

El tratamiento de las incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol.

Características de la demanda y uso de servicios

Soc. Francisco Turull Torres*

Resumen

Se analizan las características sociodemográficas y socioculturales de los usuarios de un servicio especializado en problemas relacionados con el alcohol, así como su comportamiento en el tratamiento programado. Se considera que la respuesta de estos sujetos refleja la situación actual de tales problemas en México y, por lo tanto, se les considera como un referente necesario para la determinación de criterios de eficacia y efectividad.

Introducción

En el tema del tratamiento de las incapacidades relacionadas con el alcohol, contrastan la magnitud y complejidad del problema con la situación y capacidad de respuesta de los servicios de salud, condicionados no sólo por limitaciones de cobertura, sino también por las concepciones y actitudes que sustenta el equipo médico.

Tal respuesta, basada en un tratamiento predominantemente centrado en manifestaciones parciales, físicas o psicológicas del consumo de alcohol, y aunada a la acción de unos pocos servicios especializados, se corresponde con la coexistencia de concepciones contradictorias y extremas. Estas, por una parte, provocan el rechazo del personal médico y paramédico que frecuentemente considera el problema en términos de vicio o irresponsabilidad y, por otra parte, hacen que quienes definen el problema del consumo en tanto presencia o ausencia de "alcoholismo", circunscriban la atención prácticamente al aspecto de la dependencia al alcohol.

Es importante resaltar este aspecto, ya que la organización y composición de la respuesta médica al consumo excesivo de alcohol va a estar condicionada, en gran medida, por la forma en que se le considere. Del mismo modo que los patrones rígidos que definían el alcoholismo como una enfermedad (4) se atenuaron al denominarlo síndrome de dependencia al alcohol

Abstract

The socio-demographic and socio-cultural characteristics of the users of a service specialized in alcohol related problems and the behaviour of the users when confronted with the programmed treatment are analysed. It is considered that the response of these subjects reflects the present situation regarding such problems in Mexico, and as such, they are considered to be a necessary reference in determining effective criteria.

(3), también se replantearon las exigencias propias del tratamiento. De igual manera, el criterio actual de encarar el conjunto de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (5), en cuyo caso la dependencia no es ya todo el problema, sino uno de ellos, amplía las perspectivas de intervención, pues abarca consecuencias del consumo que antes quedaban fuera de la óptica del "alcoholismo".

Aunque los estudios que aportaron evidencia empírica para estos cambios conceptuales no establecieron más que unos pocos principios aplicables de manera generalizada, sí sirvieron para cuestionar la validez de los supuestos que en el transcurso del tiempo habían caracterizado a las acciones asistenciales en aspectos como el de las metas, los métodos y los criterios de efectividad del tratamiento y, por lo tanto, de los recursos necesarios para lograrlos. No se ha establecido un firme consenso al respecto, pero junto a la abstinencia como meta, se propone la alternativa del consumo controlado o no problemático. Los métodos y técnicas se enriquecieron con aportes de diversos enfoques sin que se probaran superioridades absolutas de unas sobre otras, y en los criterios de efectividad se incorporaron las funciones sociales en igual o mayor grado de importancia que la conducta respecto al alcohol y el mejoramiento de los niveles de deterioro.

Lo mismo sucede con la composición del equipo de salud y la modalidad del tratamiento, con partidarios tanto del equipo multidisciplinario y del internamiento, como de la desintoxicación y un consejo oportuno a través de servicios de urgencia o de consulta externa (2, 6, 9). Obviamente, esto no significó la posibilidad de una opción entre distintas alternativas para asegurar un ajuste en la capacidad de respuesta disponible, y ni siquiera permite reproducir los hechos de un medio a otro. Más bien, abre una perspectiva multifacética para la investigación de la naturaleza de

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

Participaron en la aplicación del cuestionario, la Trabajadora Social Psiquiátrica Rosalba Tenorio y la Psicóloga Claudia Vázquez, miembros del equipo de salud dirigido por los Doctores E. Martínez Cid y L. González Navarro.

las incapacidades creadas por el alcohol, de la relación entre el consumo y las complicaciones de salud, y del manejo de los afectados, al tiempo que permite examinar los recursos con que se cuenta y la manera en que se les utiliza.

Un aspecto común a estos estudios, divergentes por sus enfoques y métodos, ha sido el de enfatizar aquellos factores sociales que determinan los hábitos de consumo, y reconsiderar los elementos personales que predisponen a un individuo a desarrollar problemas relacionados con la bebida. También coinciden éstos en señalar la importancia que los determinantes sociales tienen en el resultado y modalidad de tratamiento, considerándose como condición de éxito, la situación de estabilidad social, el nivel de deterioro de salud y la motivación que presente el consultante, más que el tipo de tratamiento en sí (6, 9).

En Estados Unidos, por ejemplo, se reportan tasas de efectividad que difieren, según los estratos sociales, del 30% al 92% en los pacientes de mayor nivel socioeconómico y más estabilidad social, y del 18% o menos en los de nivel inferior, variando las tasas de acuerdo con los criterios de efectividad que se usen (9), fenómeno éste cuya explicación es remitida a la acción de factores extraterapéuticos que favorecen u obstaculizan el impacto asistencial.

Es decir, para saber en qué medida y de qué manera pueden tratarse los problemas relacionados con el consumo de alcohol, debe preguntarse cuál es el tipo de paciente. Desde una perspectiva sociocultural, esta última pregunta involucra los valores y normas que el enfermo sustenta, mismos que mediatizarán la relación entre el uso del alcohol y los problemas con él vinculados, así como la de dichos problemas y la ayuda que se busque para su solución. Los conceptos y actitudes antes mencionados, que prevalecen en el equipo de salud, constituyen barreras para el tratamiento, ya que dan por resultado diagnósticos y procedimientos inapropiados y evitan la detección de casos con menores niveles de daño. Pero el tratamiento también se ve afectado por los propios criterios de aquellos a quienes va enfocado.

