



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Red de actores involucrados en la identificación, cuidado y seguimiento del uso nocivo de alcohol en atención primaria en Colombia



Ana María Medina Ch.^{a,*}, William C. Torrey^{b,f}, Sebastián Vargas^c,
José Miguel Uribe-Restrepo^d y Carlos Gómez-Restrepo^{c,d,e}

^a Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^b Department of Psychiatry, Dartmouth's Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, Estados Unidos

^c Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^d Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^e Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia

^f Department of Psychiatry, Dartmouth-Hitchcock, Lebanon, New Hampshire, USA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de noviembre de 2020

Aceptado el 25 de noviembre de 2020

On-line el 11 de marzo de 2021

Palabras clave:

Trastornos relacionados con alcohol
Atención primaria
Colombia
Salud mental
Ciencias sociales

R E S U M E N

Este artículo explora la estructura de una red de actores involucrados en el cuidado de individuos con consumo no saludable de alcohol (CNA) en cinco centros de atención primaria en Colombia entre los años 2017 y 2018. Se utilizó el Actor-Network Theory Framework (ANT), marco teórico que propone que los resultados en salud son producto de una multitud de relaciones entre distintos actores. Este artículo se enfoca en la red de configuración desarrollada entre actores y sus efectos en el proceso de identificación, cuidado y seguimiento de personas con CNA. Los datos provienen de cinco centros de salud que participaron en la fase piloto de implementación de un proyecto de investigación que busca aplicar intervenciones basadas en la evidencia para la detección y tratamiento de la depresión y el uso riesgoso de alcohol. Se condujeron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con pacientes y personal médico y administrativo. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas utilizando N-Vivo. El análisis identifica las maneras en las que los actores se vinculan a la red. Los resultados de este acercamiento cualitativo basado en ANT presentan a los actores identificados en una red no lineal con distintas dimensiones.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: medina.ana@javeriana.edu.co (A.M. Medina Ch.).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.020>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Network of actors involved in the identification, care, and follow-up of unhealthy alcohol use in Primary Care in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Alcohol use disorder
Primary care
Colombia
Mental health
Social science

This article explores the structure of the network of actors involved in the care of individuals with unhealthy alcohol use (UAU) at the primary care level in five primary care centers in Colombia between 2017 and 2018. We use the Actor-Network Theory Framework (ANT) which posits that health outcomes are a product of a multitude of relationships between different stakeholders. The article focuses on the network configuration that develops between the actors and its effects on the processes of identification, care, and follow-up of people with UAU. The data come from five care centers that participated in the pilot phase of an implementation research project that seeks to apply evidence-based interventions for the detection and treatment of depression and unhealthy alcohol use. Semi-structured interviews and focus groups were conducted with patients, health and administrative staff, and users from Alcoholics Anonymous. The interviews were transcribed and coded using N-Vivo. The analysis identified the ways in which actors are linked by the community to UAU. The results of this qualitative approach based on ANT present the actors identified in a non-linear network with different dimensions.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El consumo riesgoso de alcohol es un problema global a grande escala que afecta fuertemente a los países latinoamericanos. En efecto, como lo evidencia la Organización Mundial de la Salud (OMS), «uno de cada cinco bebedores (22%) en Latinoamérica tiene episodios de consumo excesivo, un porcentaje que excede el promedio global (16%)»¹. Según las guías de práctica clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de pacientes con consumo no saludable y problemas con el uso alcohol, el consumo de alcohol en Colombia es aceptado y promovido ampliamente². La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015³ muestra que el consumo no saludable de alcohol (CNA) es uno de los trastornos más prevalentes dentro de los trastornos por uso de sustancias y se estima que uno de cada 15 colombianos es un bebedor no saludable, con una relación 5 a 1 entre hombres y mujeres. El CNA también se encuentra relacionado con las muertes por accidentes de tráfico, al igual que con trastornos de salud mental como la depresión. Desde la perspectiva de atención primaria, se espera que los equipos de salud manejen el CNA a través de la definición de estrategias preventivas cuyo objetivo sea reducir su carga en la población, al igual que la identificación y oferta de atención a individuos con comportamientos no saludables de consumo de alcohol. Sin embargo, en Colombia, la atención primaria no ha asumido comprensivamente la responsabilidad de detectar y proveer tratamiento para el CNA, principalmente debido a la falta de seguridad en la capacidad de proveer intervenciones efectivas. No obstante, estudios previos han mostrado que la atención primaria, acompañada de entrenamiento y apoyo adecuado, puede sobrellevar estos problemas efectivamente^{4,5}.

