



EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Autores:

Mireya Devia G.
Leonor Painemilla C.

*Si estamos solos, buscaremos caminos
que nos pueden conducir a cualquier parte,
Incluso al destino equivocado...*

*Si estamos acompañados por un verdadero amigo,
caminaremos más seguros y apoyados,
nuestro destino será el que esperamos..
y nos sentiremos más felices*

*Un verdadero amigo incluso puedes ser hasta tu propio
corazón al sentirte valioso, único, extraordinario, porque
tú eres un ser especial
Y si miras bien, verás, a tu alrededor alguien que te
conoce, te aprecia y te necesita..*

*En la adversidad, aprecia tu vida, ama tu
vida, y sentirás que tus sueños se hacen
realidad.*

Chile como país en desarrollo ha experimentado importantes cambios sociales en los últimos años, y en el ámbito de la salud, uno de los principales desafíos es el fortalecimiento de la atención primaria, que toma relevancia en base al nuevo modelo de atención participativo. De este modo, uno de los grandes temas considerado un problema social y un problema de salud pública es el alcoholismo, que se man tiene en aumento, siendo el consumo problemático de alcohol } problema que afecta la salud integral de la persona así como su calidad de vida. La salud integral se entiende como salud física, mental, familiar y comunitaria. Según estadísticas de salud, el abuso del consumo de alcohol afecta principalmente a personas menores de 45 años y los estudios epidemiológicos en hogares representativos de la población nacional mayor de 12 años, muestran que el consumo de alcohol continúa aumentando. (Ministerio de Salud 2005) (1)

En nuestra historia de más de cien años de investigaciones, proposiciones, programas y acciones orientadas al programa Beber Problema, realizada por múltiples sectores nacionales, no han aparecido cambios significativos en la magnitud del problema. Por el contrario, en los últimos años, se ha observado un incremento del abuso del alcohol en la población juvenil al que se agrega el uso de otras sustancias. Estudios epidemiológicos realizados en nuestro país en relación al consumo de sustancias se suelen circunscribir a segmentos poblacionales específicos en determinadas áreas geográficas, y con algunas deficiencias metodológicas, todo lo cual restringe su generalización a la población nacional.

En Chile, todos los sectores sociales consumen alcohol en forma riesgosa, pero el nivel socio-económico más bajo consume proporcionalmente más alcohol en relación a la dieta. Sufre asimismo, mayores consecuencias negativas de tipo médico y social (MINSAL 1993) (2)

En otro sentido, podemos señalar que una de cada diez muertes en Chile se relacionan con la ingesta excesiva de alcohol, por enfermedades vinculadas con su consumo o bien por muertes violentas y la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en el país se ha mantenido cercana a 30 por cada 100.000 habitantes, siendo históricamente una de las más altas del mundo, y según registros del Servicio Médico Legal, aproximadamente en el 33,5% de los accidentes de tránsito y en el 50 % de los homicidios es posible determinar una alcoholemia positiva. (MINSAL, 1996) (3)

En relación a abuso del consumo de alcohol en jóvenes infractores de la ley, estudios realizados recientemente por la Dirección de estudios sociológicos de la Universidad Católica concluyen que existen factores determinantes en relación al abuso y la dependencia, relacionados con la situación de padres no involucrados, uso parental de alcohol y drogas trastornos de salud mental como depresión, psicosis, ansiedad, daño cognitivo, disposición al riesgo, irritabilidad entre otros factores. "Guerra al consumo de alcohol juvenil callejero" (Titular El Diario Austral, 2007) (4). La alta prevalencia del consumo de alcohol y drogas en jóvenes es preocupante y se vive día a día. A partir de la nueva aplicación de la Ley de Responsabilidad penal juvenil se aplicará un nuevo modelo de intervención integral, estrategia basada en un enfoque sistémico y en donde todos actores involucrados entregarán su aporte desde su perspectiva y vinculación, lo que llevará a asegurar una mayor efectividad del modelo.