Desde el ámbito de la sociología médica se ha encarado profusamente este tema, señalándose que las medidas terapéuticas y preventivas, tomadas por individuos o grupos, se relacionan con los valores, conocimientos y creencias que regulan su conducta acerca de salud y enfermedad (considerada ésta en términos de dolencia, es decir, de experiencia subjetiva de alteraciones de la salud). Estas configuran un modelo de cultura médica que, a su vez, tiene como base empírica relevante el aprendizaje logrado a través de canales de información, institucionales o no, así como el tipo y frecuencia de contactos que el paciente haya tenido con los agentes de salud (1). A este modelo responden las decisiones de los afectados en la dirección, cantidad y calidad de su atención.

Se han estado llevando a cabo estudios de este tipo en un servicio especializado en la atención de problemas causados por el alcohol, llamado Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)*. Dichos estudios partieron de la necesidad de incorporar

el análisis de los condicionantes del tratamiento, las situaciones de hecho que los destinatarios del mismo establecen, con relativa independencia de lo que en un debate estrictamente médico pueda considerarse como necesario o deseable. Esto, que no pretende alcanzar el rango de una participación de la comunidad en las decisiones y actividades referidas a sus propios problemas de salud, podría considerarse, sin embargo, como una forma indirecta de expresar su opinión acerca del sentido y los alcances de la respuesta médica actual. Al hablar de situaciones de hecho, se alude, básicamente, a las características de la demanda y a la alta deserción entre los consultantes, elementos que configuran un patrón de uso al cual consultar, circunscribiendo el tema a los grupos sociales menos favorecidos.

El área de influencia del servicio incluye como componente principal el barrio de Tepito y zonas adyacentes. Si bien no se cuenta con información específica del área total, la disponible sobre este barrio** es, en buena medida, extensible al resto.

Tepito es uno de los barrios más antiguos de la ciudad de México. Tiene una alta concentración (475 hab/ha) y su crecimiento demográfico natural es de 3.2%. Está ubicado en el centro de la ciudad de México, dentro de lo que se conoce como "la herradura central de tugurios" (compuesta por las áreas de Guerrero, Tepito, Colonia Morelos, Penitenciaría y La Merced, donde viven aproximadamente 60,000 familias en una densidad de hasta 800 hab/ha, prácticamente sin espacio abierto). Sus condiciones generales son de hacinamiento, con gran predominio de vecindades (viviendas agrupadas) rentadas a muy bajo precio. La mayoría de las viviendas cuentan con uno a dos cuartos que en muchos casos se utilizan también como lugar de trabajo, y sus servicios son deficientes (el 90% de las vecindades dispone de una sola toma de agua comunal y abundan los baños comunales).

Su población es cercana a los 60,000 habitantes y los jefes de familia se ocupan principalmente en el sector de servicios: talleres, comercios familiares, vendedores ambulantes, mercados públicos, oficios diversos y, en general, empleos no calificados, observándose un alto nivel de subempleo o desocupación disfrazada. El 60% de ellos tiene un ingreso mensual de entre \$750.00 y \$1,500.00 (alrededor del salario mínimo de ese año o, en muchos casos, menos que

* Programa del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría. El CAAF está ubicado en el primer cuadro del Distrito Federal desde fines de 1977, con el objeto de investigar modelos de tratamiento. Para tal fin contó con un equipo de salud compuesto por un psiquiatra, tres trabajadoras sociales y un enfermero, al cual se agregaron dos psicólogos y un médico general, al extenderse el horario de atención en 1980. La palabra "alcohólico" en el nombre del centro, pretendió responder a la denominación usual de la comunidad; sin embargo, no deja de connotar adhesiones ideológicas hoy revisadas pero que, en su momento, sesgaron la labor del equipo.

** Cfr Informe de Tepito. Gerencia de Promoción Social, INFONAVIT. 1972. Gordillo MMR: Las condiciones socioculturales de los pobres de una vecindad en la ciudad de México: Las Migas, Tepito, Tesis Profesional ENAH, 1977.

el mínimo) a pesar de que el 50% de los trabajadores mantiene a más de 4 personas; casi la cuarta parte de los ocupados no recibe prestación social alguna.

Si bien el analfabetismo es bajo (9.7), la mayoría de sus habitantes no termina su preparación escolar elemental debido a que desde temprana edad contribuye al sostenimiento económico de la familia.

Características de la demanda y uso del CAAF

Si bien no tenemos datos suficientemente desglosados para obtener las tasas de deserción y alta, la tabla 1 permite apreciar algunos aspectos del patrón de uso durante un período de cuatro años de servicio. En 4 años iniciaron consulta 1,711 personas bebedoras sin presentar urgencias médicas; a esa cifra debería sumársele una parte desconocida de las 1,256 consultas de urgencia, número que incluye pacientes de primera vez y subsecuentes. Se puede lograr una idea de la proporción de esta parte teniendo presente que en un periodo de 5 meses, el 36% inició consulta demandando únicamente atención de urgencia (10). A su vez, este dato aporta una orientación sobre la magnitud de la deserción, pues dichos consultantes ya no acudieron a su cita para encarar el tratamiento (amertado en casi todos ellos) de los aspectos crónicos relacionados con su consumo. Otro índice de deserción es el que se produce entre los consultantes que, sin presentar urgencias, abandonan el Centro después de una entre-

vista en Trabajo Social, sin haber pasado a consultar al especialista de Psiquiatría (31%). Finalmente, este panorama general muestra la extensión y composición del tratamiento recibido por los consultantes sin urgencias antes de dejar el Centro, con promedios de dos consultas a Trabajo Social, tres a Psiquiatría o alrededor de cuatro entre ambas áreas. Resumiendo, del total de consultantes, alrededor de la tercera parte solamente resuelve las urgencias; casi otro tanto se retira con sólo una entrevista a Trabajo Social, y poco menos de la mitad restante es la que inicia el proceso integral de tratamiento, sin que esto implique continuidad en el mismo, ya que su extensión y composición estaban programadas, para más de lo que indican esos promedios (gráfica 1 y tabla 1).