Contexto

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es un sistema redistributivo, organizado y monitorizado en Colombia por el Estado, con entidades tanto públicas como privadas que actúan como proveedores de servicios de salud. Los individuos son adscritos al sistema mediante la afiliación a una Entidad Prestadora de Servicios (EPS) que garantiza acceso a los servicios de salud ofertados por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales son instituciones estatales o privadas. Las EPS son las responsables de administrar los recursos, organizar y proveer servicios para asegurar la efectividad del acceso a la atención en salud bajo un modelo comprensivo de atención que incluye: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación subsecuente. Las IPS son responsables de proveer atención directa en salud a la población y se componen de hospitales, centros de atención y profesionales en salud que desarrollan y proveen estos servicios. Con la formulación de la Ley 1438 de 2011⁶, el sistema de salud en Colombia fue reorientado con el fin de centrarse en la prevención y atención primaria. Esta ley busca un cambio en la provisión de salud hacia un sistema comprensivo e integrado de atención primaria, en el cual el equipo de salud es responsable por la identificación de pacientes con consumo problemático de alcohol, la provisión de las intervenciones apropiadas y, si es necesario, la remisión a un centro de manejo especializado y de mayor complejidad. Dentro de este contexto, es importante entender qué actores están relacionados con la identificación, cuidado y seguimiento de pacientes con CNA, y las barreras y facilitadores que esta red de actores podría imponerle a la estrategia comprensiva de integración para el consumo perjudicial dentro del sistema de atención primaria.

Tabla 1 – Sitios base para el acercamiento cualitativo (el número de sitio refleja el orden final de la implementación)

Sitio 1	Centro de salud ambulatorio urbano localizado en la capital nacional, Bogotá, que se centra en la atención primaria dentro de un marco teórico de medicina familiar
Sitio 2	Sitio de atención primaria en una ciudad pequeña, con aproximadamente 14.000 habitantes, 47% de área rural, que oferta servicios ambulatorios (consulta externa, servicio de urgencias, transporte de ambulancia)
Sitio 3	Localizado en una ciudad pequeña con una población urbana y rural de aproximadamente 12.000 habitantes, que provee atención primaria y ambulatoria, servicio de urgencias y servicios de hospitalización de corta estancia
Sitio 4	Hospital regional con más de 100 camas de hospitalización que oferta servicios de ambulancia en sitio con aproximadamente 20.000 habitantes
Sitio 5	Localizado en área rural, coordina los servicios de salud mental para 47 municipalidades de la provincial, con aproximadamente 4.000 habitantes

Actor Network Theory (ANT)

Actor Network Theory (ANT) emerge dentro del campo de la sociología desde los estudios de ciencias sociales llevados a cabo por Bruno Latour. Según la teoría, un actor es considerado «una fuente de acción, sin importar su condición humana o no humana»⁷. Se aplicó este marco teórico al estudio de CNA y otras sustancias en aras de abarcar la complejidad de estos problemas de manera comprensiva⁸⁻¹⁰, y para estudiar específicamente la manera como la tecnología se encuentra vinculada a las redes sociales como actor⁷. Con respecto al CNA, ANT fue usado para dirigir la atención hacia la multitud de actores y fuerzas que influyen el consumo de alcohol, al igual que a varios escenarios, eventos o contextos^{9,10} en los cuales el alcohol cumple distintos roles. Se han conducido otros estudios acerca del CNA y los patrones socioculturales en países de altos ingresos¹¹⁻¹³. No obstante, de lo que sabemos, no existen otros estudios que apliquen ANT para entender el CNA en población rural ni en pacientes que viven en países de medianos o bajos ingresos.

ANT también considera que un actor puede actuar solo cuando se encuentra combinado con otros, creando constelaciones en el tiempo y en espacios específicos, llamados escenarios. Estos actores y redes de actores pueden incluir objetos, ideas e instituciones. Las configuraciones que producen pueden o no permanecer estables a lo largo del tiempo.

Metodología

Este artículo es producto de un proyecto investigativo de implementación que busca aplicar intervenciones basadas en la evidencia para la detección y tratamiento de la depresión y el consumo riesgoso de alcohol en sitios de atención primaria¹⁴. La primera fase incluyó cinco centros seleccionados de distintas áreas para explorar las percepciones, habilidades, actitudes, prácticas y experiencias de los profesionales de la salud, personal administrativo, pacientes y organizaciones comunitarias acerca del acceso, continuidad, integración, calidad y resolución de problemas de salud mental en atención primaria. El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por las comitivas éticas de las instituciones involucradas.

Antes de la fase piloto, se realizó una evaluación de las condiciones locales existentes para el manejo de pacientes con depresión o trastorno por consumo de alcohol. En estas

evaluaciones, las características cualitativas de la IPS que fueron consideradas como criterios de inclusión son las siguientes: zona rural versus urbana, tipo de institución (privada o estatal), nivel de complejidad y los servicios disponibles (atención primaria, hospitalización, hospitalización especializada). El criterio final de inclusión para las IPS participantes era la continuidad de su interés por participar. Las diferencias de localización entre las IPS seleccionadas permitieron el reconocimiento de diferencias regionales o históricas acerca de la provisión de servicios en salud al igual que la relación sociocultural con el alcohol, previamente reportado en otros estudios^{15,16}.