Por otra parte, existen consumidores problema que son derivados del sistema judicial, por denuncia de violencia intrafamiliar, o vicerversa, los que son atendidos por los equipos de salud mental para iniciar tratamiento en el programa Beber Problema. Aún cuando en algunos

casos existe incidencia, la situación o relación causa efecto en tre a mbas no siempre es aplicable.

Si bien es cierto, que el consumo problemático de alcohol es recuperable, a diferencia de otros problemas de salud o enfermedades no transmisibles, su mantención en el tiempo podría generar graves consecuencias para la salud orgánica, cirrosis, deterioro neurológico e incluso la muerte, a la vez, podría originar otros problemas familiares, los más frecuentes y severos, depresiones, suicidios, maltrato, violencia, abandono, delincuencia.

Las personas que abusan del consumo del alcohol generalmente son poli consultantes en atención primaria o servicio de urgencia, en las que muchas veces no se detecta el problema del abuso o dependencia, por estar encubierto y por lo tanto no se efectúa el tratamiento específico.

Según Tuwell et al. (2006) la efectividad se ve afectada seriamente por la inequidad de acceso, de calidad de diagnóstico y de cumplimiento de las indicaciones de intervención por parte de los prestadores y de los usuarios (Heyermann, 2006) (5)

Nuestra postura es que las políticas y programas públicos de salud no son efectivos por la escasa sistematización de actividades y estrategias promocionales y preventivas en la atención primaria así como, la intervención tardía en la evaluación diagnóstica del problema cuando las complicaciones biomédicas y psicosociales son avanzadas y evidentes, lo que genera una baja recuperación de los consultantes. Desde este punto de vista, pensamos que una estrategia de cambio efectiva es lograr que la comunidad escolar interiorice y considere el consumo de alcohol como problema, a partir de lo cual se podría sistematizar e incorporar en un programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el proyecto educativo de los establecimientos, porque en la actualidad no se evidencia interés de parte de los escolares o jóvenes para priorizar este tema en actividades preventivas o promocionales. Normalmente, prefieren el tema de sexualidad, no menos importante, pero no como única prioridad. Cabe destacar que muchas escuelas o establecimientos educacionales no incorporan dentro de sus programas o planificaciones anuales, actividades de promoción de la salud, involucrando al equipo de salud. Generalmente, esta acción la cumplen los orientadores de cada establecimiento educacional. Es así, que en algunos casos tanto apoderados como la comunidad escolar no da credibilidad por competencia técnica. Vale decir, aún existe la creencia que cada tema debe ser expuesto por quién corresponde, por ejemplo, alimentación saludable por Nutricionista; sexualidad responsable por Matrona.

De este modo, el orientador aún cuando está capacitado en el tema, no va a resultar creíble. Para concretar este programa preventivo, a nivel escolar, sería necesario crear u ofrecer instancias o espacios de diálogo con el Ministerio de Educación, para incorporarlo en los programas educativos formales de todos los establecimientos, ya que hoy en día nuestra experiencia profesional nos dice que no todos los establecimientos educacionales aceptan la intervención de equipos de salud en actividades de promoción y prevención o si se realiza es sólo en forma esporádica.

Por otra parte, creemos que es necesario lograr una mayor pesquisa de jóvenes en riesgo por consumo de alcohol, a través de la realización de E.M.P.A. (Examen de Medicina Preventivo del Adulto), aplicación de instrumentos como el AUDIT (Cuestionario de

Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol), acompañado de consejería, tanto dentro del centro de salud, como en sus propias Escuelas o Liceos.

