

Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la ciudad de México: el Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares

Soc. Francisco Turull Torres*

Resumen

En un barrio popular de la Ciudad de México se implementó un programa de atención integral del alcoholismo y de los problemas relacionados con el alcohol en un Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares, cuyo modelo encontró dificultades de desarrollo debido a las características de la demanda y uso del servicio. Se analizó la estructura de los servicios y los criterios asistenciales del Centro, en función de los conceptos que los consultantes sustentaban acerca del alcoholismo y su tratamiento, observándose una similitud a ese nivel que no se correspondía con las expectativas y cursos de acción para con el Centro. Como fuerte condicionante de ese hecho, se plantean las prácticas sanitarias previas que circunscriben al conjunto de los servicios médicos para la solución de emergencias de salud y designan a Alcohólicos Anónimos como el protagonista principal en la prevención secundaria y terciaria.

Abstract

In a popular district of Mexico City a program of integral attention towards alcoholism and its attached problems was designed in a Center of Attention for the Alcoholic and its Family (CAAF). Nevertheless, the model was unable to develop properly, due to the characteristics of the demand and use of the services.

The structure of the services and the assistance criteria of the Center were analyzed in this paper, in relation to the concepts the consultants sustained of alcoholism and its treatment. It could be observed that the similarity at that level did not correspond to the expectations and courses of action towards the Center. As a strong conditioning of that fact the paper traces the previous sanitary practices circumscribed to the entirety of medical services, necessary for the solution of health emergencies. These assign the main role of second and third level prevention to the institution called Anonymous Alcoholics (Alcohólicos Anónimos).

Introducción

El Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares (CAAF), es un programa del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que funciona en el Barrio de Tepito desde septiembre de 1977. Su objetivo fue establecer un Centro Piloto dentro de una comunidad que brindara asistencia al bebedor problema y a sus familiares. Para esto se constituyó un equipo de salud integrado por un psiquiatra, tres trabajadoras sociales y un enfermero, los cuales enfrentaron actividades de intervención médica y psicológica, tanto para el bebedor como para sus familiares. A la vez, y como complemento de ello, se contemplaron acciones de interconsulta o de canalización del paciente a instituciones médicas, culturales, laborales y legales, de acuerdo a la problemática y posibilidades del grupo familiar. La atención ha sido gratuita e incluso, en la mayoría de los casos, se ha obsequiado la medicación prescrita.

La elección de este barrio se debe a que para esa época estaba aún vigente el Plan Tepito, al que se complementaría en sus aspectos sociales y el cual, a la vez, serviría de contexto para que las acciones del CAAF se vieran reforzadas por las modificaciones del medio social que dicho plan se proponía realizar. Previamente se había estimado, mediante observación de la zona a través de informantes de la comunidad, la existencia de altos niveles de consumo de alcohol en esa población lo cual, aunado a las condiciones sociales del barrio (alta densidad demográfica,

hacinamiento, desempleo, etc.), suponía la presencia de una población que presentaba un alto riesgo que fundamentaba el funcionamiento de un servicio especializado (1, 2).

En los primeros meses de la instalación del CAAF, se procedió a realizar los contactos necesarios con las autoridades del Plan Tepito y de la Delegación Cuauhtémoc, así como a desarrollar las tareas de penetración en la comunidad, usuales en estos casos. Para esto último se detectaron y contactaron las agencias locales relacionadas directa o indirectamente con los problemas de consumo de alcohol (Hospital, Centro de Salud, Iglesia, Delegación, Alcohólicos Anónimos, etc.) y se llevaron a cabo pláticas en escuelas y otras instituciones, con la doble finalidad de difundir la existencia y funciones del Centro y de sensibilizar a la comunidad acerca de tales problemas, tanto para la captación de casos como para desarrollar tareas de prevención primaria. Además, se realizó una campaña de propaganda del CAAF a través de carteles y distribución de volantes en el barrio.