El uso de este servicio corresponde a una población caracterizada casi exclusivamente por hombres, en el periodo de edad más productivo, ocupados en oficios diversos o comercio (generalmente sin local fijo), e ingresos que giran alrededor del salario mínimo o, a menudo, menores que éste. En cuanto a la escolaridad, se trata de personas con estudios de primaria, completos o no. Alrededor de la mitad son casados o conviven en unión libre, y una cuarta parte, separados. La residencia no presenta concentraciones extremas, aunque la mitad, aproximadamente, se localiza en un radio estimado de 30 cuadras alrededor del CAAF, y el resto, en otras colonias del Distrito Federal (un pequeño porcentaje proviene, incluso, de fuera de la ciudad)

GRAFICA 1

CAAF - PATRON DE USO DEL SERVICIO: COMPOSICION DE LAS CONSULTAS A PACIENTES BEBEDORES. PERIODO 1978 - 1981 (DATOS ESTIMADOS)

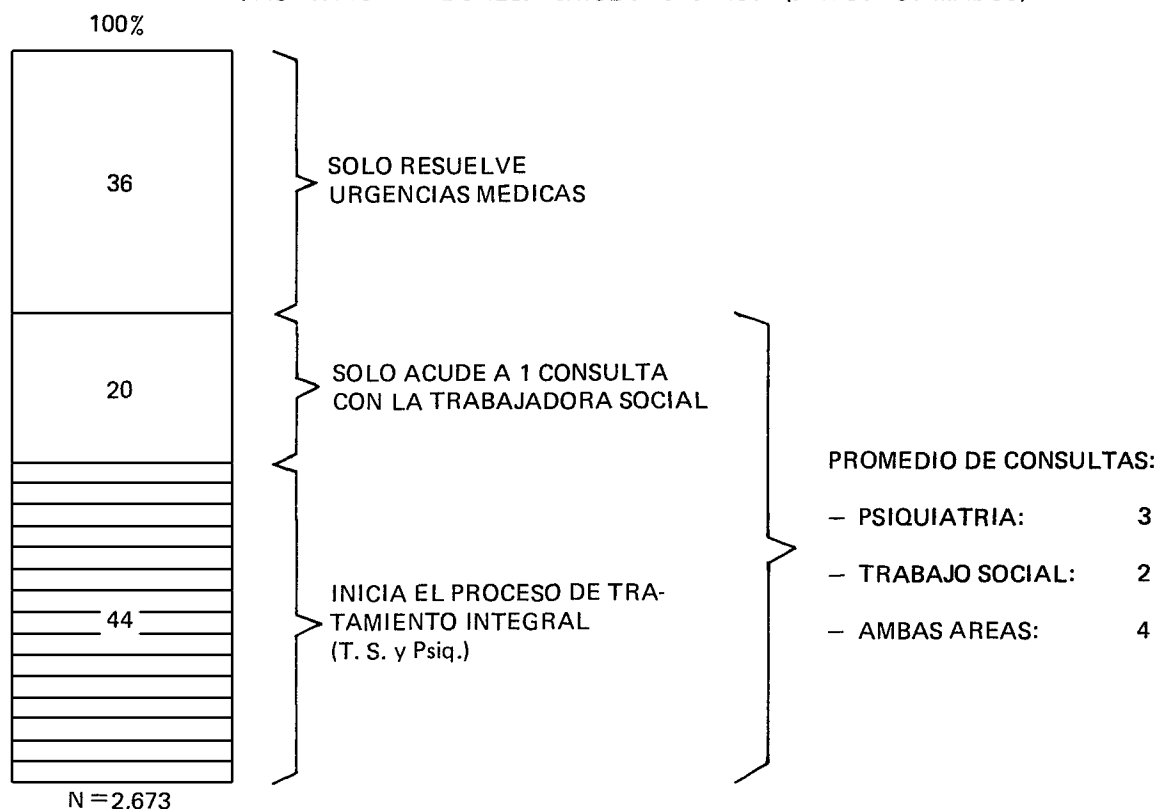


TABLA 1

**ASPECTOS GENERALES DEL PATRON DE USO DEL CAAF:
COMPOSICION DE LAS CONSULTAS A PACIENTES BEBEDORES***

PERIODO 1978 - 1981

Consultas a Psiquiatría: **		
	1a. vez (a)	1,175
	Subsecuentes (b)	2,486
	Total (c)	3,661
	Promedio $\frac{(a + b)}{a}$	3.1
Consultas a Trabajo Social: **		
	1a. vez (a')	1,711
	Subsecuentes (b')	2,235
	Total (c')	3,946
	Promedio $\frac{(a' + b')}{a'}$	2.3
Consultas a Psiquiatría y Trabajo Social:		
	Promedio $\frac{(c + c')}{a'}$	4.4
Tasa de Deserción inter-área:		
	$\frac{(a' - a)}{a'} \times 100$	31%
Emergencias médico-psiquiátricas:		
	Rehidrataciones en CAAF	794
	Canalizaciones a hospitales generales y servicios de urgencia	369
	Canalizaciones a hospital psiquiátrico	93
	Total (d)	1,256
Razón de consultas totales de no emergencia por episodios de emergencia: $\frac{(c + c')}{d}$		6.0
Razón de consultas de no emergencia a psiquiatría por episodios de emergencia: $\frac{(c)}{d}$		2.9
* <i>Excluye la atención a familiares de bebedores.</i> ** <i>En general son consultantes que no presentaban emergencias médicas o psiquiátricas, aunque en Psiquiatría sí pueden haberse incluido casos cuya emergencia se determinó durante la consulta.</i>		

(8, 10).

