

Intervención en Alcoholismo desde la Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales Comunitarios

Por Sebastián Girón García Médico. Profesor del Instituto Complutense de Drogodependencias. Terapeuta Familiar. Técnico del C. C.D del Campo de Gibraltar y del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

INTRODUCCION.

La atención al Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) (1) debe contemplarse dentro de un marco terapéutico capaz de ofertar una asistencia integral que cubra globalmente, y con la continuidad temporal necesaria, todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales así como las interacciones que se producen entre ellos (2). Este modelo de atención está sostenido en la propuesta etiopatogénica que White y Wartburg presentaron en 1972 (3) y según la cual la dependencia hacia el alcohol sería resultado de la interacción de tres tipos de factores: los relacionados directamente con la sustancia alcohol (sus aspectos psicoactivos), los dependientes del individuo (constitución, personalidad psicopatología, etc.) y los del medio ambiente social donde interactúan los dos anteriores (la familia, la cultura, el medio social, la disponibilidad ...). Con anterioridad a la llegada de esta novedosa forma de ver la etiología del alcoholismo, los modelos en uso abogaban por atenciones parciales y con frecuencia excluyentes: a una primera e histórica aproximación de orden moral donde el alcoholismo era considerado un vicio, sucedieron puntos de vista tales como el medicobiológico, que subvaloraba la existencia de valores de índole psicológico y social; la perspectiva psicológica individual que enfatizaba la importancia de la dinámica intrapsíquica sobre los demás factores y por último, y con la aparición del movimiento psiquiátrico social, quedó subrayada la relevancia de determinados factores del medio ambiente social y por tanto la importancia de intervenir sobre el mismo.

Lo que evidencia esta evolución histórica es la conceptualización del S.D.A. como entidad con una triple dimensión: la individual, la familiar (4) y la social.

Entendemos el S.D.A. como el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado salud (5). El proceso dinámico resultante de las múltiples interacciones entre el ser humano, el medio ambiente y el alcohol, concluye a veces con manifestaciones clínicas, incapacidad y/o muerte. Este planteamiento que denominamos

como «Historia Natural de la Enfermedad» (5) queda esquematizado en el cuadro 1. La característica más importante de esta conceptualización dinámica es que no encontramos en ella un límite preciso entre Salud y Enfermedad, distinguiéndose dos grandes períodos:

a) PERIODO PREPATOGENICO, en el que actúan los tres elementos de forma armónica, dándose la circunstancia de que, en determinados casos el consumo del alcohol se ha integrado en la vida sin que produzca la ruptura del equilibrio y por tanto el desarrollo de la enfermedad.

b) PERIODO PATOGENICO. Supone la aparición paulatina del proceso de dependencia una vez la interacción de los tres grupos de factores la han desencadenado. Este período tiene dos fases:

1.-FASE DE LATENCIA 0 PRECLINICA: A pesar del consumo abusivo y del desarrollo de tolerancia y dependencia no se observan ni síntomas ni signos manifiestos de la misma.

2.-FASE CLINICA: El consumo de alcohol ha empezado a producir suficientes cambios orgánicos y psicosociales, determinando el cuadro clínico manifiesto del S.D.A. El transcurrir de la Historia Natural de la Enfermedad podrá conducir al paciente a la curación-estabilización, la incapacidad o la muerte (6).

La traducción práctica de esta forma de contemplar el problema es la que se ha llamado abordaje multidisciplinar del S.D.A. Puesto que en la génesis del desarrollo del proceso están involucrados factores biológicos, toxicológicos, psicológicos y sociales, será preciso intervenir desde muchas áreas y desde diferentes disciplinas. El problema residirá en cómo articular las distintas intervenciones de forma que la atención al problema sea, efectivamente, integral y globalizadora.

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PROBLEMA.

Como ya hemos comentado, la concepción ecológica de la enfermedad alcohólica sustenta la pertinencia del abordaje multidisciplinar sobre la misma. Para la atención al problema del alcoholismo contamos con recursos específicos (los centros de atención a alcohólicos y a drogodependientes) y recursos que no por ser inespecíficos serán menos valiosos y eficaces: la Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales Comunitarios.