Planteamiento y objetivos

Cumplida la primera etapa en la implementación del programa (septiembre de 1977 a diciembre de 1978), se observaron serias dificultades para su desarrollo, expresadas básicamente en el comportamiento de los pacientes respecto al tratamiento. En principio, la demanda de servicios resultaba baja en relación con la esperada; además, se estimaba que una tercera parte de los consultantes sólo resolvía episodios agudos que, en general, correspondían a los efectos inmediatos del consumo excesivo, sin iniciar un tratamiento enfocado a los problemas crónicos asociados con su ingestión (trata-

* Investigador titular del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Participaron en la aplicación del cuestionario, las trabajadoras sociales psicológicas Elizabeth Colón M., Jacqueline Pérez L., y Elba Sáenz M.

miento ameritado por la valoración médica del paciente); y además, aproximadamente la mitad de los que iniciaban el tratamiento lo abandonaban al cabo de una o dos entrevistas.*

Tratándose de un servicio especializado en problemas de consumo de alcohol, en un área considerada de alta prevalencia, se abordó el fenómeno en términos de la detección y análisis de condicionantes que mantuvieran la demanda en estado potencial y de aquellos que influyeran en las decisiones de los consultantes acerca de su proceso terapéutico. Considerando que ambos aspectos conciernen a las necesidades percibidas y la forma de reaccionar ante ellas, el presente estudio se enfocó hacia la comprensión del lugar y el significado que el CAAF tenía para la comunidad, analizándose la estructura de servicios del Centro y sus criterios asistenciales en función de la ideología y prácticas sustentadas por los usuarios respecto a la ingestión de alcohol y los problemas relacionados con ella.

Este es, pues, un intento por evaluar la propuesta de un servicio en el marco de las perspectivas de aquéllos a quienes va dirigido, para prever las posibilidades y alcances de sus acciones y advertirnos sobre la modalidad que éstas deban asumir, así como de los puntos críticos a resolver.

Procedimientos

Si bien la problemática antes mencionada atañe a dos temas, el de la demanda y el del uso de los servicios, y ambos constituyen aspectos casi inseparables en el campo de la atención médica, el presente trabajo se limita a la descripción de la demanda, basándose en ciertas características de los consultantes en relación con el CAAF y el alcoholismo.** Estas características permiten, además, orientarnos indirectamente en el problema de la baja demanda hacia el CAAF, dada la similar distribución de algunas variables sociodemográficas y socioculturales entre las poblaciones de consultantes y no consultantes (1, 2, 4).

Para el estudio se diseñó un cuestionario que fue aplicado a los pacientes que iniciaban tratamiento debido a problemas relacionados con su consumo de alcohol, pero que no presentaban emergencias médicas; la encuesta fue realizada por las trabajadoras sociales psiquiátricas en el transcurso de la entrevista que para tales pacientes constituye el primer contacto con el servicio. El instrumento fue previamente probado y adecuado a las circunstancias de los entrevistados (la ansiedad o el estado general de algunos consultantes señalaron, durante la prueba, los límites del tipo de preguntas y de la extensión del cuestionario que aquellos podían admitir (sin perder confiabilidad). Sus reactivos incluyeron tanto respuestas prefijadas como abiertas, contemplando tres grupos de variables: aspectos sociodemográficos, información acerca del CAAF y cultura médica, tomadas estas últimas como instancias mediatizadoras entre la existencia de

problemas y la decisión de consulta. Es decir, el tipo de información, así como la fuente y la oportunidad de la misma, son condiciones necesarias, pero no suficientes, para la acción de solicitar; previamente el sujeto se define en estado de dolencia* y se orienta en cuanto a las causas y las medidas preventivas y terapéuticas a seguir, basándose en su modelo de cultura médica.**

El periodo de aplicación de cuestionarios fue de 5 meses, lográndose 121 encuestas que comprenden el total de casos ocurridos según la definición adoptada. En relación con el total de consultantes de ese periodo, constituyen el 58%; del resto, el 36% únicamente demandaba atención de emergencia y el 6% sólo solicitó información del servicio.

Tabla 1.

Características Sociodemográficas

		%
Sexo N = 121	hombres	98
	mujeres	2
Edad (hombres) N = 118	16 a 25 años	9
	26 a 45 años	66
	más de 45 años	25
Estado Civil (hombres) N = 118	soltero	21
	casado o unión libre	50
	separado o divorciado	26
	viudo	3
Escolaridad (hombres) N = 118	analfabeta	6
	primaria incompleta	39
	primaria completa	23
	secundaria incompleta	15
	otra escolaridad	17
Ocupación (hombres) N = 118	desempleado	17
	oficios diversos	
	o comerciantes	76
	empleados no calificados	2
	otras ocupaciones	5
Ingresos personales (hombres) N = 118	sin ingresos	17
	hasta 4,000	40
	4,001 a 6,000	21
	más de 6,000	13
	se ignora	9
Religión (hombres) N = 118	ninguna	7
	católica	79
	otras religiones	14

* Se trata de estimaciones del equipo de salud, ya que los registros de actividades usados en ese año no proporcionan esta información agregada. Sin embargo, considerando los totales para el periodo, se observa un promedio general de 2.6 entrevistas por cada paciente que inició tratamiento sin presentar urgencias médicas en el área de psiquiatría, y para el área de trabajo social el promedio fue de 1.9; además, se llevó a cabo una rehidratación por cada 2.6 entrevistas de psiquiatría. Los datos que se mencionan más adelante para un periodo de 5 meses en 1979 también apoyan esas estimaciones.