Podemos **argumentar** que las acciones de Promoción y Prevención, más que al consumo problemático del alcohol, están dirigidas prioritariamente a intervenir en otra problemática de salud, tales como, enfermedades crónicas no transmisibles, malnutrición por exceso y otras enfermedades de salud mental, como la depresión; siendo un problema que se mantiene en el tiempo y que va en aumento, iniciándose cada vez, a más temprana edad y en ambos sexos, ya que es un hábito que se adquiere mediante la socialización, es decir, es un proceso de Aprendizaje Social donde lo que se observa, se aprende y se imita, influyendo muchas veces, los diferentes modelos sociales existentes, como, los padres, los amigos, los educadores, los héroes de televisión y los mismos trabajadores de la salud, especialmente en los niños y adolescentes (6). Es por esta razón, que el hablar del alcohol se torna más difícil y casi prohibido, más aún, promover su no uso.

Es posible visualizar que existe una incongruencia entre lo que establece la Norma técnica de salud mental N° 85 y la realidad regional y nacional de los centros de atención en salud mental, con Programas de tratamiento de alcohol y drogas, "Deben contar con recurso humano e infraestructura suficiente, que garantice el desarrollo de las intervenciones individuales, familiares y grupales, por lo tanto, con privacidad y diferenciación de espacios terapéuticos, así como con espacios de espera, descanso y recreación, acorde con la etapa evolutiva de la adolescencia, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior, tales como iluminación, zonas despejadas, y proximidad a vías de transporte" (MINSAL, 2006) (7)

En ciudades de escasa y baja densidad poblacional, como es característico en zonas australes, los consumidores de alcohol con dependencia severa, son atendidos por la atención primaria, y en casos de gravedad ante ideación suicida estructurada son hospitalizados en las unidades de corta estadía de Hospitales generales. No existen otras alternativas por la escasez de recursos físicos ya mencionada y ante la creciente demanda de pacientes de salud mental, que requiere ser atendido en un centro de salud, los existentes se hacen insuficientes para atender la demanda, en muchos casos, de zonas urbanas y zonas rurales. La situación se agrava aún más, cuando es necesaria la derivación a otros centros más especializados del país, en que el paciente, normalmente es acompañado por un familiar, con el consiguiente desarraigo de su lugar de origen. Ello conlleva otros problemas ante la falta de recursos necesarios para la permanencia de familias, los que en su mayoría son acogidos temporalmente por instituciones de beneficencia cuando su situación socio-económica es deficitaria.

En zonas extremas, no existen alternativas de tratamiento adecuados por condiciones de aislamiento geográfico, con distancias significativas de los centros de atención más especializados, insuficiencia de recursos humanos especializados principalmente médicos psiquiatras, psicólogos infantiles y recursos financieros para crear los espacios e infraestructura necesaria que permita su rehabilitación, especialmente, centros de acogida, Hogares protegidos, Centros comunitarios de salud mental.

Según estadísticas del total de camas de Psiquiatría, 69% se ubican en la Región Metropolitana, lo cual dificulta su utilización por personas de otras regiones. En muchos puntos del país, aún existe inequidad en el acceso a servicios de salud mental, tanto desde el punto de vista geográfico como del de minorías étnicas (Ministerio de Salud- Organización Mundial de la Salud, 2006) (8).

Por otra parte, existen programas sociales gubernamentales de protección social, que atienden preferentemente a grupos vulnerables o de riesgo, no obstante, algunos de estos programas no consideran personas que viven solas sin red de apoyo familiar excepto los adultos mayores, situación que en regiones australes de extrema ruralidad se evidencia principalmente en adultos jóvenes.

La experiencia profesional nos indica que las acciones de seguimiento de los pacientes atendidos son discontinuas, por la escasa dotación de personal y la multiplicidad de funciones que éste realiza, siendo su intervención enfatizada en el paciente en forma individual, disminuyendo las intervenciones familiares y sociales, aspecto relevante para la recuperación real del paciente.

Asimismo, se minimiza la coordinación con las redes sociales del intersector, en el cual existen instancias de apoyo para este tipo de pacientes. Por otro lado, es importante evitar la "sobre intervención", ya que la vinculación con la red social, no significa que el paciente deberá relatar nuevamente su problemática a otros profesionales, sino que se crea una malla de apoyo y un mayor control social, donde todos buscan soluciones en conjunto desde su área.

