugerimos que registren:

- cuáles son las organizaciones e instituciones que trabajan con este problema,
- si son formales o informales,
- qué características tienen y cómo funcionan,
- si las conocen y, si es así, si han articulado acciones con esa red,
- ¿forman los integrantes del equipo comunitario parte de alguna red?
- ¿qué otras redes conocen aunque no sean parte?

Les sugerimos que luego de este intercambio construyan una guía de recursos locales teniendo en cuenta:

- cuáles de ellas son un recurso para trabajar el uso nocivo de alcohol,
- quiénes las conforman,
- dónde están localizadas,
- listar otros recursos identificados en su comunidad,
- realizar visitas para recabar información sobre su funcionamiento y posibilidad de articular acciones,

Por último, confeccionen un listado con los teléfonos, direcciones y horarios y ubicarlo en un lugar visible para todo el personal durante todo el horario de atención.

Compartan esta producción con todo los integrantes del Centro de Salud, con el facilitador y con los integrantes de la red.

### 3 - Marco para una estrategia de abordaje del uso nocivo de alcohol

El uso nocivo de alcohol y -consecuentemente las estrategias para el tratamiento y la prevención con que se intenta abordarlo- no pueden entenderse si no se las refiere al sistema cultural en el que se desarrollan. Por ello, el conocimiento que el equipo comunitario tenga del contexto sociocultural de la comunidad con la que interactúa es fundamental, siendo ésta una condición imprescindible para tratar cualquier problema de salud. Cada contexto particular incide en el desarrollo y sostenimiento de los problemas de salud más habituales.<sup>7</sup>

Desde esta mirada se debe trabajar a partir de la **participación social** poniendo el acento en acciones que requieran la **organización comunitaria**.

La participación social no es curativa en si misma. Pero, la participación de los individuos en sus problemas de salud y el esfuerzo conjunto por integrar a todos los miembros genera nuevas ideas, nuevos modos de influir en la conducta, nuevas estrategias de resolución, así como a veces, es el mismo grupo social el que impulsa y mantiene la alcoholización, otras, puede ser también quien ayuda a luchar contra ella.

Sin embargo, es necesario discutir en cada caso las nociones de participación social y el punto de vista de la comunidad para poder trabajar con ellas en un mínimo acuerdo entre el equipo de salud y la población, teniendo en cuenta que ninguna población es totalmente homogénea, sino que encierra en su interior todo tipo de heterogeneidades.

**Sólo a partir de entender cuáles son las condiciones que están operando en cada caso, se puede comenzar a pensar un abordaje posible.** Para favorecer la participación social y contribuir a reducir los daños ocasionados a la salud, el equipo debe conocer -en primer lugar- las necesidades de la comunidad en un sentido amplio e involucrarla en la toma de decisiones.

Esto significa promover el desarrollo de actividades donde la población pueda participar en la formulación de los problemas que requieren atención, y acciones de prevención y promoción de la salud por un lado y, por otro, acompañar a la comunidad en dichas actividades.

Algunos autores<sup>8</sup> plantean que los hábitos, que dañan la salud de las personas y también son perjudiciales para su familia y entorno pueden evitarse, siempre y cuando se llegue a comprender por qué se generan, qué lugar ocupan y qué función cumplen en la vida social.

Asimismo, la propuesta de intervención también se basa fundamentalmente en la **organización comunitaria**, dado que son muy pocos los sujetos que pueden

7. MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: nos traen un ejemplo de ello cuando hablan del consumo de bebidas alcohólicas azucaradas en México. Creen que los equipos de salud debieran conocer este hábito y que el mismo influye negativamente en la generación de diabetes. Esto no se confirma en el estudio realizado, sino todo lo contrario se desconoce esta consecuencia que produce este patrón cultural alimentario. En obra citada.

8. WERNER, D.: Donde no hay doctor. Guía para campesinos que viven lejos de los centros médicos. Pax, México. 1987.

abandonar el hábito de consumo nocivo de alcohol de inmediato. En general, las personas necesitan contar con el apoyo de su familia, de sus amistades y quizás de otros que sufran el mismo problema.