**Según la denominación corriente entre los usuarios y la comunidad, para referirse a la presencia de algunos o todos los componentes de lo que la Novena Revisión de la OMS acordó en denominar "síndrome de dependencia del alcohol" (3).

* D. Field (5) explica la diferencia entre **enfermedad**, como concepción médica de la anormalidad patológica, indicada por un conjunto de signos y síntomas, y **dolencia** (illness), como experiencia subjetiva de alteraciones de salud, indicada por el sentimiento de dolor, dificultades, etc. Además señala el hecho de que la gente responde a la dolencia y no a la enfermedad.

** Este concepto ha sido ampliamente considerado por los autores del área de la sociología médica. Si bien el modelo de cultura médica no está aislado de la cultura, en sentido amplio, de una sociedad, con él se alude a la red compleja de valores, conocimientos y creencias que regulan la conducta acerca de la salud y la enfermedad (6).

Resultados

Como este trabajo forma parte del conjunto de actividades de investigación llevadas a cabo en el CAAF, y pretende complementar con su enfoque a otros centrados en aspectos socio-demográficos, médico-psiquiátricos y psicológicos de los pacientes, las características generales de la población en estudio sólo se harán presentes en la tabla 1, como referencia para el lector, sin ahondar en las mismas (7). Lo que sigue es, pues, un resultado preliminar basado únicamente en la distribución de frecuencias de las variables en estudio. Por otra parte, debido a que el nú-

mero de casos femeninos resultó extremadamente bajo, sólo se considerará a la población masculina, que constituye 118 casos del total.

1. Información acerca del CAAF

Al interrogar al consultante sobre lo que "sabe" del servicio que solicita, el 79% manifestó desconocer las características del CAAF o le bastó con saber que el Centro atendía al alcohólico; el 17% sabía que se trataba de un buen servicio y sólo el 2% mencionó las actividades completas del mismo (tabla 2).

Tabla 2.

Información acerca de las características del CAAF.
Hombres (N = 118)

Información conocida	%	Información deseada	%
No sabe; atienden al alcohólico	79	Funcionamiento; tipo de tratamiento	48
"Hay un buen servicio"; "quitan el alcoholismo"	17	Otra información	7
Funciona como Alcohólicos Anónimos	2	Ninguna; no sabe qué preguntar	45
Atienden al alcohólico y a su familia	2		

La intención de esta pregunta era conocer en qué medida los consultantes manejaban información real o supuesta y, además, si para la decisión de solicitud les era importante conocer lo que se les ofrecía. Sin embargo, la gran mayoría de ellos acudió con sólo saber que el Centro trataba el alcoholismo. Como información estrictamente supuesta, solamente se hallaron 2 casos (2%). Incluso durante la entrevista, alrededor de la mitad de solicitantes no muestra inquietudes por recibir información más específica acerca del servicio.

Es notable el hecho de que el 80% de los consultantes (agrupando las tres primeras categorías) se enteran del Centro mediante una comunicación personal y directa de gente que de una manera u otra participa de su problema (tabla 3); más aún, en el 69% de los casos la fuente han sido otros pacientes y/o Alcohólicos Anónimos (AA). Esto hace suponer que la confiabilidad en la fuente de información compensa o hace innecesario el conocimiento de lo que se va a recibir. En este sentido, ni los medios de difusión instrumentados por el CAAF, ni el tipo de programa asistencial que ofrece suscitan de por sí la demanda de servicios, supeditándose el funcionamiento del Centro al mecanismo de la "bola de nieve", en base a la buena imagen que proporciona a sus pacientes.

2. Cultura médica

Además de las variables sociodemográficas, todo lo que hace a nivel de daño, tipo de servicios al que tiene acceso el consultante (ser asegurado o no), tipo de consultas que precedieron al CAAF y el resultado de las mismas, sirve a la vez como variables en estudio, como marco para encuadrar el comportamiento de las variables en el punto anterior, y de las

vinculadas con el alcoholismo y el modo de encararlo que se verán más adelante.*

Tabla 3.