Paralelamente a la evolución de los conceptos y conocimientos científicos sobre el S.D.A. se venía gestando lo que se ha llamado Atención Primaria de Salud (A.P.S.). Recordemos como en Alma Ata (1978) queda definida la A.P.S., como la atención esencial hecha universalmente accesible para los individuos y las familias por medios aceptables para ellos, mediante su total participación y con un coste que la comunidad y el país puedan

afrontar (7). La atención primaria de salud debe estar orientada hacia la satisfacción de las necesidades de salud de la población abordando los principales problemas de salud de la comunidad. Para ello es necesario aplicar una metodología de trabajo específica que una las necesidades, definidas por el método científico y epidemiológico, con objetivos, actividades y tareas a realizar por los Equipos de Salud y Bienestar, y por la propia comunidad (8). A nivel teórico, al menos, resulta evidente la convergencia de los conceptos actuales sobre S.D.A. (etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos) y el servicio que debe prestársele desde la Atención Primaria de Salud.

En lo concerniente a los Servicios Sociales Comunitarios, éstos son definidos funcionalmente como una estructura básica del servicio público, que pretende el logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en que se integran, mediante una acción integrada y polivalente (art. 7 de la Ley de Servicios Sociales de 1988). Los Servicios Sociales de Atención Primaria constituyen, por ley, el punto inmediato de acceso y el nivel de servicios sociales más cercano al usuario y a su ambiente familiar y social. Realizando tareas de información, orientación y asesoramiento del ciudadano, y de animación, promoción y desarrollo comunitario; gestionando servicios de atención domiciliaria y orientando al ciudadano hacia el correspondiente servicio social especializado o servicio de bienestar social (9) (10).

Basta detenerse en las funciones asignadas a ambos tipos de dispositivos para percatarse de la idoneidad de los mismos en lo referente al abordaje integral y global del S. D.A. como problema de salud. Lo analizaremos seguidamente desde el punto de vista de la prevención en sus diferentes niveles y desde los dos tipos de dispositivos.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

En la última encuesta realizada por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, en el año 1992, encargada a E.D.I.S. (11), aparece como dato relevante la existencia de un consumo alto y excesivo y de gran riesgo de alcohol en el 10,1 % de la población andaluza, desglosado del siguiente modo: el 5,3 % de la población consume de 76 a 100 ec/día de alcohol puro; el 4,8 restante consume más de 100 ec/día. Esto supone que hay 260.000 andaluces con serios problemas de alcoholismo y 288.000 en trance de tenerlos. Aunque en los últimos años se ha producido una leve disminución en las tasas globales de consumo, se aprecia un aumento llamativo de las complicaciones sociales, laborales y sanitarias de la enfermedad. Esta problemática presenta una magnitud superior a la del resto de las drogodependencias (12). Igualmente se aprecia una preocupante tendencia a la disminución en la edad de inicio de la ingesta. Los jóvenes, a través del llamado fenómeno de la «litrona» hacen un consumo de fermentados y destilados, con frecuencia ligados a otras sustancias (6).

Teniendo en cuenta que dentro de la clínica del S.D.A. las consecuencias sociales (laborales, familiares, económicas) y las médicas (el alcohol está asociado o correlacionado con la aparición de numerosas patologías) aparecerán más pronto o más tarde de no detenerse

el proceso, resulta evidente la enorme dimensión pública de este problema de salud así como la necesidad de ser abordado en las tres vertientes preventivas.

PREVENCION

Antes de analizar por niveles los objetivos y actuaciones preventivas posibles en S.D.A. queremos definir cómo la entendemos, usando como referencia el cuadro 1. La prevención sería el conjunto de actuaciones destinadas a evitar por un lado la aparición del síndrome y por otro, una vez instaurado éste, el desarrollo de sus complicaciones. Sería como una especie de barrera que podríamos situar en diferentes momentos históricos: la llamaremos primaria si situamos la barrera en el período prepatogénico. Será secundaria si la colocamos en el período de latencia o al inicio de la fase clínica. Por último será terciaria si la ubicamos en el período clínico y al objeto de evitar las secuelas y la muerte.

NIVEL PRIMARIO DE PREVENCION

La posibilidad de abordar y prevenir la problemática del S.D.A. durante el período prepatogénico, constituye la forma más coherente, económica y humana de actuación (6). Al tener el S.D.A. una etiología compleja, múltiple y variable, se hace necesario integrar medidas muy diversas en proporciones variables.