Cuando hablamos del tratamiento y seguimiento de las personas que hacen un uso nocivo del alcohol debemos decir que los afectados y sus familias cumplen con dificultad las indicaciones del equipo. Por ello, es necesario hacer una mejor y más completa evaluación de las situaciones, modificando las estrategias implementadas a fin de garantizar una intervención oportuna y adecuada.



## ACTIVIDAD

A continuación se presenta el relato de un caso que ilustra -entre otras cuestiones- cómo llega el problema del uso nocivo de alcohol a un centro de salud, “mezclado” con otras cuestiones y problemas. Te sugerimos que lo leas, es nuestra intención invitar a una reflexión a partir de la lectura...

*Anselmo de 55 años concurre habitualmente al centro de salud para solicitar recursos y que le gestionen el documento de identidad. En esas ocasiones lo recibe la Trabajadora Social.*

*Generalmente, el resto del personal lo evita y rechaza debido a su estado de alcoholización: se hacen comentarios descalificatorios, no resulta bien tratado en la recepción, etc.*

*Anselmo manifiesta tener problemas con la policía ya que al no tener documento lo detienen por averiguación de antecedentes cuando sale a recolectar cartones.*

*En el Centro de Salud se lo ha referenciado en varias oportunidades al médico generalista para que realice los controles de salud correspondientes, pero nunca asiste a los turnos que se le ofrecen.*

*En una oportunidad consulta al médico por una afección diarreica importante. El médico luego de entablar un vínculo con él intenta introducir el problema del uso de alcohol y le propone una entrevista conjunta con la psicóloga, a la cual no asiste.*

*Tiempo después vuelve al centro alcoholizado y solicita muy angustiado que se lo interne debido a una hemorragia (proctorragia) que presenta hace unos días. Como el médico no estaba en ese momento, se lo referencia la hospital más cercano pero plantea no poder asistir.*

*Al día siguiente se realiza una visita domiciliaria en la cual el equipo conoce a su familia, conversa sobre el problema de salud (alcoholismo, diarreas, hemorragias) y le propone una internación en el hospital de referencia.*

*Ante la propuesta, Anselmo se niega alegando que debe trabajar, que no puede dejar a su familia; a su vez los hijos y la pareja se muestran dudosos y ambivalentes respecto de esta posibilidad.*

*El equipo se plantea entonces otras posibles estrategias para continuar interviniendo en esta situación: surge el interrogante respecto del sentido que tendría la internación sin poder trabajar esta opción a nivel familiar a través de entrevistas domiciliarias, la importancia de realizarle un estudio clínico general, la posibilidad de que Anselmo inicie un tratamiento psicológico, etc.*

*Comienzan a realizarse las entrevistas domiciliarias con algunos integrantes del equipo en las cuales Anselmo reconoce no estar bien, refiere tener temblores cuando no consume alcohol y, comienza a plantearse la necesidad de recibir ayuda; su familia también solicita que se lo ayude.*

*Se retoma progresivamente la propuesta de la internación, pero, nuevamente es rechazada y esta vez cuando el equipo concurre al domicilio ya no se los recibe...*

Una vez leído el caso, te proponemos que lo discutas con el resto del equipo de salud de tu centro, pero antes, te invitamos a pensar en las respuestas a algunas preguntas individualmente. La idea es llegar al intercambio conjunto habiendo pensado algunas cuestiones acerca de este caso, para dar más riqueza a lo que se puede producir entre todos:

- 1 - ¿Por qué crees que el conjunto del personal del Centro de Salud evita a Anselmo?
- 2 - Se puede/debe trabajar esa evitación ¿por qué?, ¿para qué?
- 3 - ¿Cómo se te ocurre que se puede trabajar la evitación de las personas alcoholizadas por parte de los integrantes de los equipos?
- 4 - ¿Por qué creés que Anselmo no concurre a las diferentes citas con el médico y la psicóloga? ¿Por qué no quiere concurrir al hospital?
- 5 - ¿Cuáles pueden ser estrategias para *convocar* a las personas cuyo consumo de alcohol es nocivo para trabajar con su problemática?
6. El equipo que trabaja con el caso hace un esfuerzo importante por entablar contacto con Anselmo y su familia, también por idear estrategias que eviten la temida internación, sin embargo algo falla en el intento de armar ese vínculo. ¿Qué pensás que pasó?