Fuentes de información acerca del CAAF.
Hombres
(N = 118)

	%
Pacientes del CAAF (no miembros de AA)	40
Alcohólicos Anónimos (incluye a pacientes a la vez del CAAF)	29
Familiares o amigos (no pacientes del CAAF ni de AA)	11
Medios de difusión del CAAF	12
Instituciones médicas	5
Otros	3

La serie de problemas que presentaban los consultantes en relación con su ingestión de alcohol se puede apreciar en la tabla 4; los más comunes son los de sintomatología física y los laborales y familiares. Este conjunto de reactivos ilustra acerca del nivel de daño de quienes llegan al CAAF, y la tabla 5 expone su trayectoria asistencial; el 82% carece de cobertura de seguridad social.

Salvo el 18% que demanda ayuda por primera vez, estos pacientes han ensayado diversas modalidades de solución. Por su frecuencia, el sacerdote parece ser el recurso espontáneo de la comunidad, tratando de controlar el problema mediante promesas y licencias de abstinencia, como instancia previa a la consulta de agentes más específicamente competentes. A su vez, esta consulta "profesional" es asumida, en principio, como propia de AA, más que de los servicios de salud, si separamos a

* En un sentido restringido y operativo, puede considerarse que la cultura médica de una persona o grupo es producto del aprendizaje a través de canales formales e informales de información, y del tipo y frecuencia de contactos con proveedores de salud.

Tabla 4.

Problemas reportados por los consultantes,
relacionados a su consumo de alcohol. Hombres.

	Ha tomado en ayunas	Ha vomitado en ayunas	Ha tenido pérdida del apetito	Ha consumido drogas	Ha tenido relaciones homosexuales	Ha tenido problemas sexuales con su pareja	Ha sido infiel a su pareja	Ha habido separación de su pareja	Ha dejado su casa por algún tiempo	Ha dejado de dar dinero a la casa	Ha sido violento e injusto con su familia	Ha descuidado la salud de su familia	Ha descuidado la educación de sus hijos	Ha dejado de pasar su tiempo libre con la familia	Ha faltado al trabajo	Ha perdido su trabajo	Se ha dedicado a la vagancia
Sí %	92	81	84	26	9	50	52	70	59	73	75	70	63	75	86	76	61
No %	8	19	16	74	91	46	45	30	41	25	23	27	35	22	14	24	38
No responde %	—	—	—	—	—	4	3	—	—	2	2	3	2	3	—	—	—
N*	118	118	118	118	118	94	94	94	113	110	113	96	78	97	118	118	118

* La diferencia en los totales se debe a la condición requerida por cada reactivo para su aplicabilidad.

Tabla 5.

Consultas previas al CAAF por problemas de consumo de alcohol.*
Hombres (N = 118)

Consultas previas	%	Tipo de agente consultado	%
Ninguna consulta previa al CAAF	18	Sacerdote	60
Consultó un solo tipo de agente	23	Alcohólicos Anónimos	48
Consultó dos o más tipos de agente	59	Médico privado	28
		Familiar o amigo	25
		Servicios de Salud	20
		Curandero	8
		Otros	2

*Referidas a tipos de agente consultado y no a la cantidad de tratamientos iniciados con cada uno de ellos.

éstos de los médicos privados, en lo que sería la acción médica oficial (por constituir modalidades distintas de relación entre agente y paciente, y porque el CAAF actúa como servicio público).

En términos de conocimientos, se observan tres vertientes en la cultura médica relacionada con el alcoholismo de esta población: a) el sacerdote y los amigos o familiares, b) Alcohólicos Anónimos y c) agentes médicos oficiales (ahora sí agrupados médicos privados y servicios de salud).

La primera vertiente pone a prueba el manejo del problema a nivel de capacidad personal, de fuerza de voluntad, centrado en el control de la ingestión a través del aval o apoyo de grupos primarios de pertenencia (a ello apunta también el mecanismo del juramento).* Sin embargo, de los que consultaron al sacerdote y a otros, sólo el 9% lo considera como lo más efectivo; el caso de los familiares o amigos es elegido por el 14% (tabla 6). Para ambos, los criterios de efectividad han sido precisamente el control temporal del consumo y el sentirse comprendidos. Para algunos de los pacientes esto implica una frustración en

*El juramento consiste en una promesa de abstinencia por un periodo determinado, certificada por el sacerdote mediante una estampa religiosa sellada que fortalece al sujeto frente a insistencias que hacen terceros para la ingestión.

ese paso emprendido, dado que tienen conciencia de tratamientos más complejos, pero a la vez, una indicación de satisfacción en los objetivos de ayuda.