El presente estudio analiza datos de la evaluación de cinco de los nueve sitios (tabla 1). Se condujeron entrevistas semi-estructuradas y grupos focales (GF) con pacientes, personal médico y administrativo y usuarios de Alcohólicos Anónimos (AA). Se seleccionaron los participantes por conveniencia, considerando como criterio de inclusión su rol en la red de atención primaria (paciente, personal administrativo o médico) y, como criterio de reclutamiento, se tuvo en cuenta su disponibilidad y voluntad para participar. En todos los casos se obtuvo un consentimiento informado escrito.

Las entrevistas fueron transcritas y organizadas utilizando el software N-Vivo, para así aplicar el análisis cualitativo basado en ANT, incluyendo la identificación de los actores y la manera en que se encuentran distribuidos en los escenarios específicos. Para poder identificar a los actores, se estableció una red de actores esperada que incluye: paciente, alcohol, médicos, enfermeros, administradores y gerentes. Las entrevistas fueron codificadas inicialmente usando esta red de actores en N-Vivo (fig. 1).

Subsecuentemente y a través de una lectura iterativa¹⁷ y una codificación triangulada por dos investigadores, otros actores fueron identificados y las entrevistas fueron recodificadas. Para cada uno de los actores inicialmente esperados, se realizó una búsqueda de texto en el modo de búsqueda generalizada en N-Vivo. Se grabaron como consultas los emparejamientos exactos, las palabras con el mismo sufijo y los sinónimos. Posteriormente, se realizó un análisis de estas referencias y de los segmentos seleccionados. Este análisis estableció la manera en la cual los distintos actores se relacionaban a través de la comunidad con el CNA, las características y clasificación de los actores, al igual que la identificación de los distintos contextos y escenarios dentro de los cuales surge el problema desde la perspectiva y lógica de ese escenario en específico.

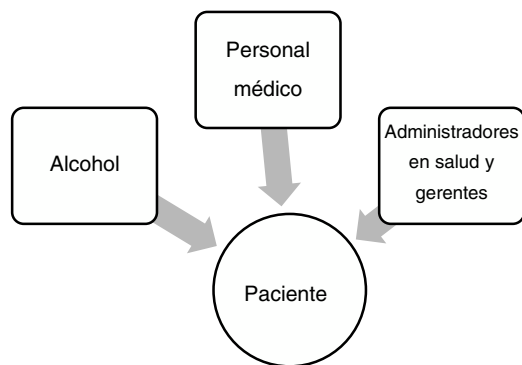


Figura 1 – Red de actores inicial.

Los resultados del acercamiento cualitativo basado en ANT presenta a los actores identificados en una red no lineal con tres diferentes dimensiones: una dimensión central alrededor del consumidor y en relación con el alcohol; otra dimensión que incluye las amistades cercanas y la familia, y una dimensión más amplia que incluye las fuerzas sociales y culturales, y los actores políticos o institucionales. Estas dimensiones son consideradas usualmente, en las teorías sociológicas y antropológicas, como dimensiones políticas e individuales/sociales¹⁸ y son utilizadas para describir la manera como las políticas se incorporan en las realidades individuales y sociales y la manera como un objeto específico, su significado, sus usos —en este caso, alcohol— y sus propiedades emergen de la interacción dentro de la red, y median procesos de identificación, cuidado y seguimiento del CNA (fig. 2).

ANT permite identificar la manera en la que los actores se relacionan con el alcohol y el consumidor o paciente median la identificación, cuidado y seguimiento del CNA, produciendo barreras o facilitadores que afectan cada uno de estos pasos. Es importante entender que, según el marco teórico de ANT, el alcohol mismo es considerado un actor. Entonces, en el contexto de este análisis, proponemos reconocer lo que es considerado como «consumo problemático de alcohol» como un blanco cambiante en salud que es modificado por contextos locales y cuyos efectos pueden ser interpretados en distintas formas por factores individuales, familiares y socioculturales.

Resultados

Se identificaron múltiples actores relacionados con el CNA y se presentaron de acuerdo con la distancia o relación atribuida en reconocimiento de un problema de consumo, o en la búsqueda de ayuda o atención dentro de los servicios. Los resultados presentan al alcohol, familia y amigos, el equipo de trabajo en atención primaria, las EPS, la tecnología y actores fuera de los servicios de salud.