Abriendo posibilidades:

- ¿Habrá más actores que puedan intervenir en esta estrategia?  
P.e.: alguien que ayude a Anselmo a desarrollar una tarea que no requiera estar en la calle, alguien que ayude a su familia cuando él no está.
- ¿Puede el Centro de Salud convocar o articular su tarea con organizaciones de ese tipo?
- ¿Hasta dónde llega la responsabilidad del Centro de Salud?
- ¿Qué función cumple la derivación en este caso?

- ¿Se podría afirmar que la derivación se termina “alineando” con la evitación y reforzándola?
- ¿Por qué sucede esto? ¿Cómo evitarlo?
- ¿Hasta donde se debe traccionar del vínculo con el otro si se desea seguir ayudando?
- ¿Existen indicadores que nos permitan saber cómo debemos manejarnos en esa situación?

## 4 - Relatos de experiencias

En este apartado se presentan dos experiencias para pensar acerca de estas cuestiones.

La primera es el relato de un caso en forma de cuento, con el que que W. Arrué abre su libro *De salud y otras yerbas*<sup>9</sup>. La segunda es una experiencia de trabajo comunitario que fue presentada en el Encuentro Nacional del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención *Promoción de la Salud: El recorrido para encontrarnos*, realizado en Buenos Aires en Diciembre de 2009.

### Primer relato

#### Justicia y salud

*En las celdas de la alcaidía, también hay soledad. (...)Es una soledad distinta. Quizás por lo obligada. También es distinto el colorido. Un gris opaco que no permite el ingreso de otro tono.*

*Esto reflejaba el semblante del nuevo interno en la alcaidía de San Martín de los Andes.(...)Remigio se mostraba como un hombre corpulento, tímido, de muy pocas palabras. No participó en la conversa grupal, pero me tendió su mano con fuerza cuando me despedía.*

*-Espero que la próxima podamos hablar un poco. Y si quiere, lo hacernos en mi consultorio.*

*Su mirada me contestó afirmativamente. (...)*

Finalmente cuando se produce el encuentro Remigio se expresa con estas palabras:

9. Arrue, W.: De salud y otras yerbas. Cuentos. El Escriba. Buenos Aires, 2006.

*-Mire, doctor, me siento mal porque estoy preso. Pero además porque realmente no entiendo lo que me pasó. Fui al hospital a visitar a mi hijo Carlos, que estaba internado. Ahí me encontré con mi amigo Eusebio. Como íbamos para el paraje, me bajé del caballo y juntos encaramos la huella. Llevábamos unas cajas de vino y una damajuana de cinco, así que empezamos a tomar. Y ya no me acuerdo de nada. Pero por lo que me contaron, parece que lo corté. Y así debe ser nomás, porque era mi cuchillo el que estaba con sangre. Lo mismo que mi ropa.*

*Remigio era el lonko de la comunidad Colipe, que vive a orillas del lago Trahuén. Hombre respetado y querido...(…) también era conocido por su afición al alcohol. Podía estar varios días sin probar un vaso, pero bastaba que hubiera una ocasión social, sea un velorio, una señalada, carreras cuadreras, un encuentro de taba y sobre todo la bajada al pueblo, para que se embriagara. De nada habían valido los pedidos de su familia ni los consejos de algunos vecinos.*

*-Estoy preocupado por mi familia. Dejé el madereo recién empezado. Y el tiempo se termina. Para peor Carlos, mi hijo mayor, se rompió el brazo. Mi mujer tuvo que aceptar la ayuda de los parientes. El otro día se perdió uno de los bueyes de la yunta y salió a campearlo de noche mi hija Magdalena. Pobre, encima tuvo que dejar la escuela. Un poco por la vergüenza, y otro poco porque debe cuidar los chicos. Mi mujer tuvo que emplearse en casa de familia, sabe. Y en las visitas me cuentan estas cosas y no sé para dónde tirar.*