Esta composición, si bien no observa altas tasas de desempleo y analfabetismo, sí sugiere un buen grado de subempleo, deficiencias en las condiciones de vivienda y precarios ingresos económicos que alejan a estos pacientes de la estabilidad social como condición coadyuvante para el tratamiento, según los estudios mencionados. Por otra parte, el nivel de deterioro que presentan al momento de la consulta es grave, no sólo en sentido médico (7), sino en el de las repercusiones familiares y laborales, entre otras, como puede apreciarse en la tabla 2.

que el remitido tuviera en quien lo había enviado al Centro: personas que ya lo habían “probado” (otros pacientes) o que eran miembros de Alcohólicos Anónimos. Es decir, los esfuerzos de difusión del programa entre las instituciones de la comunidad y a través de carteles y volantes redujo en una mínima parte de la captación total de casos y, dentro de ella, las instituciones médicas aportaron sólo el 5%. Esta distribución pone en juego a dos instituciones relevantes para el problema del alcohol (AA y servicios de salud), con una actitud claramente diferenciada respecto a un servicio especializado como es el CAAF.

TABLA 2

PROBLEMAS MAS FRECUENTES MANIFESTADOS POR LOS CONSULTANTES AL CAAF QUE INICIARON TRATAMIENTO SIN PRESENTAR EMERGENCIAS MEDICAS (NO INCLUYE PROBLEMAS DETERMINADOS CLINICAMENTE)

Hombres: N = 118

8 de cada 10:	Consumo en ayunas Vómitos en ayunas Pérdida del apetito Ausentismo laboral
7 de cada 10:	Pérdida de empleos Separación de pareja* Violencia con la familia** Suspensión del aporte económico*** No pasa el tiempo libre con la familia*
6 de cada 10:	Abandono temporal del hogar** Vagancia
5 de cada 10:	Problemas sexuales con la pareja*
2 ó 3 de cada 10:	Consumo de otras drogas

* N = 93: El total de los que vivieron en pareja.

** N = 113: Cinco casos de “no aplicable” por vivir solos desde antes de manifestar problemas de consumo.

*** N = 110: Ocho casos por igual motivo que el anterior.

A la situación así planteada de demanda y uso del servicio, se observó que subyacían condicionantes que no podrían ser explicadas únicamente en base a los criterios de accesibilidad económica y geográfica, dada la localización del CAAF y su carácter gratuito; mucho más relevante resultó ser la dimensión ideológica, explorada a partir del concepto de cultura médica.* Un primer dato significativo, a partir del cual se pueden organizar los conceptos y conductas que sustentan esta población, es el hecho de que la decisión de demanda al CAAF no estaba fundamentada en el conocimiento de las características del servicio, sino en la confianza

Al comparar la cultura médica de los demandantes con la del CAAF, es decir, su estructura de servicios y sus criterios asistenciales, se observó lo que podría llamarse una convergencia teórica al considerar al “alcoholismo” como problema de salud biopsíquica, los alcances y contenidos de la rehabilitación y la posibilidad de involucrar a la familia en el tratamiento. Sin embargo, esta convergencia resultó independiente de la decisión de consulta (por el desconocimiento mencionado de las particularidades del Centro) y, por consiguiente, de las expectativas acerca del servicio, pues se demandaba básicamente una atención propia de medicina general. La explicación de este aparente desajuste entre teoría y práctica remite a las bases empíricas de este modelo médico. Salvo poco menos de una quinta parte, el resto de los consultantes tenía

* La referencia bibliográfica No. 10 desarrolla este enfoque utilizado para el estudio de una muestra de consultantes de primera vez, al cual corresponden, a modo de resúmenes, los datos y juicios de los siguientes párrafos.

experiencias previas de tratamientos de diversa índole y cantidad, siendo Alcohólicos Anónimos y los servicios de salud los agentes más significativos en el condicionamiento de sus conceptos acerca de la intervención. De ellos derivan la abstención y la ayuda emocional y física como metas de tratamiento, pero con una jerarquización que diferenciaba sustancialmente a las dos primeras de la última, y que limitaba la ayuda física al plano de la remisión sintomática. Estas metas se traducían en la elección del agente y en las expectativas acerca de lo que debían recibir, tomadas éstas como criterios de efectividad de la consulta a dicho agente.

Lo que se vio es, pues, una asignación diferencial de roles terapéuticos en la que Alcohólicos Anónimos era el protagonista principal, al hacerse cargo de los aspectos psicológicos asociados con o subyacentes al consumo de alcohol, y los servicios de salud cumplían una tarea complementaria pero totalmente subsidiaria de la anterior. Es decir, la hegemonía de Alcohólicos Anónimos como ideología y método, y las prácticas usuales de los servicios de salud eran los determinantes fundamentales de la demanda al CAAF, cuyo único aporte a la decisión de consulta había sido, no que incluyera en su tratamiento los diversos aspectos de repercusión del alcohol (de lo cual se encargaban los mismos pacientes mediante una síntesis particular de la ayuda proveniente de distintos canales), sino la imagen de "buena atención" (10).

Esto refleja, en gran medida, la composición actual de la respuesta a los problemas del alcohol pero, por otra parte, también indica una predisposición de los afectados para asumir el problema en su carácter integral, dando lugar a una intervención que no se reduzca al aspecto físico.