El alcohol como actor

De acuerdo con las personas entrevistadas, el alcohol está presente dentro de las relaciones sociales «colombianas» y atraviesa las relaciones políticas, al igual que las domésticas y familiares. El consumo y las consecuencias de este son



Figura 2 – Niveles de Red.

aceptados ampliamente dentro de la cultura, como lo reconoce un miembro de AA:

«... uno celebra con alcohol, la norma es tener una lista de lo que vas a tomar u ofrecer a tus invitados, pero nunca se hace una lista de la comida que les vas a dar... Sin embargo, para el trago tiene que haber: whisky para mi jefe, “aguardiente” para mi tío, cerveza para mi abuelo. Siempre ponemos el alcohol de primero y eso se ve a nivel nacional, y es la cultura» (GF, AA).

Los individuos entrevistados se refieren al alcohol en un orden específico de prestigio y valor: whisky, ron, cerveza, «chicha» y «guarapo». Bebidas como el whisky y el ron son considerados licores finos, servidos en eventos importantes y ligados al prestigio social, se asocian a celebraciones como cumpleaños y bodas. La cerveza es considerada «alcohol seguro» y no se asocia con los efectos adversos del mismo y se puede consumir después de realizar labores físicas en compañía de amigos o cuando se está enfermo. La «chicha» y el «guarapo» son bebidas fermentadas hechas generalmente de maíz y asociadas fuertemente a las producciones locales y ventas con un elevado valor sociocultural:

«En dos municipios en especial, muchas familias viven de la “chicha” y el “guarapo” y dependen de estas bebidas» (GF, Sitio 4).

Ver los distintos tipos de escenarios específicos¹³ permite entender al alcohol como un actor independiente en el ANT, de tal manera que distintos tipos de alcohol generan diferentes procesos de identidad regional.

El consumo riesgoso de alcohol solo es visto como un problema cuando ocurren consecuencias sociales o biomédicas serias. La aceptabilidad y normalidad del consumo local de alcohol han sido resaltadas por los profesionales en salud y el personal administrativo como una razón para explicar el número reducido de individuos que asisten a consulta y la dificultad que tiene la comunidad en conjunto para reconocer el CNA como un problema serio de salud. Un médico comenta:

«Yo no he visto un solo paciente que haya venido por problemas relacionados al abuso de alcohol. Los pacientes dicen, “Yo tengo hipertensión, tengo diabetes... tomo alcohol, tomo cerveza los fines de semana, me gusta tomar, pero no le veo problema”. Si el paciente ni siquiera puede reconocer su propio cuerpo, cómo puede tratar o decirle

que no [al alcohol], es un problema muy complejo de tratar, abordar y manejar» (GF, Sitio 2, Doctor).

Familia y círculo de amistades

La familia y los amigos se consideran centrales en la configuración de la relación entre el consumidor de alcohol y el alcohol, sin importar si esta configuración promueve el CNA o la búsqueda de ayuda. Un entrevistado menciona:

«Esto es algo que se pasa de generación a generación; por ejemplo, si yo tomo es porque mi papá tomó mucho. ¿Por qué no tomaría?» (GF, AA).

Los miembros de familia, especialmente las esposas, son percibidos como individuos capaces de identificar el CNA en hombres, promoviendo la búsqueda de ayuda al igual que el acompañamiento del paciente en su proceso de mejoría. Un trabajador social comparte:

«Diagnosticar pacientes a través de su familia es mejor que a través del consumo excesivo de alcohol. Cuando llegan, notamos que los adultos mayores ya están en procesos de cirrosis, a veces los pacientes no son conscientes del problema. Si alguien pregunta [si consumen alcohol] dicen: “no, no, nunca”. Sin embargo, lo que nos dice la familia, especialmente las esposas, es: “es que él se toma muchos vasos de ‘chimichan’ (sic), dos vasos de guarapo, cerveza, cuando sale del trabajo toma...”» (Entrevista, Sitio 4, Personal de salud).

Las esposas también están asociadas al seguimiento:

«Después la esposa viene y nos dice “... ¿puede crear, doctor? Que él no ha ido, no ha querido ir, no ha querido volver y no le gustó” y el paciente continúa haciendo lo mismo...» (Entrevista, Trabajador social, Sitio 4).

Las mujeres cumplen el mismo rol con relación a sus hijos cuando estos consumen alcohol de manera no saludable. Ellas son las que identifican el problema y, en la mayoría de los casos, son las que buscan métodos alternativos, no necesariamente exitosos, para resolverlo.

El equipo de atención primaria

Basado en las entrevistas y GF, el equipo de atención primaria se reconoce como un equipo interdisciplinario que se centra en la identificación, cuidado y seguimiento de pacientes con CNA. Este equipo incluye médicos generales, médicos rurales, residentes, enfermería, psicólogos y trabajadores sociales. Generalmente, el personal médico es reconocido como un actor que se supone tiene la mayor capacidad de identificar, atender y asegurar el seguimiento de pacientes con CNA.