La prevención primaria es la auténtica prevención. Sus objetivos son: evitar o retrasar el inicio del uso y eliminar los factores que pueden favorecer su evolución. Para lo cual sería preciso controlar la oferta y la demanda. Dado que nuestro interés actual es la prevención desde el primer nivel de atención no vamos a detenernos en analizar los factores relacionados con el control de la oferta (producción, distribución, promoción y venta). Sí vamos a analizar cómo poder disminuir la demanda.

El instrumento imprescindible de prevención primaria en un problema de etiología compleja como el S.D.A. es la Educación para la Salud. Entendemos educar como un proceso bilateral, es decir, que incluye el ofrecer información y la participación del receptor en su aprehensión y que pretende la maduración, el refuerzo de valores positivos y la modificación de la relación del individuo con el alcohol facilitando su toma de postura (actitud) y su cambio de conducta (6) (13). Dado que el alcohol es una droga institucionalizada de amplio consumo es preciso, de cara a las intervenciones educativas, tener presente que la mayoría de la población tiene conocimientos transmitidos culturalmente sobre su uso y que el proceso educativo de desmitificación chocará, en ocasiones, con esa posición. Por otro lado, es necesario recordar que dentro del uso habitual que se hace del alcohol, hay una serie de circunstancias y de consumos de riesgo sobre los que se deberá centrar el mensaje educativo.

Entre las circunstancias de riesgo (13) destacaríamos:

-Enfermedades: neurológicas y psiquiátricas, metabólicas, hepatopatías,

gastroesofágicas, cardiovasculares, etc.

-Tratamientos incompatibles: con fármacos depresores del S.N.C., con inhibidores del metabolismo del alcohol, etc.

-Personas con antecedentes de abuso de sustancias, tanto personales como familiares.

-Uso del alcohol inadecuado por su finalidad: como psicotropo, como generador de calor, etc.

-Situaciones impropias: manejo de máquinas o vehículos de motor, práctica deportivas, etc.

Entre los niveles de consumo de riesgo, según edad y sexo estakan (13): -Para los niños cualquier consumo es de riesgo.

-En las embarazadas.

-Paralosjóvenes.

-Para los ancianos.

-En adultos serían consumos de riesgo más de 20 gramos/día en mujeres y más de 60 gramos/día en varones.

El mensaje educativo de forma más especílrca debe cubrir al menos los siguientes aspectos (13):

-Informar objetivamente acerca del alcohol. -Deshacer tópicos acerca del alcohol.

-Potenciar el valor del buen estado de salud. -Destacar los beneficios de la moderación.

-Aludir a los riesgos del mal uso/cantidades, circunstancias, tipos de riesgo.

-Fomentar un uso responsable sobre la base de la antedicha infonnación.

Por último señalar la importancia de los factores que condicionan la aceptación de un mensaje y que están relacionados con:

-El prestigio de la fuente.

-La concordancia del mensaje con la actitud del que lo da (función modélica).

-El contenido positivo del mensaje.

De forma genérica cualquier agente sanitario o social puede, en su práctica profesional,

desarrollar una función crítica sobre temas de alcohol, a través de la cual puede analizar, valorar y desmitificar falsas creencias. Y promover desde su posición cambios saludables en las personas (6).

NIVEL SECUNDARIO DE PREVENCIÓN

Cuando las acciones de prevención primarias no han sido aplicadas o han fracasado, es posible que se inicie el consumo problemático de alcohol y tras la instauración de una dependencia y del aumento de tolerancia, se haga preciso recurrir a una prevención secundaria o terciaria, según actuemos en la fase de latencia o en la clínica (6).

Situaremos los objetivos y actividades de prevención secundaria en la fase de latencia del S.D.A. Los objetivos fundamentales en este momento serán los de identificar personas o grupos de alto riesgo, así como generar un clima propicio para la aceptación de una valoración diagnóstica y la instauración de un tratamiento precoz.

El instrumento para la prevención secundaria del S.D.A. es la detección precoz. Una serie de características particulares del S.D.A. dificultarán la detección de la enfermedad:

1.-Su propia naturaleza. Resulta complicado identificar el S.D.A. en un medio social altamente tolerante y facilitador del uso y del abuso de alcohol. Existiendo un acervo cultural que lo respalda.