Ahora bien, el consumidor de alcohol, generalmente mantiene redes sociales negativas, ya que la realidad nos indica que la mayor parte de la red de amigos más próxima y simétrica son también consumidores, en cambio, para los no consumidores estos serían catalogados como de mala influencia; se verifica de este modo el paradigma "las malas juntas".

Por otra parte, la red familiar de apoyo en estos pacientes es limitada en especial en zonas aisladas y rurales donde es frecuente la existencia de personas que viven solas principalmente de sexo masculino. Asimismo, la red más próxima que envuelve a estos pacientes, como la familia, muchas veces se automargina y no asume los cambios o perspectivas de desarrollo positivo que puede lograr el consumidor una vez que comienza el tratamiento.

Aunque, los centros de atención primaria han incorporado mayor número de psicólogos a los equipos, aún son insuficientes, en especial por la alta demanda en zonas en que otros problemas de salud mental surgen o se acrecientan, como son las depresiones, y suicidios, o los trastornos de pánico a causa de contingencias por catástrofes o situaciones de emergencia.

Luego de este análisis, nacen algunos **objetivos**:

Analizar la efectividad de las acciones en salud frente al diagnóstico oportuno, tratamiento y recuperación de las personas con consumo problemático de alcohol en los lugares de mayor aislamiento geográfico.

Asociar el consumo de alcohol como parte de la cultura que engloba mitos, tradiciones y costumbres, que se transmiten de generación en generación, mientras que las acciones en salud hacia los consumidores, están dirigidas principalmente a erradicar estas tradiciones, situación que va en desmedro de la actitud o voluntad del paciente.

Enfatizar la Promoción Social en Salud, promoviendo estilos de vida saludables, ambiente libre de contaminación sociocultural y psicosocial y la capacidad de resiliencia de la población.

Reconocer la importancia de contar con personal de salud, profesionales médicos, no médicos, técnicos y voluntarios capacitados y con dedicación exclusiva para el programa de salud mental que involucra el beber problema.

Evaluar las intervenciones del intersector, redes familiares y comunitarias en virtud de la atención del consumidor problemático de alcohol.

En base a estos objetivos y considerando el análisis previo, es posible entrar en discusión y evidenciamos que existe una falta de conciencia de la enfermedad del afectado, por la significancia cultural e ideológica que tiene el consumo de alcohol en algunas comunidades, donde se considera un rito asociado a celebración como parte de la tradición familiar y laboral, por ejemplo, pescadores, campesinos. Para ellos existe una amplia gama de mitos aceptados “darle bebidas alcohólicas a un niño para que se haga hombre”, “beber para pasar el frío”, “no es celebración si no hay alcohol”.

Es conocido el paradigma “el borracho no tiene vuelta”, y aceptado culturalmente como “un personaje” con un estereotipo particular, vale decir, son considerados marginales, no integrados socialmente y sólo atendidos por instituciones de beneficencia o de salud en situaciones límite, cuando el afectado se siente obligado a recurrir por razones judiciales o de salud. En este sentido la reparación mediante un tratamiento en estos casos no asegura una total rehabilitación.

Desde este punto de vista, un aspecto de relevancia y que incide en el rendimiento de los equipos de salud, es el trabajo en equipo e especialmente en la promoción social, estrategia de cambio, que no sólo se realiza con el personal del centro de salud, sino que involucra además, a organizaciones sociales, consejos de desarrollo, voluntariados, de tal manera que mediante un efecto sinérgico se logra avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. ya que, por ser el consumo de alcohol una conducta aprendida, se puede modificar o revertir, o mejor aún, no imitar, ello considerando la Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura, que pone de relieve cómo entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

En la actualidad, en todo tipo de organización o grupo humano se espera que los equipos logren sus metas y satisfagan sus necesidades con base en sus capacidades, conocimientos y competencias, y ello se logra principalmente con motivación, compromiso, iniciativas, diálogo abierto, comunicación clara y positiva, cooperación y creatividad. De esta forma el trabajo en equipo mejora los resultados esperados. La situación de rotación de personal por distintas circunstancias afecta los equipos de salud. No obstante, es una oportunidad cuando la rotación se debe a oportunidades de capacitación para el personal.