Características de una muestra de usuarios que desertaron del tratamiento

La posibilidad de aprovechar esta limitada convergencia se analizó a través de un estudio exploratorio con desertores del CAAF, pues el hecho de que el programa no fuera esperado, no tenía por qué conducir mecánicamente a que los consultantes lo abandonaran, ya que durante el proceso asistencial el paciente modifica de algún modo su actitud inicial. A fin de complementar la información obtenida de la muestra de consultantes de primera vez, se decidió recurrir a quienes habiendo utilizado el servicio pudieran opinar acerca del mismo, tanto mediante sus respuestas a un cuestionario específicamente diseñado, como a través de su conducta efectiva, es decir, la cantidad y composición de las consultas realizadas antes de dejar el CAAF.

Procedimientos

Este estudio no puede ser rigurosamente encuadrado dentro de las clásicas evaluaciones de tratamiento, pues no cumple con ciertos requisitos que las caracterizan, al menos en lo que se refiere a las de índole experimental o *quasi*-experimental. Estas generalmente

se basan en mediciones pre y postratamiento en pacientes dados de alta, separadas por periodos que fluctúan entre 6 meses y 4 años (según el autor de que se trate), mismas que califican variaciones en el consumo de alcohol, complicaciones médicas y emocionales y funcionamiento social, dependiendo del enfoque adoptado, la utilización de uno, de varios o de todos estos indicadores de efectividad.

En el presente caso, el estudio se centró en los consultantes desertores por ser esta condición prácticamente la norma de salida del programa, salvo en quienes requirieron de canalización a otros servicios; la frecuencia de altas era mínima y los criterios de las mismas resultaban, a menudo, confusos. Por otra parte, se careció de datos sistematizados que proveyeran una adecuada base para el muestreo y para comparar situaciones pre y postratamiento. En función de los expedientes que contaban con registros del equipo de salud, se obtuvo un listado de 60 pacientes que antes de la desertión habían acudido a una consulta a Psiquiatría y una a Trabajo Social, como mínimo, y que residían en el Distrito Federal, definiendo los casos en estos términos a fin de circunscribir el análisis a los que habían iniciado el tratamiento integral (así estipulado en el programa). El listado obtenido fue pequeño y se redujo aún más por las dificultades de acceso a la mayoría de estos casos (cambio de domicilio, domicilio falso, ausencia prolongada durante el día, etc), debido a lo cual se lograron sólo 23 encuestas mediante entrevistas domiciliarias que no constituyen el total de desertores ni corresponden a una muestra aleatoria sistemática.

Pese a estas limitaciones, la naturaleza de esta primera aproximación al tema y la compatibilidad de la muestra con la de la población de consultantes de primera vez en cuanto a perfiles sociodemográficos (tabla 3), experiencias asistenciales previas y fuentes de revisión al CAAF (tabla 4), permiten una buena orientación sobre el uso del servicio y sugieren hipótesis para desarrollar en futuras investigaciones secuenciadas con la presente.

Resultados y discusión

En la tabla 5 se observa que en lo que respecta a algunos aspectos generales de la relación paciente-equipo de salud, no hay dificultades de entendimiento mutuo, reflejando el esfuerzo realizado para evitar tecnicismos u otras barreras que pudieran provocar en el paciente conductas de evitación de la misma. A su vez, esto se ve apoyado por la reivindicación de las pláticas, la atención en general y la ayuda emocional del conjunto de actividades terapéuticas establecidas durante el proceso de estos pacientes en el CAAF.

En otros aspectos tampoco se notan desacuerdos demasiado relevantes. Un porcentaje significativo, aunque minoritario, considera que estas entrevistas ayudan poco o nada en su problema: el 39% referido al área de Psiquiatría y el 34% al área de Trabajo Social. También son poco frecuentes la disconformidad con el tiempo, ya sea de espera o de duración de la consulta, y la desatención de citas, aunque en

TABLA 3

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE DOS MUESTRAS DE PACIENTES DEL
CAAF: CONSULTANTES DE 1a. VEZ Y DESERTORES, HOMBRES**

		Consultantes de 1a. vez (N = 118) %	Desertores (N = 23) %
Edad	16 a 25	9	17
	26 a 45	66	48
	más de 45	25	35
Edo. Civil	soltero	21	22
	casado o unión libre	50	57
	separado o divorciado	26	13
	viudo	3	8
Escolaridad	analfabeta	6	-
	primaria incompleta	39	31
	primaria completa	23	22
	secundaria incompleta	15	35
	otra escolaridad	17	12
Ocupación	desempleado	17	3
	oficios diversos o comerciantes	76	57
	empleado no calificado	2	22
	otra ocupación	5	18
Ingreso mensual personal (salario mínimo 1979 en D.F. \$ 4,140.00)	sin ingresos	17	9
	hasta 4,000	40	44
	4,001 a 6,000	21	34
	más de 6,000	13	13
	se ignora	9	-
Religión	ninguna	7	13
	católico	79	87
	otra religión	14	-
Lugar de residencia	Tepito o colonias limítrofes *	42	65
	otras colonias del D.F.	40	35
	Estado de México	4	**
	se ignora	14	-

* Radio aproximado de 30 cuadras a partir del CAAF

** Casuística excluida por los criterios de selección de la muestra: residencia en el D.F.

esto último el porcentaje en el área de Psiquiatría es bastante alto: el 35% dejó de ser atendido al menos en una ocasión en que tenía cita con el especialista. Estas variables relativas al aprovechamiento del tiempo invertido en el proceso terapéutico, si bien no parecen determinantes para el abandono del servicio, conviene tenerlas presentes como posibles factores concurrentes, pues a la ansiedad por la recuperación o "curación", se agrega el hecho de que debido a las características de su empleo, pierdan ingresos.