2.-La actitud del paciente: en este medio donde beber es normal y la dependencia es fuertemente rechazada, resulta casi comprensible la actitud de negación del problema con la que suele presentarse el paciente (más adelante abundaremos en esta cuestión).

3.-La actitud del médico. Ambivalencia propia de la mentalidad del usuario, desconfianza en el pronóstico, sentimiento de frustración, rechazo por prejuicios personales, actitud esquiva ante un paciente que se prevee va a incomodar, incomodidad al rebasarse el «modelo médico» de atención, ... (13).

Para elaborar un diagnóstico precoz del S.D.A. es preciso tener en cuenta sus primeras manifestaciones clínicas en toda su gama de presentación. Vamos a resumirlas en dos grandes grupos:

1.-ASPECTOS CLINICOS:

- SOMATICOS
- PSICOLOGICOS
- SOCIALES

2.-ASPECTOS BIOLOGICOS.

ASPECTOS CLINICOS

Entre los elementos esenciales del S.D.A. podrían incluirse de manera provisional los siguientes: reducción del repertorio del comportamiento de beber, evidencia del comportamiento de búsqueda de bebida, tolerancia incrementada, posibles síndromes de abstinencia, repetida evitación de los síndromes de abstinencia bebiendo más, conciencia subjetiva de una obligación a beber. Todos estos elementos existen en algún grado dándole de este modo al S.D.A. un rango de severidad. Representan las dimensiones a lo largo de las cuales el médico puede ordenar la información que se le da (1).

Blane (14) en 1968 afirma que el alcoholismo es la enfermedad de las tres «D»: Dependencia, Depresión y Negación (Denial en inglés). La dependencia psicosocial es concebida por Jellineck como un incapacidad de parar de beber hasta llegar a un estado de embriaguez o como una incapacidad de abstenerse del consumo del alcohol durante unos días. Alonso Fernández (15) reseña que el elemento fundamental que indica la presencia de dependencia al alcohol es el impulso a la embriaguez o al menos, al logro de un estado de exaltación deshinibitoria.

Por último, en este breve resumen de las primeras manifestaciones clínicas del S.D.A., queremos hacer hincapié, en que en muchísimas ocasiones debuta con problemas de índole social, tales como los familiares (deterioro de las relaciones, malos tratos, empobrecimiento, etc.), laborales (absentismo, accidentes, etc.) o judiciales. Pudiendo ser el trabajador social el primer profesional que deba hacer el diagnóstico precoz y la orientación oportuna.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

En el momento actual se disponen de una serie de pruebas biológicas, que con mayor o menor especificidad, pueden ayudar a realizar la detección precoz debido a que el consumo excesivo de alcohol produce alteraciones de los parámetros normales. De todas ellas destacaremos tres: el nivel de Gamma Glutamil Transpeptidasa, que suele aumentar en correlación a la cantidad de consumo; el aumento del volumen corpuscular medio y el aumento de las tasas de inmonoglobulina A. Por supuesto, la alteración de los valores de estos parámetros no tienen validez si no se acompañan de una historia alcohólica sospechada al realizar la anamnesis.

El **diagnóstico precoz del S.D.A. puede apoyarse en una** serie de instrumentos, algunos de sereening, entre los que cabe citar (por estar ya validados en España):

-C.A.G.E., aplicado por Ewing, **en 1994.**

-M.A.L.T., aplicado por Feuerlein, en 1977.

Estas escalas, de fácil aplicación, miden aspectos relacionados con la dependencia y las complicaciones de la enfermedad. Combinando estas escalas con los marcadores biológicos ya mencionados, pueden detectarse el 95% de los bebedores de alto riesgo, aunque aún no presenten una clínica específica (13).

NIVEL TERCIARIO DE PREVENCIÓN

Como ya se comentó, el objetivo de la prevención terciaria es evitar en lo posible las incapacidades, secuelas y muerte por el padecimiento de un S.D.A., procurando la recuperación de las funciones y capacidades perdidas. Básicamente, por tanto, su objetivo es perfilar el diagnóstico de S.D.A. e iniciar el tratamiento más oportuno.

Para la realización del diagnóstico ya se ha comentado en el apartado anterior, la necesidad de realizar una historia clínica que comprenda datos referentes a los aspectos médico-biológicos, toxicológicos, psicopatológicos y sociales. Pero al igual que es importantísimo registrar esta información, no lo es menos que el paciente tome conciencia del padecimiento del S.D.A. al objeto de que pueda estar lo suficientemente motivado como para iniciar el recorrido terapéutico. En este sentido nos vamos a encontrar con un escollo que presenta serias dificultades para ser sorteado: la negación.