Tabla 6.

Agente más efectivo entre la variedad consultada.

Hombres (n = 69*)	%
Alcohólicos Anónimos	44
Familiar o amigo	15
Sacerdote	8
Médico privado	10
Servicio de Salud	4
Curandero	1
Ninguno le sirvió	18

*Los que consultaron a dos o más agentes diversos.

A A, como segunda vertiente, muestra mucha mayor consistencia y profundidad en cuanto a la marca que imprime en sus consultantes. También aquí se enfoca básicamente la ingestión, pero esta vez con objetivos de supresión total y definitiva, mediante un proceso que parte de asumir que el alcoholismo es una enfermedad de índole espiritual con repercusiones biopsíquicas, cuya re-

habilitación requiere del abandono de excusas para beber y del logro de la llamada "cruz de la sobriedad", compuesta por trabajo, amor, diversión y religión (8). Como en el caso anterior, también el grupo mediatiza y forma parte del contexto del intento del sujeto, aunque con un papel mucho más relevante.

El alcohol y el grupo A A se inscriben en un marco institucional de organización más compleja que el de la primer vertiente y, por tanto, tienen una estructura ideológica más impactante y rectora. El 44% de los que consultaron

a A A y a otros, lo señalaron como lo más efectivo en cuanto a control parcial o total de la ingestión, y al alivio de problemas emocionales.*

La tabla 7 refleja la influencia de esta institución, aun cuando al momento de ponerse en contacto con el CAAF, sólo el 31% de los encuestados pertenecen a ella; de otro modo resultaría sorprendente que sustenten ese concepto de enfermedad, sin las connotaciones morales que comúnmente designan al alcoholismo, aun la mayoría de los profesionales de la salud.

Tabla 7.

Conceptualización del alcoholismo como fenómeno.*
Hombres (N = 118)

El alcoholismo como fenómeno		El alcoholismo como tipo de enfermedad	
	%		%
No sabe; no responde	3	Del cuerpo	11
Es un vicio	25	De la mente	47
Es una enfermedad	72	De ambos	42

(Los términos empleados son los de uso corriente en la población estudiada)

Finalmente, la vertiente oficial parece circunscrita a tratamientos episódicos focalizados en la rehidratación y remisiones sintomáticas de tipo orgánico en general, acompañados de algún consejo acerca de la ingestión; en este caso no hay referencia grupal alguna. Si bien en conjunto las consultas a médicos particulares y servicios públicos se equiparan a las de A A, sólo el 14% de los que contactaron a estos y otros agentes las consideran como más efectivas (tabla 6), por pertenecer la mayor parte de ellas a la esfera del médico particular.

En la tabla 8 figuran los criterios con que fueran evaluadas las consultas en general. El 76% considera haber tenido ayuda efectiva previa a la del CAAF, siendo los criterios más frecuentes el de control parcial o total de la ingestión y el de ayuda psicológica. Cabe destacar que sólo el 8% mencionó la ayuda de índole somática como criterio de efectividad, habiendo el 47% consultado a agentes médicos oficiales. Esto sugiere las expectativas acerca de lo que se tiene que lograr para que se considere como bueno lo recibido.

Tabla 8.

Efectividad y criterios de la misma,
de las consultas previas al CAAF.

Hombres
(n = 96*)

	%	
EFFECTIVIDAD	Dejó de beber	22
	Dejó de beber temporalmente	12
	Curó o alivió sus problemas somáticos	8
	Alivió sus problemas emocionales	20
	Se ignora	14
		76
INEFFECTIVIDAD	Continuó bebiendo; continuó mal	2
	Disconformidad con la atención o con las indicaciones terapéuticas	5
	Ninguna le sirvió	10
	Se ignora	7
		24

* Los que realizaron alguna consulta previa al CAAF.

En base a estos antecedentes sanitarios, cobran mayor significado los conceptos que permiten comparar el enfoque y, en cierto modo, la cultura médica del CAAF (su estructura de servicios y sus criterios asistenciales) con la de los demandantes. Ya se mencionó la tabla 7, donde se afirma mayoritariamente que el alcoholismo es una enfermedad de carácter psíquico o biopsíquico, lo cual conllevaría a la intervención psicológica o psiquiátrica, y en la tabla 9-A se observa una importante predisposición para involucrar a la familia en el tratamiento. Estos aspectos concuerdan con los fundamentos del CAAF. Incluso hay cierta similitud en los alcances y criterios de rehabilitación que sugieren directa o indirectamente las tablas 10, 8 y 11, reflejando la primera de estas una expectativa voluntarista de recuperación que coincide con el tipo de exigencias para considerar efectivo un tratamiento.