Existen factores que inciden negativamente en el seguimiento y acompañamiento de los pacientes que inician un tratamiento en este programa, lo que tiene relación con la alta rotación del personal de salud en la atención primaria, asociada a la inestabilidad laboral, los bajos incentivos económicos y de reconocimiento. Esta situación genera por un parte, la pérdida de funcionarios y capacitados en el área de salud mental y la baja adherencia de algunos pacientes al tratamiento, por el constante cambio de los funcionarios que lo atienden, especialmente médicos, lo que implica crear nuevas confianzas, recordar su problemática, existiendo el riesgo de abandono del programa por parte del paciente.

Asimismo, es importante no olvidar que en el centro de salud, el personal que trabaja en salud mental, requiere además de capacitación, autocuidado, motivación permanente, trabajo de equipo, reconocimiento, elementos necesarios que al ser considerados en la planificación, pueden mejorar la consecución de objetivos del programa, la competencia técnica, la resolutivez, el logro de metas, la calidad de la atención, la satisfacción usuaria.

Dentro de las **conclusiones** podemos afirmar que el consumo de alcohol como problema puede ser causa o efecto de otros problemas sociales, como, la violencia intrafamiliar, depresión, ausentismo laboral entre otros.

Desde este punto de vista sería necesario abordar el problema a través de un equipo multidisciplinario, bajo una mirada de enfoque familiar, con apoyo de las redes sociales, el intersector y la comunidad o grupos organizados. De esta forma para los autores, la sistematización de los programas preventivos para grupos de alto riesgo o marginales debe ser permanente en el tiempo e incorporada en proyectos educativos o en programas escolares a temprana edad, con el apoyo de los servicios de salud, favoreciendo en forma integral a niños y jóvenes.

Los problemas, complicaciones y consecuencias del uso de bebidas alcohólicas y de otras sustancias que provocan dependencia, no pueden ser resueltos fuera del contexto familiar, socio-cultural y ecológico, donde estas dificultades nacen y evolucionan (Troncoso 1999) (9)

En relación a las instancias o experiencias con el abordaje del problema a través de grupos multifamiliares en la atención primaria, cuyo enfoque es multidisciplinario e interdisciplinario incorpora distintas variables psicosociales, socio-económicas, culturales etc., con lo cual podemos concluir, que aún cuando estos grupos funcionan, requieren de un seguimiento y trabajo continuo, personal de salud con dedicación y horas exclusivas, capacitado y supervisado, duplas psicosociales, especialmente cuando la adherencia al tratamiento es baja.

Por otra parte, para lograr la efectividad del programa deben considerarse los derechos y deberes del usuario, siendo los deberes los menos evidenciados en la mayor parte de los pacientes atendidos en la atención primaria especialmente en la etapa de precontemplación del problema o en aquellos cuyas redes sociales son escasamente estructuradas.

La consulta en la atención primaria constituye una oportunidad inmejorable para la detección e intervención precoz del consumo problema y del consumo en riesgo de sustancias psicoactivas (Guía clínica, 2005) (10)

De acuerdo a nuestra experiencia podemos concluir que los programas de salud mental son asumidos con baja aceptación por los integrantes de los equipos de salud o de personal en general, de la atención primaria, lo que otorga bajo perfil a la problemática, especialmente del beber problema. Además, existe una desproporción importante en el número de los distintos profesionales de salud mental que se están formando en Chile, no existiendo programas regulares de formación de pre o postgrado en salud mental para Enfermeras y Asistentes Sociales; el número de estos profesionales que se están formando es completamente insuficiente para las necesidades de la población. Si bien, los psiquiatras tienen un programa estructurado de formación y certificación de 3 años de duración, el número que egresa al año es bajo, especialmente en Psiquiatría infantojuvenil. (MINSAL, OMS, 2006) (11)

Asimismo, si pensamos en las estrategias utilizadas para lograr atender a los grupos de mayor vulnerabilidad o de riesgo, dentro de las garantías auge, a partir del 1º de Julio del presente año, se considerará a los jóvenes menores de 20 años con consumo problema.