La Representación Social del fenómeno alcoholismo no ayuda precisamente a que la persona que padece un S.D.A. pueda llegar a identificarse con los problemas a los que habitualmente se asocia y a los roles que el alcohólico reproduce: el marginado, el agresivo, el que cierra los bares, el que tiene problemas sociales, económicos, judiciales, familiares, conyugales... Por tanto la NEGACION está al servicio de conservar una imagen, una identidad que no le conflictúa primariamente frente a sí mismo (16). Si un problema de S.D.A. debe ser tratado en un lugar específico, como un Centro Especializado, es evidente que al paciente se le confronta directamente y por la vía de los hechos, a su negación. Antes que afrontar esta imagen del alcohólico, en muchos casos, claudicará, no pudiéndose beneficiar de los tratamientos que en este momento están disponibles. De ahí que pensemos en la necesidad de capacitar y entrenar a los equipos de atención primaria de salud y de servicios sociales en cómo trabajar con la negación y el autoengaño. Una vez desculpabilizado y motivado, será menos complejo el proceso de tratamiento.

El plan terapéutico es el conjunto de estrategias farmacológicas, psico y socioterapéuticas destinadas a la consecución del objetivo de la abstinencia y el cambio de estilo de vida que posibilite la reinserción social.

Como quiera que se adapte, el plan terapéutico debería contemplar, al menos, tres fases: la desintoxicación, la deshabituación y la rehabilitación/reinserción.

Aunque no es el objeto de este trabajo profundizar en el tratamiento del S.D.A.-

perniítasenos describir, de forma somera, los objetivos y actividades de cada una de estas fases.

Desintoxicación: Su objetivo es recuperar la situación de equilibrio fisiológico previa a la dependencia física. Se utilizan medios farmacológicos para evitar la aparición de un cuadro de abstinencia que puede llegar a ser bastante peligroso para el paciente. Ocasionalmente será preciso su internamiento en un centro hospitalario para realizar este programa.

Deshabitación: Fundamentalmente persigue la ruptura de la relación del individuo con su hábito tóxico. En esta fase el tratamiento es básicamente psicoterapéutico (individual, familiar y/o grupal) y que puede estar apoyado por medidas farmacológicas como el empleo de interdictores del metabolismo del alcohol para evitar el consumo en situaciones de especial riesgo.

Rehabilitación: La recuperación de las capacidades y habilidades perdidas así como la socialización en los casos en que se haya llegado a fuerte marginalización, constituye el objetivo de esta fase del tratamiento. La rehabilitación utiliza como instrumento específico las medidas socioterapéuticas (por ejemplo, la vinculación del paciente a grupos de autoayuda y a programas de reinserción ocupacional/laboral, social, etc.) (17).

Resulta evidente que tanto desde Atención Primaria de Salud como desde Servicios Sociales Comunitarios no será posible cubrir completamente un programa terapéutico de la índole del expuesto aquí arriba. Sin embargo podemos apreciar cómo determinados aspectos del mismo sí pueden complementarse desde uno y otro servicio. Para ello será sustancial la coordinación entre ambos. De igual forma, no todos los pacientes diagnosticados de S.D.A., en función de la diferente severidad del cuadro clínico, necesitarán pasar por todas las fases, aunque sería aconsejable individualizar el plan de cara a cubrir las necesidades específicas de cada paciente en cada una de estas etapas.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA PRACTICA ASISTENCIAL AL S.D.A DESDE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

No son muchos los estudios en castellano que se ocupan de conocer la práctica asistencial real del tratamiento del S.D.A. desde atención primaria y no hemos encontrado ninguno específico sobre su atención desde los Servicios Sociales Comunitarios. Quizás éste sea ya un dato a tener en cuenta acerca de las dificultades inherentes al tratamiento de este problema de salud desde el primer nivel de atención. A nuestro juicio, tal dificultad se sustentaría no en la capacidad para intervenir o detectar el problema, sino en cómo abordar una patología que claramente no se adecúa en su demanda a lo esperable desde el modelo médico. Efectivamente, como ya hemos comentado, el S.D.A. tiene como característica específica que en el momento de presentación de la demanda, ésta no suele estar en primer lugar asumida por la persona que presenta el problema (habitualmente la presentará un familiar), y en segundo lugar, el problema de dependencia con frecuencia será negado por el