Sin embargo, esa convergencia teórica no se corresponde con coincidencias operativas. A pesar de definir al alcoholismo como tema de salud mental, el 88% de los consultantes espera del CAAF atención médica (tabla 12-A), y aun cuando el entrevistador interpretó en términos asistenciales la demanda hecha por el paciente en base a lo que este quería resolver, sólo el 32% de estos encuadró en las categorías de atención psiquiátrica (sola o acompañada de otras) o psicológica (tabla 12-B).

Por otra parte, de este enfoque del alcoholismo tampoco se deriva linealmente una asignación de roles como la que hace el CAAF. La tabla 13 permite evaluar el conocimiento que estos pacientes tenían del personal que llevaría a cabo su tratamiento** (y de dos agentes más populares, como referencia, para tener presente la posible dificultad de verbalización que no implica ausencia de ideas al respecto). Como máximo, alrededor de la mitad tenía una idea aproximada del rol y/o los procedimientos del psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social.***

* Del total (56 casos) de los que consultaron a A A como único agente o no, el 63% (35 casos) lo consideró efectivo; se ignora la evaluación del resto.

** Se incluyó también al psicólogo, pues al momento de aplicar los cuestionarios se incorporó este agente como parte del equipo de salud.

*** Esta clasificación se realizó sin planteos de rigurosidad conceptual, importando que, al menos, tuvieran una idea aproximada de roles y procedimientos; por lo tanto, la primera categoría de estos cuadros implica, en muy pocos casos, un conocimiento real de los agentes del CAAF. Generalmente ubican difusamente al psiquiatra y al psicólogo en asuntos relacionados con la evaluación de lo normal y lo anormal en la conducta; y a la trabajadora social, en una tarea de registro de información general, obviamente influenciados respecto a esta última por la misma mecánica de la entrevista.

Tabla 9.

Opiniones acerca de la inclusión de ayuda familiar en la atención. Hombres

A. Unidad de atención (N = 118)		B. Tipo de ayuda a la familia (n = 66)	
	%		%
Sólo el alcohólico	44	Orientación para saber convivir con el alcohólico	36
		Curar al alcohólico	8
El alcohólico y su familia	56	Ayuda económica	5
		Llevarlos a ALANON o ALATEEN	3
		Ayuda médica	12
		Ayuda psicológica, ayuda moral, consejos	24
		No sabe, no responde	12

Tabla 10.

Posibilidad de rehabilitación del alcoholismo.

Hombres. (N = 118)

	%
Completamente curable	61
Sólo mejorable	35
No se puede curar ni mejorar	2
No responde	2

(Los términos utilizados son los de uso corriente en esta población)

Tabla 11.

Diferencia entre un bebedor social y un alcohólico.

Hombres (N = 118)

	%
No sabe; no responde	2
No hay diferencia	21
De nivel de salud	35
De efectos en la conducta	12
De frecuencia de consumo	13
De cantidad de consumo	12
Otras	2
No la explicita	3

Tabla 12.

**Tipo de atención esperada.
Hombres (N = 118)**

A. Según lo expresan a la trabajadora social		B. Según lo interpreta la trabajadora social	
	%		%
Atención médica	88	Médico	16
		Médico y psiquiátrico	8
		Médico y antialcohólico	27
		Psiquiátrico	10
		Psiquiátrico y antialcohólico	2
		Antialcohólico	25
Orientación psicológica	10	Orientación psicológica	10
Orientación familiar	2	Orientación familiar	2

Por lo que respecta a la familia, las opiniones resultan bastante ambiguas. Si bien el 56% de los entrevistados opina que ésta debe participar en el tratamiento, los que consideran la ayuda en función de lo que programa el CAAF se reducen al 40% (sumando ayuda médica y psicológica e incluyendo "orientación para saber convivir con el alcohólico", aun cuando no sea exactamente este el objetivo; tabla 9-B); esta cifra, de todos modos, es alta. Pero por otra parte, la tabla 4 señala una alta frecuencia de problemas familiares (del 50 al 75% de los consultantes) y la tabla 14 muestra que el rol de la familia es muy pobre en lo que hace a motivos de ingestión (6%), "causas" de alcoholismo (20%) e indicador para que un bebedor se dé

cuenta de que se está volviendo alcohólico (3%). Tanto los indicadores de daño, como el concepto de causa y los motivos de permanencia en la ingestión recaen prácticamente en el individuo: su voluntad y capacidad para enfrentar los problemas. Esto plantea una incógnita acerca de los alcances y contenido de la participación familiar que los demandantes estén dispuestos a asumir.