Con ello se logra un gran avance en materia de oportunidad, calidad de la atención, y es esencial no parcializar la atención sólo a nivel individual, sino, atender, tratar y enfocar al paciente joven en un contexto familiar, cultural, socioeconómico y psicosocial, que pueden influir, como factores protectores o de riesgo, así mismo, las redes sociales constituyen un importante sostén cuya vinculación, integral y continua, permiten la coordinación social necesaria, y por ende lograr los cambios esperados tanto por el personal de salud como por el paciente.

Desde la perspectiva sistémica se ha demostrado que el abordaje de los individuos aislados, sin tomar en cuenta su contexto más cercano, ofrece una percepción errónea de lo que está ocurriendo. Nuestros pacientes al igual que todos nosotros, nos encontramos en una trama de relaciones humanas y sus consecuencias recíprocas, interaccionando una y otras a la vez. Esto lleva a la transformación de un modelo de pensamiento lineal de causa efecto, a un modelo de pensamiento sistémico o de causalidad circular.

No obstante, es importante lograr, aún que dependiente un grupo mayoritario de personas jóvenes y adultas, algunos conscientes de su enfermedad que recurrirán a la atención primaria y otros que seguirán en las calles deambulando como personas abandonadas o marginadas de la sociedad, o simplemente personas acogidas por sus propios grupos de pares algunos redes negativas en similares condiciones de vida.

El principio de la equidad en salud nos lleva a pensar en el lema “salud para todos”, y si bien, nadie queda excluido, algunos tienen mayor prioridad que otros, lo vemos a diario, en los distintos servicios, las embarazadas, los adultos mayores y los niños prematuros, ¿que

pasaría si se agregara “los pacientes de salud mental”? Es probable que la población mayoritaria estime que no es un grupo que requiere urgencia en la atención, pero si analizamos el incremento de pacientes que a diario consultan y cuya calidad de vida personal, familiar y social, se ha deteriorado significativamente, tal vez, comprendamos bajo el principio de equidad, que los grupos más vulnerables socialmente y quizás los más “cuestionados” por la sociedad, como personas con falta de sentido de responsabilidad personal, pensamiento vinculado a los estereotipos, sean aquellos que debemos atender con la misma dedicación que a otros grupos de riesgo.

Desde otro punto de vista, las campañas realizadas para sensibilizar a la población principalmente en el aspecto preventivo del consumo de alcohol, dirigido a niños o jóvenes, se ha visto disminuido. Se han realizado campañas abocadas a la población en general y a niños y mujeres en relación a temas tales como estigma hacia personas con trastornos mentales, violencia contra la mujer, maltrato infantil. Si bien, estas campañas son vitales, igualmente el consumo problemático de alcohol, genera múltiples consecuencias en la vida de la persona afectando su convivencia humana y familiar, su situación laboral o escolar, su calidad de vida en general, por lo cual concluimos que es necesario diseñar una nueva programación de las campañas con un enfoque que más dirigido y creativo que permita a los jóvenes principalmente tomar conciencia a nivel personal y grupal sobre su realidad.

Como **recomendaciones o sugerencias** los autores estiman importante considerar **experiencias anteriores publicadas tanto como la propia experiencia profesional, en el desarrollo del tema.**

Si bien es cierto, la atención primaria favorece a mayor parte de la población beneficiaria del sistema público **¿Qué pasa con las personas que pertenecen al sistema privado de salud?** Esta interrogante nos llama la atención ya que este problema abarca a todos los niveles sociales, siendo más evidente en los grupos socio-económicos más vulnerables.