paciente. El modelo médico clásico sustentado en el ofrecimiento de ayuda sobre una petición del paciente para un problema del que suele tener cierto grado de conciencia, choca de plano con cómo se presentará un paciente con S.D.A. ante el médico o el trabajador social. Generalmente la demanda estará relacionada al padecimiento de alguna complicación somática, psicopatológica o social derivada de la dependencia. Entendemos que sería un objetivo terapéutico en sí, conseguir que la persona pudiera relacionar la complicación para la que pide ayuda con la dependencia del alcohol.

En segundo lugar, la derivación a un servicio específico de tratamiento de alcoholismo choca con otro inconveniente: al paciente que niega serlo, se le confronta, por la vía de los hechos - «el tener que asistir a un lugar señalado para alcohólicos» - con su negación. Se comprende que sin un trabajo previo de concienciación y motivación (18) el paciente decida no ir.

Por último, todos estamos inmersos en un medio social tolerante con el consumo, donde los profesionales también somos consumidores y estamos fuertemente condicionados por ello a subestimar la importancia de la patología.

Sin embargo, y a favor de la necesidad de que desde el primer nivel de atención a la comunidad, sea abordado el problema en sus tres vertientes preventivas, estaría:

- La importancia epidemiológica del S.D.A.

- Su interurrencia con otras patologías tanto médicas como sociales.

- La realidad de que es en atención primaria donde más frecuentemente se presentarán los problemas derivados del S.D.A. y donde mejor se podrán detectar.

- La posibilidad de no confrontar directamente al paciente con su negación.

- La facilidad para la integración social que supone no ser estigmatizado o marginado a través de la atención en dispositivos que la población considera estigmatizantes.

Algunos datos avalan estas ideas. Según la Encuesta de Agencias del Proyecto de la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol, realizada en la provincia de Sevilla en 1987 (19), el 60% de los encuestados eligió como una de sus preferencias para abordar problemas derivados del uso de alcohol a su médico de cabecera.

Esta encuesta recogía algunos datos interesantes sobre la posición de la población y la de los médicos de Atención Primaria que enseguida pasamos a comentar. En primer lugar, para el conjunto de la población, el comportamiento y los problemas relacionados con la bebida constituían una parcela de la vida privada y la mayoría era reacia a cualquier tipo de intervención formal. Más de un tercio de los varones y casi la mitad de las mujeres encuestadas

admitieron que se avergonzarían de presentar problemas relacionados con el alcohol y tener que decírselo a alguien, y porcentajes considerables de los encuestados admitieron que les disgustaría vivir cerca de los centros donde se trataran estos problemas. La conclusión es evidente: persistían actitudes de estigmatización latentes en amplísimos sectores de los encuestados (85%). Circunstancia que refuerza la parcela más social del fenómeno de la negación en el alcohólico: ¿quién querría ser visto desde esa perspectiva?.

Otro hallazgo de la encuesta es que la mayoría de los médicos de atención primaria encuestados habían recibido escasa o nula formación sobre alcohol, alcoholismo y sus problemas (el 54% declaró haber recibido menos de 10 horas de formación específica en alcoholismo). Si este dato lo asociamos al resultado de que los médicos de atención primaria que habían recibido más de 10 horas de formación diagnosticaban más pacientes al año con mucha mayor frecuencia que los que habían recibido menos de 10 horas, resulta concluyente que la capacitación para la atención de alcohólicos es fundamental.

Otros estudios (20, 21) confirman igualmente los resultados obtenidos por la encuesta: resulta bastante generalizado que el médico de cabecera no pregunta a sus pacientes por el consumo de alcohol. En un Screening de alcoholismo realizado en un hospital general, más de la mitad de los pacientes detectados admitieron que su médico de cabecera desconocía su problema de dependencia alcohólica. Asimismo esto parece indicar que parte de los médicos de atención primaria no identifican a muchas de las personas que acuden a su consulta con este tipo de problemas.

Es interesante asimismo resaltar cómo el consumo de alcohol de los médicos de cabecera tiene implicaciones muy importante por la posible influencia sobre el resto de la comunidad, ya que los hábitos de salud del facultativo se consideran un factor del abordaje de problemas relacionados con el estilo de vida de los pacientes (22).