Conclusiones

Los que consultan al CAAF sustentan una concepción acerca del alcoholismo, su tratamiento y rehabilitación, muy similar a la del Centro en términos generales. Sin

Tabla 13.

Conocimiento del rol y/o los procedimientos de algunos agentes formales e informales de salud.
Hombres (N = 118)

	Psiquiatra	Psicólogo	Trabajador Social	Enfermero	Alcohólicos Anónimos	Curandero
Conoce o tiene una idea aproximada	53%	45%	55%	87%	71%	69%
No conoce o no responde	46%	54%	44%	13%	29%	28%
Respuestas ambiguas	0%	1%	1%	0%	0%	3%

Tabla 14.

Factores mencionados como causas, motivos actuales e indicadores de alcoholismo. Hombres.
(N = 118)

	Como "causa" del alcoholismo	Como motivo actual de consumo	Como indicador del alcoholismo
	%	%	%
Problemas psicológicos o emocionales	24	36	12
Problemas familiares	20*	6	3
Gusto	17	21	—
Contagio social (no familiar)	14	8	—
Algo que les pase	11	—	—
Problemas económicos	—	3	3
Necesidad	—	15	21
Ingesta excesiva o diaria	—	—	27
Problemas físicos	—	—	18
No se da cuenta	—	—	4
Otros	7	3	7
No sabe; no responde	7	8	5

* Incluye frecuentes referencias a la familia de origen (permisividad y patrón de consumo de los padres).

embargo, desconocen las características asistenciales del programa; es decir, no acuden atraídos por la peculiaridad del mismo, sino por saber únicamente que se atiende al alcohólico. En este sentido se puede hablar de cierto ajuste entre la cultura médica de estos sujetos y la del CAAF, aunque resulta independiente de la decisión de demanda; son sólo coincidentes, sin que ello implique acciones consecuentes, desde la óptica del centro.

A esta aparente incongruencia se le agregan otros elementos que la hacen aún más contradictoria. Estos consultantes presentan, en general, un alto grado de deterioro y experiencias previas de tratamiento de diversa índole que condiciona, por una parte, sus conceptos acerca de lo que cada tipo de agente sanitario les puede brindar y, por otra, sus expectativas de lo que "deben" recibir. Alcohólicos Anónimos y los servicios formales de salud (incluidas las consultas médicas privadas) son los agentes más influyentes. De ambas instancias parecen deducir dos tipos de asociaciones: abstinencia y ayuda emocional con A A y remisión de la sintomatología orgánica con los servicios de salud; a la vez, con la primera de ellas designan preponderantemente el criterio de rehabilitación y el agente encargado de la misma. De este modo, sosteniendo que el alcoholismo es tema de salud mental, solicitan en gran

medida ayuda médica; considerando como criterio de rehabilitación la ayuda emocional y la abstinencia, acuden a lo que supuestamente consideran que es un servicio clásico de salud, "sabiendo" que sólo lograrán una remisión temporal de síntomas; y a pesar de las referencias grupales que forman parte de los tratamientos terminados o al menos iniciados, no impulsan la intervención de la familia más que para ser comprendidos, sin tener claro su papel (además, "saben" también que un servicio de salud encara sólo al individuo bebedor).

Tal parece que los que acuden al CAAF buscan lo propio de un servicio de salud clásico, con la única diferencia de que éste les ha sido recomendado; es decir, toman al CAAF como un caso especial dentro de la generalidad de los servicios. Lo especial seguramente es la buena disposición del equipo, el respeto al paciente, ser "buena gente", pero ello no implica modificación en las expectativas técnicas de tratamiento. Siendo así, la perspectiva optimista que sugiere el concepto que tienen los pacientes de su alcoholismo, no se puede acompañar con expectativas de ajuste al concepto de asistencia del Centro al que piden ayuda.