Sin embargo, los médicos, residentes y enfermeros usualmente consideran que el CNA y la salud mental son problemas no relacionados con su profesión, o que ellos no tienen las herramientas apropiadas para abordar estos problemas. El sentimiento de no saber qué hacer es recurrente. Es más, uno de ellos menciona:

«(...) sería maravilloso si todos estuviéramos entrenados, no solo en el diagnóstico, ya que el diagnóstico es

relativamente sencillo, pero también en qué hacer con este paciente en atención primaria...» (GF, Personal de salud, Sitio 1).

Otro menciona:

«Me parece que soy bueno detectando y diagnosticando, sin embargo, cuando se viene al abordaje y el tratamiento, me atasco» (GF, Personal de salud, Sitio 1).

Esta percepción incluye a los médicos rurales. Durante un GF, un participante afirmó que:

«Cuando los doctores proveen el servicio, no están preparados, no tenemos médicos con experiencia, solo los médicos rurales que vienen a experimentar, a aprender, a finalizar su entrenamiento, por decirlo así, con los pacientes» (GF, Personal administrativo, Sitio 3).

Dada la falta de conocimiento percibida, el equipo de atención primaria tiende a poner la responsabilidad de la identificación y cuidado de este problema en disciplinas específicas, como los psicólogos y trabajadores sociales, en lugar del personal médico. A pesar de la existencia de varias guías que recomiendan intervenciones breves y estrategias adecuadas para bebedores en riesgo^{4,15}, el equipo de atención primaria siente que no tiene las herramientas o recursos necesarios para abordar el problema del alcohol. Por ejemplo, el tiempo limitado de consultas y la naturaleza fragmentada de los seguimientos a los pacientes hace que el personal sienta una falta de familiaridad con estos individuos e impide su capacidad de proveer cuidado. Esto también dificulta la identificación de comportamientos asociados con CNA:

«(...) es una consulta muy impersonal, ya que el personal médico no tiene tiempo de hacer una evaluación profunda de su paciente y entonces muchas cosas se le pueden escapar...» (Entrevista, Personal administrativo, Sitio 4, 2017).

Por otra parte, se espera de los psicólogos y trabajadores sociales realizar el seguimiento a sus pacientes de manera externa y establecer una relación más profunda con sus pacientes durante su tratamiento, al igual que con la familia durante el seguimiento del caso. Las relaciones con los médicos son consideradas exclusivamente limitadas al cuidado dentro de la IPS.

Entidades prestadoras de servicios como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) deben ser consideradas como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en tanto administran los recursos y distribuyen los servicios. Generalmente, el personal de salud expresó que hay una escasez de recursos, específicamente de personal de salud, problemas con la remisión de pacientes, problemas en la oportunidad para proveer exámenes diagnósticos, al igual que una financiación precaria para el trabajo realizado por las IPS. Estos problemas llevan a los pacientes a demandar servicios especializados que no encuentran en el equipo de atención primaria:

«El usuario prefiere venir al hospital porque saben que aquí pueden acceder a todos los servicios complementarios» (GF, Personal administrativo, Sitio 4).

Adicionalmente, el personal médico y administrativo ha notado otras barreras dentro del sistema de salud. Durante un GF un individuo afirmó:

«Desafortunadamente, las autorizaciones [para las consultas de seguimiento] pueden tardar uno o dos meses y otro problema importante es el de los medicamentos. (...) El paciente recibe medicamento por un mes, pero el del siguiente mes no se lo entregan. Entonces, no hay continuidad con la entrega de los medicamentos» (GF, Personal administrativo, Sitio 4).

Otra barrera en el cuidado de estos pacientes se encuentra en la falta de concordancia entre las instituciones, algo necesario para coordinar la remisión a centros especializados o para proveer un tratamiento específico. Un individuo del Sitio 4 refiere:

«(...) en Boyacá no hay sitios de remisión para estos pacientes. Cuando tenemos pacientes con este tipo de problemas, se piensa en dónde mandarlo, pero es como un juego de "papa caliente" ya que todo el mundo está pensando también en qué hacer con el paciente, a dónde mandarlo» (GF, Personal administrativo, Sitio 4).

Uso de celulares y aplicaciones

Cuando se preguntó acerca del rol de los celulares y las aplicaciones en la resolución de barreras, los participantes perciben que son herramientas secundarias y que no juegan un papel en la determinación del bienestar o de los resultados en salud del paciente. Esta tecnología fue percibida como un apoyo en estos procesos (Entrevista, Especialista, Sitio 5), específicamente para la monitorización remota de pacientes y como apoyo en los procesos de acompañamiento. Los gerentes, por otro lado, consideran que los celulares son una oportunidad para conectar y priorizar pacientes, servicios y médicos de atención primaria:

«Porque no tenemos suficientes camas para atender al número de pacientes que requiere nuestro servicio, sería ideal si los doctores a nivel de atención primaria se comunicaran con nosotros y que nosotros podamos decirles, "Oiga, se puede hacer de esta manera, o manejarlo de esta forma u otra" y así podemos tener una idea real de los pacientes que necesitan este servicio» (Entrevista, Personal administrativo, Sitio 5).