Los demás reactivos de la tabla 5 corresponden a la valoración de los componentes del programa. Los que recibieron algún tipo de atención familiar no estuvieron en desacuerdo con la misma. A pesar de que en los

consultantes de primera vez, el 88% solicitaba atención médica (10), lo exclusivamente orgánico como área de mayor impacto sólo es mencionado por el 26% de los desertores, y para evitar la duda de que ésto refleje un sesgo asistencial (en el sentido de que relativamente pocos se sientan ayudados en lo orgánico por el hecho de que se descuidara este aspecto), las opiniones acerca de lo más útil y menos útil de lo recibido refuerzan la impresión de que las complicaciones y terapias médicas, como base de la demanda, ceden terreno durante el proceso en el CAAF en beneficio de una asimilación y valorización positivas de la política de atención integral.

Respecto a la situación de consumo de alcohol al

TABLA 4

EXPERIENCIAS TERAPEUTICAS PREVIAS Y FUENTE DE REMISION AL CAAF, EN DOS MUESTRAS DE PACIENTES: CONSULTANTES DE 1A. VEZ Y DESERTORES. HOMBRES.

		Consultantes de 1a. vez (N = 118) %	Desertores (N = 23) %
Experiencias terapéuticas previas	Ninguna	18	18
	Alcohólicos Anónimos*	48	44
	Servicios de Salud*	20	26
Fuente de remisión al CAAF	Pacientes del CAAF		
	y/o Alcohólicos	69	52
	Anónimos.		

* Uno o varios episodios de consulta.

Nota: En la referencia No. 10 se desarrolla la consideración de estas variables como condicionantes de la demanda de atención y uso del servicio.

momento del seguimiento, el 48% presenta una ingesta que varía en un rango extremadamente amplio: de 140 a 20,000 cc. de alcohol absoluto, según lo declarado para la semana de consumo máximo, comprendida en el periodo de seguimiento. La contrapartida de ese porcentaje de bebedores la constituye el 52% de entrevistados en situación de abstinencia (tabla 6). Ahora bien, ambos dígitos corresponden a categorías establecidas en un sentido muy global. Esta clasificación se realizó *ad-hoc* para desglosar de alguna manera la información obtenida, en relación al hecho más o menos inmediato de la intervención terapéutica del CAAF, fenómeno en el que se centra el análisis. Así, la misma no se deriva de ningún concepto teórico de lo que constituya o no abstinencia (o mejor dicho, de los parámetros temporales que pudieran distinguir las "verdaderas" de las "pseudo abstinencias"). En función de ello se utiliza el término "abstinencia relativa" y se desglosa en "abstinencia previa": la iniciada con anterioridad a la consulta al CAAF y mantenida hasta la fecha del seguimiento (en la muestra, el rango va desde 1 año y 7 meses hasta 4 años y 3 meses); "abstinencia CAAF": su inicio coincidió con la consulta al CAAF (rango: 2 a 4 meses); "abstinencia posterior": iniciada tiempo después de dejar el CAAF, lo cual implica que tuvieron al menos una recaída (rango: 3 a 18 meses). A estas categorías corresponden el 30, el 9 y el 13 % respectivamente. A su vez, la falta de mediciones previas al tratamiento impide saber si entre los bebedores figura alguno que haya logrado una reducción significativa del consumo. El periodo de seguimiento va de 2 a 18 meses, con un promedio de 5.5 meses, distribuyéndose la muestra en partes aproximadamente iguales por debajo y encima del promedio.

El periodo de contacto con el servicio varía de 1 día a varios meses, con la característica de que el

52% de los casos alcanzó a estar en tratamiento no más de una semana. La cantidad de consultas realizadas en esos periodos se extiende de 2 a 8, con un promedio de 3.7, que coincide aproximadamente con la mediana de esta muestra y con el promedio obtenido para el total de la población atendida en 4 años (gráfica 1).

En la tabla 7 se compara la distribución de la muestra en cuanto a su situación de consumo, con algunas variables de uso común en estudios de efectividad. Al comparar abstemios y bebedores, dicha situación parece independiente de los periodos de seguimiento y contacto con el CAAF y también de las entrevistas realizadas; es decir, no se ve que al aumentar tiempo y consultas, aumenten los abstemios. Tampoco resulta relevante la convivencia conyugal y la ocupación. La única variable manifiestamente relacionada con la abstinencia es la asistencia a Alcohólicos Anónimos (gráfica 2).

Conclusiones

En estos usuarios, el CAAF no ha logrado la abstinencia en términos de intervención exclusiva (sin contar los 2 casos de "abstinencia CAAF", por su baja magnitud y su relativamente corto periodo de seguimiento), en cambio sí ha resultado efectivo en el rol y significado que los usuarios le adscriben. Es decir, en gran medida, de acuerdo con las tasas de éxito esperadas para pacientes con estas características socioeconómicas y estos niveles de deterioro, el Centro ha sido un buen complemento de otros esfuerzos concurrentes o secuenciados, ya sea evitando recaídas o promoviendo y consolidando la voluntad de rehabilitación en algunos, o simplemente resolviendo episodios de emergencia en otros.