Precisamente este aspecto, el concepto de asistencia, es el que parece indicar la lógica de la contradicción aludida, pues es la asignación diferencial de roles terapéuticos que hacen estos pacientes (a pesar de su concepción integral del daño) lo que condiciona el que utilicen un medio de salud u otro. Para estos consultantes, el tratamiento que el alcoholismo requiere es básicamente psicoterapéutico, siendo A A el adscrito al rol de terapeuta principal, mientras que a la sanidad oficial se le asigna un pequeño margen de acción reducida a lo orgánico; este margen variará según los sujetos afectados, entre una breve acción sintomática y una más prolongada intervención sobre un aspecto de las repercusiones del alcohol en el organismo del paciente. En este sentido, la demanda del CAAF parece compuesta por tres tipos de pacientes: los que acuden para complementar con ayuda médica su terapia básica en A.A.; los que buscan exclusivamente la remisión sintomática en la cual se especializan los servicios médicos; los que desean ayuda pero sin objetivos claros y que, al momento de expresar lo que quieren, se orientan espontáneamente hacia quien clásicamente se asocia con los servicios oficiales, es decir al médico (en términos de medicina general). A cada grupo le corresponden criterios de autodiagnóstico y de rehabilitación que condicionan su consumo de servicios, y los tres grupos tienen en común la demanda de ayuda principalmente médica, diferenciándose sólo en la instrumentación de ella y, muy posiblemente, en la extensión de su permanencia en el Centro.

Estas observaciones acerca de los demandantes, tomados como expresión de la interacción CAAF-comunidad, señalan el tipo de problemas que obstaculizan el desarrollo del programa. Básicamente, el CAAF (o en cierto modo cualquier propuesta innovadora en el tema del alcoholismo que parta de los servicios oficiales) arrastra el lastre de la división del trabajo sanitario que cristalizó en una estructura de roles, en la cual la salud mental a nivel popular quedó prácticamente asignada a agentes y agencias marginales respecto a la institución médica oficial. El CAAF, con servicios que incluyen la psicoterapia "propia" de A A , la farmacoterapia de los servicios médicos y la orientación o psicoterapia familiar "perteneciente" a ALANON y ALATEEN, integra tres aspectos que en la cultura médica popular aparecen por separado. En principio, los méritos de su enfoque integral se ven empañados por lo desestructurado que resulta para la percepción tradicional: este programa no es esperable para la población en general, por lo novedoso, y porque ya hay quien se

encarge de esas funciones; y a los sectores marginales de la población, a los que se intenta alcanzar, puede que en gran medida les parezca innecesario.

Dada esta situación, el curso del programa fácilmente puede desviarse hacia una rutina asistencial al estilo clásico, en caso de resignación o pasividad ante el rol que la comunidad espontáneamente le ha asignado, pero también dispone de elementos para optar por la persistencia en el modelo propuesto, reelaborando su estrategia de captación y manejo de casos a partir de lo que el CAAF y la comunidad tienen en común, como es en gran parte el enfoque conceptual del problema. Mínimamente, la cultura médica de esta población refleja una cierta secularización del concepto del alcoholismo y de lo que conciben como causas y consecuencias (esto es, el pasaje desde algo tan difuso y ambiguo como la moral, hacia identificaciones más concretas en términos de la dinámica psico-social) que facilita la intervención científica.

REFERENCIAS

1. ECHAVARRIA M. y cols.: Datos generales del barrio de Tepito. Reporte interno del Departamento de Investigaciones Clínicas. CEMESAM, México, 1978.
2. BIALIK R: Un enfoque antropológico para el estudio biopsicosocial de los habitantes de una vecindad en el barrio de Tepito. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 11, México, 1979.
3. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción, basado en las recomendaciones de la Conferencia para la Novena Revisión, 1975. Vol. 1, Ginebra, OMS, 1978.
4. TURULL TORRES F: Resultados de una encuesta piloto sobre aspectos socioculturales del alcoholismo en el barrio de Tepito. Ponencia presentada en la IV Asamblea de Trabajo Social Médico, Guadalajara Jal. Noviembre 2 al 7 de 1981.
5. FIELD D: The social definition of illness. En: D. Tuckett (ed): *An introduction to Medical Sociology*. Tavistock Publications Ltd, Gran Bretaña, 1976.
6. COE R: *Sociología de la medicina*. Alianza Universidad, Madrid, 1979.
7. PUENTE SILVA F, TENORIO HERRERA R: Aspectos sociodemográficos de los consultantes al Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares (en prensa) IMP, México, 1980.
8. ALCOHOLICOS ANONIMOS: Libro Grande. Recopilación de la bibliografía de A A. Central Mexicana de los Servicios Generales de A A , A.C., México, 1977.