*-Me parece importante que se dé cuenta que la familia necesita de usted más que nunca. Debe continuar apoyándolos, ahora desde acá, para que puedan vivir lo mejor posible en esta situación difícil por la que están pasando. Para eso usted debe prepararse.*

*(…)*

*Remigio era un preso atípico. Sus compañeros, siendo más jóvenes, eran casi todos reincidentes, y conocían las reglas de juego de la alcaidía. Otra diferencia estaba en el estilo de Remigio: muy callado, sin llegar a la hosquedad, su prudencia le ganó el respeto de sus compañeros y del personal policial.*

*Su defensa, a cargo en un principio del defensor oficial, fue tomada por (…) un joven abogado del pueblo. Se hizo cargo en forma gratuita, luego de que delegados de la comunidad mapuche se lo solicitaran.(…)*

*Siempre me llamó la atención lo conflictivo que resulta a los pobladores mapuches tradicionales el acogerse al dictado de la justicia huinca. Es que la justicia mapuche tiene otros modos. La resolución del problema la siguen teniendo los protagonistas de los hechos. El ofensor y el ofendido, o sus deudos, dirimen en un marco familiar y comunitario sus problemas. En dicho sentido, el lonko y el grupo de consejeros ancianos intervienen como moderadores. El objetivo es ponerse de acuerdo en el modo de reparar la ofensa. Lejos de delegar la cuestión en manos de especialistas profesionales, llámense abogados o jueces.*

*Adopté esta modalidad en mis intervenciones laborales. (...) También fue mi intención en el caso de Remigio. Pues si bien quedaba claro su falta de conciencia cuando protagonizó el evento, no era la primera vez que había hecho daño al alcoholizarse. Al menos desde lo terapéutico, le cabía una responsabilidad. Ante los familiares de la víctima, ante su propia familia, ante su comunidad y ante sí mismo.*

*Participó durante mucho tiempo en el Grupo de Rehabilitación de Alcoholismo del Hospital. En su proceso, no sólo recibió y aceptó el apoyo de sus compañeros, sino que posteriormente se dedicó a ayudar activamente a los nuevos integrantes. Así comprendió cabalmente la utilización personal del vino para intentar el escape a una realidad difícil. También entendió el papel que el alcohol había jugado en el sometimiento político de su pueblo, y no sólo durante la llamada conquista del desierto.*

*A pesar del encierro a través de las visitas y reuniones familiares, pudo aconsejar a sus hijos, escuchar y consolar a su esposa, enseñar algunos secretos a su hijo mayor para el manejo de los bueyes y el madereo, sobre todo, retomar, en la medida de lo posible, su función como padre y esposo.*

*Se acercaba el tiempo del nguillatún, la rogativa mapuche anual. Era el momento del encuentro de los miembros de la comunidad. Por ser el lonko, Remigio desempeñaba tradicionalmente un papel esencial en la ceremonia. Así una comisión se acercó a la alcaidía y acordó con Remigio que pedirían, cada uno por su lado, autorización para que estuviera presente en la rogativa.*

*El juez se hizo eco del pedido y lo autorizó, en abril del 97, a concurrir sin custodia policial al encuentro. (...) Remigio aprovechó el nguillatún para hacer pública su renuncia al importante cargo comunitario. También se comprometió a tratar de reparar a los familiares de la víctima. (...)*

*...estuvo detenido alrededor de un año. (...) Actualmente trabaja en la construcción en el pueblo, donde concurre diariamente desde su paraje. Su hijo está a cargo del madereo. Le gustó la actividad y es un experto con los bueyes. Su hija le dio un nieto hace poco tiempo.*

*Sigue siendo respetado. También por él mismo.*

### **¿Por qué nos interesa analizar este caso?**

Este relato muestra el concepto central desde el que el autor plantea el abordaje del uso nocivo de alcohol: la responsabilidad del sujeto desde lo terapéutico.