De todos modos, parecería que el CAAF no está en desventaja respecto a otras instituciones en el logro

TABLA 5

**VALORACION DE LA INTERVENCION DEL EQUIPO DE SALUD POR
PARTE DE LOS USUARIOS QUE DESERTARON DEL CAAF. HOMBRES
N = 23 . PORCENTAJES**

Relación paciente-equipo de salud:	Psiquiatra	T. Social
entendía lo que le decía	74	87
se sentía comprendido	74	96
le ayudaba a resolver su problema	61	66
las entrevistas duraban demasiado	13	22
esperaba demasiado para ser atendido	18	-
citas no atendidas: Una	22	4
Dos o tres	13	4
Problemas relacionados con su consumo de alcohol que no fueron adecuadamente atendidos:	somáticos	psicológicos
	8	8
Desacuerdo con servicios a familiares:		
Aspectos en que se sintió más ayudado:		
emocionales		55
orgánicos		28
familiares		9
laborales		4
en ningún aspecto		4
Lo más útil de lo que recibió:		
las pláticas con un integrante o con el conjunto del equipo		35
la medicación		26
la atención recibida en general		26
en general, el CAAF no le sirvió		4
se ignora		9
Lo menos útil de lo que recibió:		
nada: todo fue útil		61
las pláticas		9
no recetan la medicación adecuada		4
en general, el CAAF no le sirvió		9
no responde		17

autosuficiente de la recuperación de los problemas relacionados con el alcohol. Así lo indica la necesidad de consulta de quienes previamente habían recurrido a otros agentes y, en particular, de los usuarios miembros de Alcohólicos Anónimos que manifiestan el deseo de reintegrarse al Centro (tabla 8). Por otra parte, el dejar de beber no satisface por completo la necesidad y el criterio de recuperación, y la ingerencia de Alcohólicos Anónimos en el aspecto emocional de la recuperación no muestra incompatibilidad con las acciones del equipo de salud en este plano. Con ello se relativizaría el carácter primario o secundario de los roles adscritos a Alcohólicos Anónimos y a los servicios de salud,

siempre y cuando éstos ajustaran su respuesta a niveles más comprensivos y menos rígidos de tratamiento.

Las características generales del patrón de uso del CAAF sugieren que el enfoque asistencial debería hacerse más flexible con el fin de encarar una atención basada en un proceso largo, intermitente e interrecurrente. Es decir, un proceso en el cual probablemente se iniciarán múltiples episodios de consulta, distanciados en el tiempo y con combinaciones de ajustes terapéuticos, en lugar de sostener un esquema clásico de tratamiento que pretenda una continuidad ininterrumpida desde el inicio hasta el alta, y que persiga objetivos rígidos de efectividad.

TABLA 6

PERIODO DE SEGUIMIENTO, SITUACION DE CONSUMO, Y PATRON DE USO. HOMBRES.

N =23

Periodo de seguimiento:	N	%
2 meses	5	22
3-4 meses	7	30
5-6 meses	7	30
9-18 meses	4	18
Situación de consumo:		
Bebe *	11	48
abstinencia previa **	7	30
abstinencia CAAF ***	2	9
abstinencia posterior ****	3	13
Periodo de contacto con el CAAF:		
1 día	6	26
2-8 días	6	26
2-3 semanas	4	18
1-2 meses	2	8
3 ó más meses	5	22
Total de entrevistas:		
2	9	39
3-4	8	35
5-8	6	26

* *Rango de consumo: 140 a 20,000 cc de alcohol absoluto en semana de máximo consumo.*

** *Iniciada con anterioridad a la consulta al CAAF. Rango: 1 año y 7 meses a 4 años y 3 meses.*

*** *Su inicio coincidió con la consulta al CAAF.*

**** *Iniciada tiempo después de dejar el CAAF (implica que al menos tuvo una recaída).*

TABLA 7

SITUACION DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGUN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO Y ALGUNAS VARIABLES COMUNES EN LOS ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD. HOMBRES (USUARIOS QUE DESERTARON AL TRATAMIENTO).

N=23

	SITUACION DE CONSUMO				TOTAL
	BEBE (a)	ABSTINENCIA PREVIA (b)	ABSTIN. CAAF(c)	ABSTIN. POSTERIOR(d)	
Periodo de Seguimiento:					
2 meses	2	2	1		5
3 a 4 meses	4	2	1		7
5 a 6 meses	4	1		2	7
9 a 18 meses	1	2		1	4
Periodo de contacto con el CAAF:					
1 día	3	2		1	6
2 a 8 días	1	4	1		6
2 a 3 semanas	3			1	4
1 a 2 meses	2				2
3 ó más meses	2	1	1	1	5
Total de entrevistas:					
2	3	5		1	9
3 a 4	4	1	2	1	8
5 a 8	4	1		1	6
Entrevistas a psiquiatría:					
1	4	6	1	1	12
2	5		1	1	7
3 a 5	2	1		1	4
Estado civil:					
casado o unión libre	6	3	2	2	13
separado o divorciado	2			1	3
viudo	1	1			2
soltero	2	3			5
Ocupación:					
desempleado	1				1
oficio o comercio	4	5	2	2	13
empleo no calificado	4	1			5
otra ocupación	1	1		1	3
se ignora	1				1
Asistencia a Alcohólicos Anónimos:					
asiste	3	6	1	1	11
no asiste	8	1e	1	2	12

a Rango de consumo: 140 a 20,000 c.c. de alcohol absoluto en semana de máximo consumo (aproximadamente).

b Abstinencia iniciada con anterioridad a la consulta al CAAF y mantenida hasta la fecha del seguimiento.
Rango: 1 año, 7 meses a 4 años, 3 meses.

c Abstinencia cuyo inicio coincidió con la consulta al CAAF.

d Abstinencia iniciada tiempo después de dejar el CAAF (implica que al menos tuvo una recaída).