Basado en estas entrevistas, el interés en adoptar la tecnología varía dependiendo de la percepción de su necesidad y la perspectiva de los actores involucrados. Para los médicos, las aplicaciones pueden ser vistas como otro procedimiento a realizar, como una imposición y como algo que les tomará tiempo adicional, cuando, para los gerentes, los celulares y aplicaciones pueden representar la posibilidad de optimizar los recursos, redistribuir las responsabilidades y ejecutarlas sin tener que movilizarse.

Las principales barreras asociadas a los celulares y aplicaciones como actores son los costos, las limitaciones

socioculturales asociadas a la edad del usuario (usuarios mayores podrían no saber cómo utilizar teléfonos inteligentes, un requerimiento de la aplicación), la educación en zona rural y los recursos económicos. Un paciente de los GF menciona, con relación a los celulares y aplicaciones:

«Sí, es interesante, pero yo no podría tener acceso a esto porque, o es muy difícil para mí recargar mil pesos para hacer una llamada, entonces no podría tener acceso a estas aplicaciones» (GF, Pacientes, Sitio 4).

Actores externos: Más allá de los servicios en salud

Durante las entrevistas y los GF, y además de tener a la familia como actor central, las instituciones educativas y religiosas también fueron identificadas como actores clave en la identificación, reconocimiento y seguimiento subsecuente del CNA. Las iglesias, curas y grupos de apoyo son el primer conjunto de actores adonde las personas acuden cuando hay problemas con el consumo de alcohol antes de asistir a centros de salud.

A pesar de su amplia cobertura, AA parece tener una relación conflictiva con las EPS, ya que no es común que un individuo sea remitido de vuelta a un centro de salud después de ser remitido en primera instancia a un grupo de apoyo de AA. Esto ocurre por la falta de acuerdos, puentes o mecanismos que relacionan al consumidor con estos dos actores.

Curiosamente, los actores como los vendedores o proveedores de alcohol, meseros o aquellos que determinan la manera en que el alcohol se suministra y se consume a nivel local, parecen no tener relación —para los entrevistados— con el consumo problemático de alcohol.

En uno de los sitios, los miembros de la asociación de usuarios del hospital identificaron una relación conflictiva entre la unión mercantil (dueños de tiendas o bares) y las políticas municipales de promoción y prevención que imponen restricciones en la venta y consumo de licor. De acuerdo con el municipio, estas regulaciones aparecen como respuesta a un alto nivel de consumo en la región. Sin embargo, los consumidores evaden regularmente estas regulaciones y, por ende, las estrategias tienen un impacto limitado.

Por otro lado, el personal médico y administrativo cree que las compañías de tecnología o las instituciones de educación superior tienen potencial para apoyar el seguimiento y recuperación de personas con trastornos de consumo de alcohol. Estas instituciones podrían ayudar a fortalecer el entrenamiento de estos pacientes, lo cual ayudaría en aumentar las oportunidades de trabajo en un futuro, ya que el desempleo y el estigma impuesto sobre los individuos con consumo problemático de alcohol los pone en una posición precaria en términos financieros y laborales. Resulta importante, para el seguimiento y la futura incorporación de estos pacientes en la fuerza laboral, propagar la consciencia de este problema entre los empleadores.

Discusión

El CNA se entiende como una forma de consumo que incrementa las posibilidades de tener resultados negativos en salud, tanto para el consumidor como para terceros. De esta manera, este concepto incluye distintos niveles de riesgo y

patrones de consumo como lo son: el consumo episódico excesivo, el consumo peligroso o nocivo en situaciones de alto riesgo o el consumo a pesar de condiciones físicas o psicológicas que podrían ser agravadas por poco consumo de alcohol¹⁵. Sin embargo, en un contexto donde el consumo de alcohol y sus efectos son culturalmente aceptados, y donde el público no tiene el conocimiento de los riesgos en salud asociados al alcohol, los terceros son los únicos capaces de identificar el problema cuando produce efectos adversos o comportamientos violentos. En otras palabras, la relación entre el alcohol y el consumidor es considerada problemática solo cuando ocurre una crisis.