Aunque carecemos de datos objetivos sobre cómo piensa la población respecto a la atención que pueden brindar los Servicios Sociales en el problema del alcoholismo, nuestra experiencia corrobora la idea de que es una estructura que trabaja la mayoría de las veces indirectamente con el problema y a la que no se identifica con la posibilidad de plantearse los. Dado que en el proceso alcohólico los problemas sociales y familiares suelen ser sus primeras consecuencias, es lógico pensar que los estratos sociales más desfavorecidos afectados por este problema usarán de los servicios sociales. Sin embargo esto no es así. La conceptualización del Servicio Social que tiene la población hace que cuando se acude a él sea por un problema que suscita una demanda puntual, tras la cual subyace en muchas ocasiones una necesidad originada como consecuencia de la existencia en la familia de un problema alcohólico. Por tanto, los profesionales se enfrentan a una difícil cuestión: ¿Cómo trabajar y evaluar la demanda?.

Vamos a describir seguidamente y de forma somera la experiencia que desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Osuna (Sevilla) se viene realizando en

un programa de atención a los problemas relacionados al S.D.A-, donde el autor ha llevado a cabo un programa de supervisión. La necesidad de implementar un programa de atención al S.D.A. surge de un lado de la ausencia de servicios especializados en la comarca donde se ubica Osuna, así como de la práctica habitual de los profesionales que detectan de forma casi intuitiva la presencia de problemas de alcoholismo tras algunas de las demandas que reciben. Un tercer elemento es la concienciación de la Delegada de Servicios Sociales para que este problema fuera atendido. En tres años de funcionamiento el programa ha abordado tareas de prevención primaria (campañas educativas a profesores y sanitarios, así como charlas y coloquios dirigidos a la población general); tareas de prevención, secundaria, en coordinación con el equipo de atención primaria y de salud mental de distrito; y tareas de prevención terciaria, con la puesta en marcha de grupos de autoayuda.

Los resultados obtenidos, sin duda, abogan por la continuidad del programa, así como reflejan la utilidad del mismo para atender problemas relacionados con el S.D.A. Entendemos que los Servicios Sociales cuentan de entrada con una ventaja para abordar estos problemas: el modelo de abordaje psicosocial, que contempla la complejidad de los trastornos psicoconductuales desde diferentes perspectivas. Así, la primera tarea consistió en capacitar y formar a los profesionales sobre el S.D.A. La segunda, diseñar el programa de atención en sus diversas parcelas (prevención primaria, secundaria y terciaria), en tercer lugar dar a conocer a otros profesionales de la zona el programa y fomentar la coordinación entre los dispositivos y por último hacerse cargo de la fase de acogida y análisis de la demanda y de tratamiento en grupo de autoayuda, teniendo claro que habría determinados casos cuya complejidad o severidad aconsejarían la derivación.

En estos tres años han pasado por el programa de alcoholismo de los servicios sociales (23) un total de 62 pacientes, de los cuales 20 no llegaron a comenzar el tratamiento. Se han dado un total de 15 altas terapéuticas, lo que representa aproximadamente un 36%, cifra concordante con resultados obtenidos por servicios especializados en atención a alcoholismo y drogodependencias. Esta experiencia práctica corrobora por tanto, lo ya expuesto sobre la pertinencia del que el S.D.A. al menos en sus formas menos severas y complejas, sea abordado desde la atención primaria tanto de Servicios Sociales como de Salud.

A modo de conclusión, la idea que sostenemos en este trabajo es la de que no sólo es necesario, sino que es posible, intervenir sobre el alcoholismo desde estas estructuras de atención, las más cercanas a la comunidad. Otra cuestión diferente será cómo capacitarlas mejor para que efectivamente estén en condiciones de hacerlo de la forma más eficaz y eficiente.

ESQUEMA 1

HISTORIA NATURAL DEL SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA

BIBLIOGRAFIA

(1).- EDWARDS G., GROSS M.M.: *"La Dependencia del alcohol: descripción provisional de un síndrome clínico"*. Rev. Méd. Británica, 1976, 1058-1061.