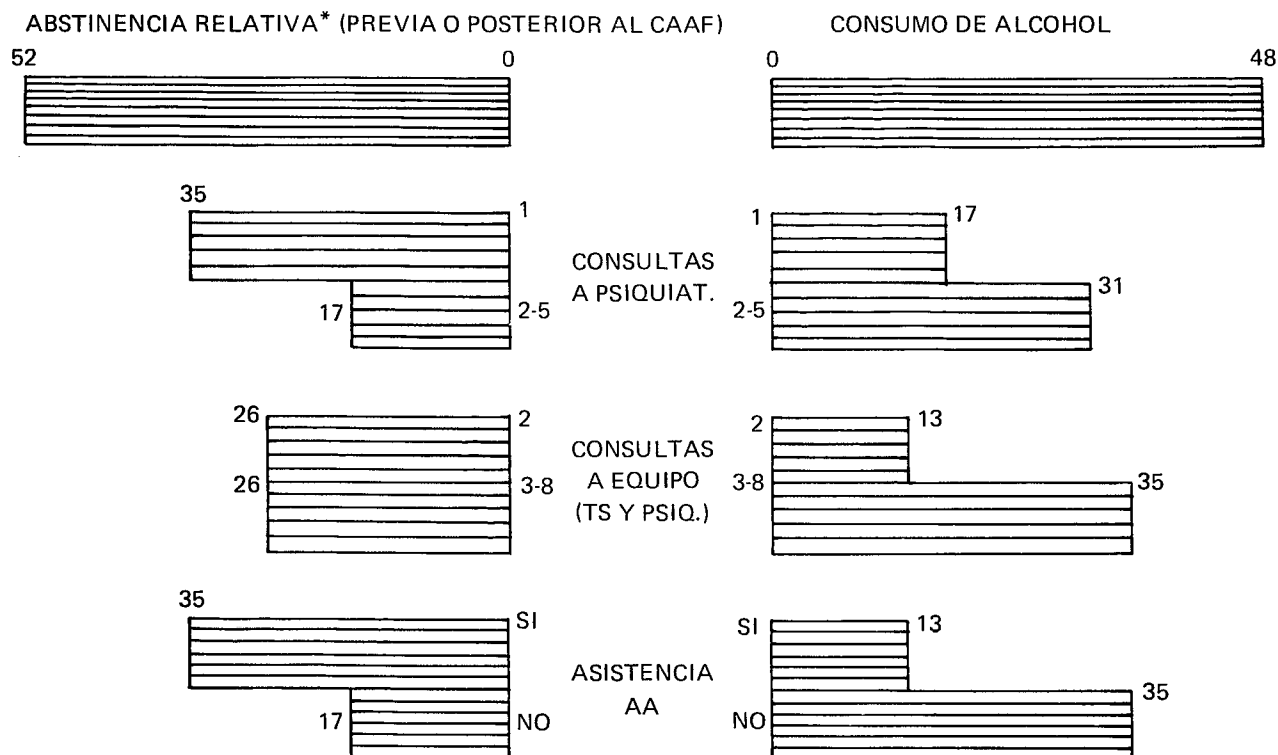
e) Asistió a AA durante 2 años.

Nota: se ignora si en algún caso hubo disminución del consumo, pues se carece de mediciones pretratamiento.

GRAFICA 2

CAAF: SITUACION DE CONSUMO DE USUARIOS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO, SEGUN CANTIDAD DE CONSULTAS Y ASISTENCIA A ALCOHOLICOS ANONIMOS.HOMBRES.

N = 23. PORCENTAJES
SEGUIMIENTO: 2 A 18 MESES (PROMEDIO: 6 MESES)



*Rango: De 2 meses a 4 años y 3 meses.

Muestra: Residentes en el D.F. que abandonaron el tratamiento después de un mínimo de 1 consulta a Psiquiatría y 1 a Trabajo Social. Se ignora si los que continúan bebiendo modificaron su patrón de consumo inicial.

TABLA 8

DESEO DE REINTEGRARSE AL CAAF, SEGUN MOTIVOS Y ASISTENCIA A ALCOHOLICOS ANONIMOS. HOMBRES (USUARIOS QUE DESERTARON DEL TRATAMIENTO)

N = 23

				Asiste a AA		No asiste a AA	
		No.	%	No.	%	No.	%
Desea reintegrarse	para mejorar su situación emocional	9	(40)	20	(88)	10	(44)
	para sentirse bien	6	(27)				
	para poder dejar de beber	3	(13)				
	Para recibir atención médica	2	(8)				
No desea reintegrarse	porque ya no bebe	1	(4)	3	(12)	1	(8)
	por dificultades de horario y distancia	2	(8)				

REFERENCIAS

1. BOLTANSKI L: *Los usos Sociales del Cuerpo*. Buenos Aires, Periferia, 1975.
2. CUTTING J: Alcohol dependence and alcohol-related disabilities. En: Kenneth Granville-Grossman (Ed.), *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Churchill Livingstone, 1979.
3. EDWARDS G y COLS: Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Brit Med J*, 1:1058, 1976.
4. JELLINEK E: *Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Hillhouse, 1960.
5. MOSER J: Alcohol-related problems and prevention strategies. Reporte Interno, OMS, Ginebra, 1979.
6. Organización Mundial de la Salud: Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informes técnicos de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650, Ginebra, 1980.
7. PUENTE F, MARTINEZ CID E, GONZALEZ L: Historia Clínica del paciente alcohólico. Documento Interno CAAF, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1979.
8. PUENTE F, TENORIO R: CAAF: Aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante. *Salud Mental*, 5 (2): Verano, 1982.
9. Secretary of Health and Human Services: Fourth special report to the U.S. Congress on alcohol and health. E.U. 1981.
10. TURULL F: Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la Ciudad de México: el CAAF. *Salud Mental* 5 (2), Verano, 1982.

Respuestas de la sección

AVANCES EN LA PSIQUIATRIA Autoevaluación

1. A
2. B
3. D
4. E
5. C
6. A
7. D
8. E
9. E
10. E
11. D
12. D
13. A
14. E
15. D