Desde la perspectiva de ANT, es posible concluir que la relación con el alcohol es aquella en la cual el alcohol es un actor que tiene gran valor como mediador social, cuyos efectos moderados son aceptados por la mayoría de los actores y cuyos límites sociales establecidos por el contexto determinan tanto el momento como al individuo que es identificado con problemas de alcohol. Por ejemplo, en las zonas rurales de Colombia, la «chicha» y el «guarapo» tienen un alto valor económico y sociocultural, lo que es visto como una barrera para la identificación y tratamiento del CNA. Si dentro del contexto social dominante el consumo de alcohol se encuentra normalizado, resulta difícil que el personal médico, las familias y amigos logren identificar el CNA.

La relación cultural del alcohol y las intervenciones es consistente con estudios previos realizados en distintos ambientes culturales¹¹. Esto significa que, en términos de reconocimiento, se logra solamente la identificación tardía del problema. El personal médico cree que el reconocimiento e identificación del consumo de otras sustancias psicoactivas son más fáciles y que la perspectiva positiva del consumo riesgoso de alcohol obstaculiza las estrategias usadas para la promoción de un consumo moderado. Teniendo en cuenta lo dicho por los entrevistados y lo recalado durante los GF, el consumo de alcohol crea un doble estándar donde el alcohol es aceptado y sancionado al mismo tiempo. Adicionalmente, este doble estándar aplica para los sistemas de salud, ya que el consumo de alcohol es visto como un problema, pero al mismo tiempo trae beneficios económicos a través de los impuestos, una de las principales fuentes económicas del sistema de salud.

A pesar de que el CNA es considerado usualmente un producto de las relaciones entre el consumidor y el alcohol, la familia y las mujeres que se encuentran dentro de estos contextos parecen ser actores centrales dentro de los procesos de identificación y seguimiento del problema. Las mujeres frecuentemente son las responsables de agendar citas, monitorear la toma de medicamentos, al igual que proveer apoyo y alentar la adherencia al proceso del tratamiento.

Los médicos de atención primaria expresaron la falta de herramientas y capacidades para el tratamiento del CNA, y les adjudican la carga del cuidado y el seguimiento de estos pacientes a los psicólogos y a los trabajadores sociales. Aun cuando reconocen la importancia del psiquiatra en el cuidado de personas con trastornos por consumo de alcohol, ellos tampoco creen que la provisión de este recurso sea plausible dentro del sistema de salud. En esta red de actores, la

relación entre el médico general y el paciente resulta importante e ideal para el sistema de atención primaria, ya que sitúa al médico lo más cerca al paciente posible. No obstante, los médicos de atención primaria creen que ellos no tienen las herramientas y capacidades necesarias para realizar intervenciones en el uso de alcohol. Se percibe que los médicos rurales tienen menos herramientas y entrenamiento dentro del sistema de salud, a pesar de ser la fuente más grande de recurso humano y, en algunas zonas rurales y remotas del país, la única.

Aunque el uso de entrevistas estructuradas y GF representa a distintos actores y permite una descripción a fondo de las redes de actores involucrados en la identificación de problemas por consumo de alcohol en atención primaria, debemos apreciar algunas limitaciones. La muestra, que representa zonas urbanas y rurales, no es representativa de otras prácticas socioculturales presentes en un país tan diverso como Colombia. Adicionalmente, algunas personas menos interesadas en formar parte de los grupos de estudio, y que por ende no se encuentran representados en este estudio, podrían incluir personas que necesiten más atención médica. Sin embargo, dado que el reporte actual forma parte de un proyecto en marcha, los datos de la implementación del modelo de cuidado para problemas con el consumo de alcohol en atención primaria complementarán el análisis de la red de actores descrito previamente.

Conclusión

Dado que la familia y los amigos, con ayuda de las instituciones educativas y religiosas, son los primeros actores en identificar el problema, se deberían considerar actores centrales en la identificación del CNA, y por ende estarían involucrados en el proceso de tamización e implementación de tecnologías. El aumento de lectura acerca de la salud mental y la participación de los pacientes a nivel de atención primaria son estrategias clave para poder lograr una mejor detección del consumo riesgoso de alcohol. Actualmente, los consumidores no utilizan los servicios de salud para la identificación y diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol. Ellos solo consultan a servicios de salud cuando su consumo ha causado daño excesivo o daño a terceros. Esto inevitablemente lleva a la identificación tardía de individuos con dificultades en el consumo de alcohol. Sin embargo, lo anterior representa un punto de partida para las instituciones de atención primaria y el aumento de lectura por parte de pacientes, y su participación podría ser un paso importante para aumentar la consciencia y la identificación de los riesgos del consumo de alcohol.

Las tecnologías que apoyan el diagnóstico, cuidado y seguimiento de los pacientes deben considerar el uso distinto y variante de alcohol a nivel local. Es necesario que en Colombia se exploren las variaciones en la relación con el alcohol a través del país y cómo los nuevos productos y las formas de consumo se establecen dentro de las áreas remotas y rurales.