Para que tal responsabilidad pueda generarse es necesario procurar espacios de rehabilitación que posean características del trabajo comunitario, ya que -como venimos planteando- siempre es la comunidad quien debe debatir y buscar soluciones sobre el problema. Es decir, si efectivamente se trata de un problema,

cuál es el alcance que tiene, cuáles son las posibles respuestas que se dan, etc. Otra cuestión por la que resulta importante este relato es que permite visualizar cómo un caso de consumo no frecuente puede ocasionar todo tipo de daños.

Recordemos que definimos al *uso nocivo de alcohol* como aquellas *consecuencias negativas que se derivan de su uso para quienes lo consumen, o para quienes no lo consumen* comprendiendo tanto las consecuencias físicas de consumir alcohol en alguna ocasión, como las de consumirlo periódicamente y todos aquellos hechos que pueden asociarse a su uso de alcohol como accidentes, violencia en cualquiera de sus formas, tanto si fueron provocadas por consumidores ocasionales o frecuentes, como si fueron consecuencias de haber consumido poco o mucho alcohol.

Por último, en lo que se refiere al abordaje del mismo, creemos que este caso nos muestra cuán fundamental es darle un lugar a la *contextualización* y *comprensión* por parte del sujeto, de lo que implica el uso o no uso nocivo del alcohol en el abordaje terapéutico. Imprimiendo así un *sentido nuevo* que permite ampliar el horizonte de la persona en rehabilitación, posibilitando de este modo, asumir una *nueva posición* ante el problema, entendido en sus diferentes dimensiones.

## ACTIVIDAD

Te proponemos que comentes el relato con el resto de los integrantes del CS y analicen entre todos algunos aspectos en particular:

- ¿Cómo intervienen el profesional, la familia y la comunidad en este relato?
- ¿Qué hace que este caso sea “particular”?
- ¿Qué elementos pueden identificarse en el relato que hayan jugado un rol terapéutico en Remigio y su entorno familiar?, ¿Cuáles son?
- ¿Podría haberse producido y resuelto de forma similar en otra comunidad?

## Segundo relato

Esta segunda experiencia que presentamos es la de un Centro Integrador Comunitario que desarrolló una estrategia de promoción de la salud para abordar el uso nocivo de alcohol en la comunidad desde el trabajo con otros determinantes de la salud. He aquí el relato:

En el C.I.C (Centro Integrador Comunitario) de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia del Chaco, se abordaron distintas problemáticas traídas por la comunidad de las cuales nos interesa citar aquí:



- ⊙ La referencia de los vecinos a la suciedad y abandono del barrio en todos los aspectos, ya que no se contaba con servicio de recolección de residuos.
- ⊙ El relato de las mujeres sobre las dificultades para concretar iniciativas de planificación familiar porque sus esposos, algunos de los cuales presentaban altos consumos de alcohol, imponían su voluntad.

El equipo del Centro de Salud ante la complejidad de estas cuestiones resolvió adoptar una modalidad de trabajo intersectorial y participativa, convocando a distintos actores: la iglesia católica, la iglesia evangélica, distintas ONG, escuelas, líderes barriales y fuerzas de seguridad para realizar actividades de promoción de la salud.

Las acciones que decidieron implementar fueron:

- ⊙ Convocar a los hombres que presentaban mayores problemas con el consumo de alcohol, junto con los beneficiarios del Plan Jefes de Hogar, y solicitarles que colaboren con un proyecto de embellecimiento del barrio a través de la recolección de residuos en la vía pública.
- ⊙ Aceptada la proposición se fabricó un pequeño carro con ruedas de bicicletas, que era empujado por el encargado de la recolección.
- ⊙ La tarea se organizó del siguiente modo: cada cuatro manzanas había un encargado con algunos ayudantes que rotaban en los horarios y, cada grupo disponía de dos horas para el uso del carrito.

Los resultados fueron:

1. El servicio de recolección se puso en funcionamiento con la participación de todos los convocados.
2. Hoy este servicio se amplió a la limpieza de los canales de escurrimientos de aguas y desmalezamiento.
3. Se ha llevado a cabo la fumigación en la campaña del Dengue.
4. Se incrementó el número de personas que colaboran en esta tarea, siempre priorizando la incorporación de aquellos que tienen problemas con el consumo de alcohol.