Es importante considerar, el insuficiente presupuesto asignado a programas de salud mental en nuestro país, a un cuando se ha notado un aumento, éste aún es insuficiente, comparado con otros países latinoamericanos, por lo cual recomendamos **mayor asignación de horas y financiamiento para estos programas.**

Dentro de las dificultades surgidas en la preparación de este ensayo, fue posible apreciar que existe **escasa bibliografía relativa al tema del consumo indebido de bebidas alcohólicas**, en páginas del Ministerio de Salud, donde el tema de salud mental aborda otras problemáticas, al igual que en otros servicios públicos de nuestra región de residencia, los cuáles contaban mayoritariamente con material bibliográfico relativo al consumo de drogas y estupefacientes, depresión y discapacidad física y mental.

En base a la reflexión anterior, estimamos relevante, **consignar un manual de buenas prácticas laborales, investigación, experiencias y evidencias relativas al consumo problema y sus implicancias en especial aquellos informes o trabajos realizados en regiones cuya realidad es distinta a la conocida en la región metropolitana.**

Para los autores es de suma importancia **brindar oportunidades de encuentros grupales o instancias de formación pero también de autocuidado para sensibilizar al personal de salud con respecto al trato digno que deben recibir los usuarios**, en especial los pacientes de salud mental y bebedores problema, desde que solicitan la primera consulta, tratamiento, acompañamiento hasta su completa recuperación. Los derechos de los usuarios están consignados y basados en los derechos universales de la persona humana, respeto, igualdad de oportunidades, equidad, solidaridad.

Asimismo, por supuesto, queremos un equipo de salud, no sólo con personas competentes sino, comprometidas, por lo cual **estimamos que el funcionamiento de salud, requiere de motivación, valoración, reconocimiento, y para ello, sería recomendable pensar en un sistema de incentivos por buen desempeño**, no sólo en el aspecto económico, el cual, se entrega de acuerdo a metas sanitarias cumplidas, sino estímulos innovadores, creativos, que reconozcan su aporte o contribución en su lugar de trabajo, lo que favorecerá su permanencia, su autorrealización, su satisfacción personal y por ende permitirá mejorar las relaciones humanas, el clima laboral y especialmente el trabajo colectivo y participativo.

Finalmente, la significativa distancia geográfica entre los autores, los problemas técnicos de comunicación, generaron algunas dificultades para reunirse y elaborar este ensayo, no obstante, la voluntad, el esfuerzo y el acuerdo de ambos permitió el desarrollo de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria, Santiago: Chile. MINSAL: III: 9, 19, 2005.
2. Ministerio de Salud , Normas técnicas y programáticas del Beber problema, Santiago, Chile, MINSAL, 1ª Versión; Cáp.1, 8, 1993.
3. Ministerio de Salud, Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol, Santiago: Chile MINSAL, OMS, OPS Segunda Edición: 31, 1996
4. Diario Austral, Osorno, Titular, Pág. 1, 19/05/2005,
5. Heyermann B, Conceptos de inequidad en salud. Inequidad y desarrollo. Situación en el mundo y en Chile. Una política de equidad en salud: Santiago: Chile. MINSAL: 1:21,2006
6. <http://www1.monografias.com/trabajos4/teorias.shtml>
7. Ministerio de Salud, Norma Técnica N° 85 sobre Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol- drogas y otros trastornos de salud mental, Santiago, Chile: MINSAL, 3; 23 y 24, 2006
- 8 y 11 Ministerio de Salud, Informe sobre Salud Mental en Chile, Santiago, Chile. MINSAL, OMS; 2, 34; 4; 47, 2006
9. Troncoso M , El Abordaje Multifamiliar en las Dependencias, Renca: Chile Corporación Municipal de Educación y Salud de Renca: 1: 10, Diciembre 1999
10. Ministerio de Salud, Guía Clínica, Detección y Tratamiento Temprano del Consumo problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria, Santiago: Chile, MINSAL: III: 9, 19, 2005.