Los procedimientos administrativos y burocráticos necesarios para permitir el acceso y la organización de citas para

tratamiento y seguimiento son barreras para la continuidad del cuidado y la adherencia al tratamiento para personas con trastornos por consumo de alcohol y, generalmente, todos los trastornos de salud mental. De igual forma, la demora en la entrega de medicamentos para los tratamientos respectivos también tiene un impacto en la continuidad del cuidado de los pacientes, al igual que los costos de transporte que tienen los pacientes que viven en zonas relativamente distantes o rurales a su IPS para poder acceder al tratamiento y seguimiento. La tamización rutinaria para el CNA, el material educativo para aquellos que resultan positivos y la ruta de cuidado definida podrían establecer el consumo de alcohol como una preocupación central y rutinaria en salud dentro de la atención primaria. Esto proveería educación y normalizaría la discusión del tema para el paciente, su red social y la EPS, y facilitaría que las personas que tengan preocupaciones personales por su consumo de alcohol puedan buscar ayuda. La educación, el apoyo y la experiencia ayudarían a los médicos de atención primaria a sentirse más seguros y capaces en este dominio de su trabajo. No obstante, los procedimientos de tamización rutinaria deben estar complementados de intervenciones ampliamente disponibles dentro del sistema de salud para ser exitosos.

Basado en este escenario, el desarrollo de tecnologías (aplicaciones móviles) emerge como una oportunidad para mejorar el déficit que existe en los procesos de identificación y cuidado para pacientes de salud mental y uso perjudicial de alcohol. Será importante identificar las distintas motivaciones y valores que los actores le atribuyen a estas tecnologías, ya que algunos actores pueden percibir las como una oportunidad importante mientras que otros simplemente las perciben como un suplemento a otras intervenciones más estructuradas. Los pacientes con acceso limitado al uso de tecnología móvil por vivir en zona rural o aquellos que se encuentran en situaciones económicas precarias representan barreras para la implementación de la tecnología.

Financiación

La investigación reportada en esta publicación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) con el Número de la Subvención de 1U19MH109988 (Investigadores Principales Múltiples: Lisa A. Marsch, PhD y Carlos Gómez-Restrepo, MD PhD). El contenido es únicamente opinión de los autores y no representan los puntos de vista del NIH o del Gobierno de los Estados Unidos.

Conflicto de intereses

La Dra. Lisa Marsch, una de las principales investigadoras de este proyecto, está afiliada al negocio que desarrolló la plataforma de intervención móvil que se está utilizando en esta investigación. Esta relación es ampliamente administrada por la Dra. Marsch y su institución académica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
2. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía completa: Ministerio de Salud; 2013.
3. Ministerio de Salud del Gobierno de Colombia, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá; 2015.
4. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS; 2008. p. 148.
5. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses and general practitioners attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev.* 2005;24:555-8.
6. Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Diario Oficial núm. 47.957, de 19 de enero de 2011.
7. Cresswell KM, Worth A, Sheikh A. Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010;10:67.
8. Jakob D. When alcohol acts: an actor-network approach to teenagers, alcohol and parties. *Body Soc.* 2009;15:25-46.
9. Duff C. Accounting for context: exploring the role of objects and spaces in the consumption of alcohol and other drugs. *Soc Cult Geogr.* 2012;13:145-59.
10. Törrönen J, Tigerstedt C. Following the moving and changing attachments and assemblages of addiction: Applying the actor network approach to autobiographies. *Int J Drug Policy.* 2018;54:60-7.
11. Anderson JF. Screening and brief intervention for hazardous alcohol use within Indigenous populations: Potential solution or impossible dream? *Addict Res Theory.* 2007;15:439-48.
12. Gordon R, Heim D, MacAskill S. Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public Health.* 2012;126:3-11.
13. Sznitman SR, Bord S, Elias W, Gesser-Edelsburg A, Shifan Y, Baron-Epel O. Examining the sociocultural sensitivity of subjective drunkenness: Comparing Arab and Jewish Israeli pub patrons. *Drug Alcohol Rev.* 2017;36:813-9.
14. Torrey WC, Cepeda M, Castro S, Bartels SM, Cubillos L, Suárez Obando F, et al. Implementing technology-supported care for depression and alcohol use disorder in primary care in Colombia: Preliminary findings. *Psychiatr Serv.* 2020;71:678-83.
15. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Para profesionales en salud: Ministerio de salud; 2013.
16. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and cultural contexts of alcohol use: influences in a social-ecological framework. *Alcohol Res.* 2016;38:35-45.
17. Srivastava P, Hopwood N. A practical iterative framework for qualitative data analysis. *Int J Qual Methods.* 2009;8:76-84.
18. Lock M. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily Practice and Knowledge. *Annu Rev Anthropol.* 1993;22:133-55.