Actualmente el proyecto fue absorbido por el municipio debido al gran progreso poblacional que ha sufrido el barrio, haciéndose necesario agilizarlo para que llegue diariamente a una población cada vez más numerosa y distribuida en un radio territorial más extenso.

Asimismo, como era necesario formalizar las actividades laborales de los integrantes del servicio, se continuó manteniendo la articulación de las tareas que originariamente los convocaron y se agregaron otras, en las que ellos mismos pudieran participar junto al equipo realizando acciones de promoción y prevención en salud, en distintas instituciones educativas y religiosas, en sus propias manzanas y ámbitos laborales.

Las familias coincidieron en que para las personas que hacían uso nocivo de alcohol, estas tareas significaron:

- una ocupación de dos horas que produjo un cambio notorio, ya que tenían un motivo cada día para levantarse, mantenerse sobrios y relacionarse con otros;
- a partir de la inclusión en un proyecto con otros, estas personas se vieron estimuladas en su tarea y acompañadas;
- los aspectos personales de higiene y consumo también fueron mejorando bajo el siguiente razonamiento: *si yo soy el encargado de la limpieza de mi manzana, ¿cómo iba estar desalineado, ebrio o con mi propio terreno sucio?*;
- las personas asumieron la responsabilidad de asistir a las reuniones quincenales donde se conversaba sobre el desarrollo del proyecto y sobre temas de salud que como por casualidad se iban incorporando;

A pesar de que muchos de los primeros integrantes ya no están, pues han conseguido otros trabajos, siguen participando de las reuniones para testimoniar sobre su experiencia y funcionan como referentes coordinadores de los nuevos que ingresan.

En el año posterior se trabajó junto a las esposas de aquellos hombres que consumían alcohol sobre situaciones de *Violencia Familiar* realizando capacitaciones en el tema y en la difusión de la importancia de la *Salud Sexual y Procreación Humana Responsable* integrando a las comunidades de los pueblos originarios con charlas en sus idiomas autóctonos (Qom).

Nuestra lectura de la experiencia nos lleva a pensar que si como afirma la OMS los determinantes sociales de la salud son “*circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida.*” (OMS, 2003) y, si por otro lado la salud es una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico, constituye un desafío para los trabajadores desarrollar prácticas innovadoras para producirla.

*“(...) el campo complejo actual de los problemas de la salud humana, en el cual se multiplican las esferas conflictivas del quehacer del hombre, constituye un desafío para los profesionales e investigadores de la salud y para los científicos sociales, llamados a innovar en los conceptos y formas de abordaje de la práctica en salud. A pesar de las series de éxitos y soluciones obtenidas, los esfuerzos de las prácticas ante la enfermedad, no deberían centralizarse en las tareas reparadoras, restauradoras de la salud perdida. El esfuerzo social para alcanzar la salud no debe circunscribirse a la acción y vigilancia sistemáticas (que consisten en prevenir o rechazar el agente agresor colonizador del cuerpo) (...) El reto consiste en conocer y actuar sobre las variables bio-psico-socioculturales capaces de acompañar un estilo de vida saludable para el hombre. Es el modo de vida el determinante del bienestar humano. (...) el nuevo espacio que proponemos puede generarse o –acaso está ya en vías de generarse– y debe ocuparse*

*de los grandes problemas sociales que están demandando urgente solución en nuestra sociedad contemporánea.”*



## ACTIVIDAD

Tomando como insumos las experiencias relatadas y, partiendo de la identificación de problemas de uso nocivo de alcohol, pero también de la presencia de otros problemas de salud asociados, proponemos que el equipo comunitario planifique -al menos- una estrategia de trabajo innovadora para el problema del *uso nocivo de alcohol*, que considere

- Partir de uno o dos problemas explicitados por la comunidad –y si es posible priorizados participativamente con ella- vinculados al uso nocivo de alcohol.
- Tomar en cuenta diferentes determinantes que participan de la construcción de los problemas seleccionados y el particular proceso de alcoholización en esa comunidad
- Incluir la definición de un modo de abordaje novedoso para el problema del uso nocivo de alcohol.