(2).- REINA GALAN F. : *"Relación de la Atención Primaria con la Atención Especializada a Drogodependientes "*. Comunidad y Drogas. Monografías (1985) 5, 45-52

(3).- WHITE T.G., WARTBURG J.P.: *"Models, addiction and a model of addiction"*. Vortrag, geh. a. d. 30. Internat. Congr. on Alcohol and Drug Dependence, Amsterdam 1972.

(4).- STEINGLASS Y cols.: *"La familia alcohólica"*. Editorial Gedisa. 111 Edición. Barcelona, 1989.

(5).- LEAVELL, H. and CLARK E. G. *"Preventive Medicine for the doctor in his community"*, 2a ed. New York McGraw-Hill Book Company Inc. 1958.

(6).- CRESPO BENITEZ J.; GAVIRAFERNANDEZ C.; MARTINEZ DELGADO J.M.; GIRON GARCIA S.: *"Cómo abordar los problemas derivados del consumo del alcohol"*. Rev. Farmacéuticos. nº 185, dic. 1994. pp. 38-44.

(7).- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *'Alma-Ata: Atención Primaria de la Salud'*. Salud para Todos, nº 1; Ginebra, 1978.

(8).- RUIZ-GIMENEZ, J.L.: *"Funciones de la Atención Primaria de Salud en la Atención a Drogodependientes"*. Comunidad y Drogas. Monografías, 1988.5, pp. 15-29.

(9).- ROMEU R., BAULENAS G.: *"Funciones de los servicios sociales comunitarios en la atención a drogodependientes"*. Comunidad y Drogas. Monografías, 1988. 5, pp. 31-44.

(10).- CAMPANINI A., LUPPI F.: *"Servicio social y modelo sistémico"*. Editorial Paidós. 111 Edición. Barcelona, 1991.

(11).- ANDALUCIA, JUNTA. ConsejoKa de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Los Andaluces ante las Drogas III. Estudio realizado por E.D.I.S. 1992.

(12).- SOLER INSA, P.A.; FREIXA F.; REINA GALAN F. y cols.: *"Yastornos por dependencias del alcohol"*. Delagrang. Barcelona, 1988.

(13).- RODRIGUEZ-TOS,A.: *"Manual de alcoholismopara el médico de cabecera"*. Barcelona, Salvat, 1989.

(14).- BLANE H.T.: *"The personality of the alcoholic. Guises of dependency"*. Harper & Row, New York 1968.

(15).- ALONSO FERNANDEZ, F.: *"Alcoholdependencia"*. Ed Pirámide. Madrid, 1981.

(16).- GIRON GARCIA S.: *"Acogida y Análisis de la Demanda en Pacientes con Síndrome de Dependencia Alcohólica"*. (En prensa).

(17).- CRESPO BENITEZ, J., GIRON GARCIA S., MARTINEZ DELGADO J.M.: *"7~astornos debidos al consumo de drogas"*, en *«Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica»* de

BOBES GARCIA, J. Editorial Síntesis. Madrid, 1994.

(18).- RODRIGUEZ-MARTOS DAUER, A.: *"Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio"*. Atención Primaria. Vol. 14, nº 4, 15, sept. 1994. pp 73-87.

(19).- GILI M., GINER J.: *"Community Response to Alcohol-Related Problems Result of the General Survey Sevilla"*. Second Meeting of Principal Investigators in the W.H.O. Collaborative Study. Lisbon 1987.

(20).- DELGADO M.T.;ALTISENT R., GOMEZ C., VICTORIAA., FERRANDEZ C., BIELSA F.: *"Auditoría de la actuación ante el consumo de alcohol"*. Atención Primaria, vol. 11,nº4,15 de Marzo, 1993. pp 24-29.

(21).-ALTISENT R., PEREZ TIERRAJ., DIE S., IMAZ F., MARTIN J.M., HORTELLS J.L.: *"¿*Conoce el médico de cabecera a sus enfermos alcohólicos?"*. Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza 1989; 29: 22-24.

(22).- WELLS K.B., LEWIS C.E., LEAKE B.: *"Do physicians preach what they practice? A study of physicians health habits and counseling practice "*. J.A.M.A. 1984; 252: 2846-2848.

(23).- GRUPO DE INVESTIGACION: *"Evaluación del programa de atención a los problemas derivados del alcohol. Servicios Sociales Comunitarios"*. Ayuntamiento de Osuna. Datos preliminares. 1995.