# **Bibliografía**

## Bibliografía utilizada

- W. ARRÚE Y B. KALINSKY: *El alcohol, la cultura y la región. Visión local de las pautas actuales de consumo*. En Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario N° 42., 1987.
- M. ARZENO, M. CASTELO, G. CIOPELLINI, E. CIOPELLINI, E. CIVETTA, A. COHEN Y L. SUREDA: *Diagnóstico de Alcoholismo*. Biblioteca CM de Mar del Plata, 1997.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, 21 de noviembre de 1986.
- CORNAGLIA, C.I.M.: *Coordinación en los grupos Institucionales de Alcoholismo*. Cuadernos sobre alcoholismo, N° 2. Centro de referencia Nacional sobre alcoholismo. Córdoba, Septiembre de 1994.
- *Los problemas sociales sanitarios complejos y el trabajo en red*. Nota extraída de <http://www.elsantafesino.com/la-region/2007/08/30/6317>. Página web visitada el 24/3/2010.
- Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008. Anexo Metodológico. Página Web del INDEC: [www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar). Consultado el 18/01/2010.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/12\\_Alcohol.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/12_Alcohol.pdf). Año 2006. Consultado 28/4/2010.
- Entrevista inédita al referente de Grupos G.I.A. de Avellaneda, realizada por integrantes del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias de Berisso, Pcia. de Bs. As., en el marco de una investigación relacionada al uso nocivo de alcohol. Año 2001-2002.
- Entrevista al Dr. W Arrúe. En <http://organismos.chubut.gov.ar/adicciones/2009/12/17/la-sociedad-es-muy-hipocrita-en-lo-que-hace-al-alcohol>. Dirección de Prevención y Asistencia a las Adicciones de la Pcia. de Chubut. Consultado el 24/3/2010.
- *El antropólogo E. Menéndez y su cuestionamiento al modelo hegemónico de la biomedicina* Diario Página, 12 junio 2008.
- Entrevista al Dr. Benedetto Sarraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Sustancias Abusivas de la Organización Mundial de la Salud. 25/8/2009.

- EVRARD, S.G.: *Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal*. Archivos Argentinos de Pediatría, 2010.
- GONZÁLEZ, A. y WALLACE, S.: *Industria cervecera y proceso de alcoholización: El Caso de la Cervecería Quilmes*. Cuadernos Médicos Sociales de la asociación Médica de Rosario.
- MENÉNDEZ E. L.: *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 1988.
- MENÉNDEZ, E. y PARDO, R.: *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización*. Editado por CIESAS. México, 1996.
- MENÉNDEZ, E. L.: *Antropología del alcoholismo en México*. Ediciones de la Casa Chata. Primera edición. México, 1991.
- MENÉNDEZ, E.: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, D.F., 1990.
- MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R.: *Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones*. Cuadernos Médicos Sociales de la Asociación Médica de Rosario N°79. 2001.
- MIGUEZ, H: *Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina*. Acta psiquiátrica y psicológica de America Latina. Vol 46/ N°3. Septiembre de 2000.
- Módulo 2: Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Módulo 9: Salud y Redes. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación, 2006.
- Publicación de la OPS: *Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción*. En [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf). 2007.
- ROVERE, M.: *Redes en Salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. El Agora, 2º Edición. Córdoba, Argentina, 2006.
- VERRUNO, C.: *Alcoholismo*, Cap. 3. Módulo 4, Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP), Sociedad Argentina de Pediatría, 2001.

**AUTORES**

**Lic. María Eugenia Bagnasco**

**Dra. Diana P. Juárez**

**Lic. Adriana Sznajder**

Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de la Nación.

**COLABORADORES:**

**Lic. Aldo Pablo Domanico**

**Lic. Juan Pablo Montserrat**

Programa Nacional de Prevención frente al uso excesivo de alcohol. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.

**EDITOR**

**Programa Médicos Comunitarios**

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

**SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS**

**Dra. Diana P. Juárez**

**DISEÑO DIDÁCTICO**

**Lic. Adriana Sznajder**

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

**Dcv. Pablo Fantini**

**IMPRESA**

**Grafica CID**

# Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina   
salud.gov.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación