

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LA MUJER DEPENDIENTE DEL ALCOHOL EN ZARAGOZA

Alumnas: Sonia Torres Pociello

Blanca Bistuer Pueyo

Directora: Elena Fernández del Río

Zaragoza, junio de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

Universidad Zaragoza

AGRADECIMIENTOS

La investigación que se presenta, no hubiese sido posible sin la colaboración y el apoyo de otras personas. Por ello, nuestro más sincero agradecimiento:

A los centros especializados en el tratamiento y/o rehabilitación de drogodependientes ubicados en Zaragoza: Centro de Solidaridad Zaragoza Proyecto Hombre, Alcohólicos Anónimos y Fundación Doctor Valero Martínez-ASAREX (continuación de la Asociación Aragonesa de Ex-alcohólicos) por su disponibilidad y la confianza que han puesto en nosotras. De Proyecto Hombre a la psicóloga, la trabajadora social el y Coordinador y Gestor del centro; de ASAREX a la trabajadora social así como al personal voluntario, por su amabilidad y por tener siempre una sonrisa para nosotras; y, por último, a todos los miembros de Alcohólicos Anónimos por su gratitud, amabilidad y disponibilidad hacia nosotras. Gracias a todo el equipo por su dedicación y entrega mostrada en la recogida de información.

A los participantes de este proyecto, por dedicarnos su tiempo y habernos relatado su experiencia, les deseamos lo mejor.

Por último, gracias a nuestra directora, la profesora Elena Fernández del Río, por su elevado compromiso, dedicación, implicación y por confiar en nosotras, permitiéndonos aprender de su experiencia y conocimientos.

ÍNDICE

BLOQUE I. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y

JUSTIFICACIÓN DE TRABAJO.....	7
1. Introducción.....	7
2. Objeto del trabajo.....	9
3. Metodología.....	10
4. Estructura.....	14

BLOQUE II. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN..... **17**

1. Abuso y dependencia del alcohol: conceptualización.....	17
2. Epidemiología: datos de prevalencia de consumo.....	20
2.1. Datos epidemiológicos en Europa.....	20
2.2. Datos epidemiológicos en España.....	25
3. Dependencia del alcohol en población femenina.....	31
3.1. Evolución del concepto.....	31
3.2. Características del alcoholismo femenino.....	33
3.3. Etiología de la dependencia del alcohol en población femenina.....	37
3.4. Consecuencias de la dependencia del alcohol en la mujer....	42
3.5. Particularidades del contexto social en el que vive la mujer dependiente del alcohol.....	46
3.6. Barreras para el tratamiento de las mujeres dependientes del alcohol.....	49
4. Intervención desde el Trabajo Social en la dependencia del alcohol en población femenina.....	51

BLOQUE III. CAPÍTULOS DE DESARROLLO..... **57**

1. Descripción de la muestra objeto de estudio.....	57
1.1. Centro de Solidaridad Zaragoza Proyecto Hombre (CSZ).....	57
1.2. Alcohólicos Anónimos.....	63
1.3. Fundación del Doctor Valero Martínez Martín, ASAREX.....	69

2. Participantes.....	71
3. Técnicas de evaluación.....	72
4. Procedimiento.....	72
5. Análisis de los datos.....	75
5.1. Perfil de la mujer dependiente del alcohol.....	75
5.2. Los profesionales y su intervención con usuarias con dependencia al alcohol en Zaragoza.....	86
5.2.1. Intervención de los profesionales del Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre).....	86
5.2.2. Intervención de la trabajadora social del ASAREX....	91
6. Discusión.....	94
BLOQUE IV. CONCLUSIONES.....	105
BLOQUE V. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	107
ÍNDICE DE FIGURAS.....	111
ÍNDICE DE TABLAS.....	112
ANEXOS.....	113

BLOQUE I. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

1. Introducción

Aunque el colectivo de mujeres drogodependientes ha sido y continúa siendo objeto de intervención desde el Trabajo Social, creemos que no se han abordado con la misma frecuencia todos los tipos de consumo de sustancias en población femenina. Por ello, hemos decidido centrar el presente trabajo en el perfil de la mujer dependiente del alcohol. Actualmente, el alcohol es la droga más consumida en España, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa, siendo los accidentes de tráfico asociados a su consumo una de las causas más importantes de morbi-mortalidad (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Decidimos centrarnos en la población femenina porque creemos que existen unas características específicas de la mujer dependiente del alcohol que la hacen merecedora de un análisis pormenorizado, y ese es el objetivo del presente trabajo.

Como posteriormente veremos, la mayor parte de los estudios sobre el consumo de alcohol se han realizado en población general, no específicamente femenina, o en población joven (centrándose sobre todo en el fenómeno del botellón). Sin embargo, existen menos estudios centrados en las mujeres que presentan problemas con el consumo de alcohol, bien porque la prevalencia en este colectivo es realmente menor que en población masculina, bien porque es más difícil que acudan a tratamiento y demanden ayuda por el estigma social que las rodea. Por todo ello, consideramos que estamos ante una problemática a la que se le debería dar mayor visibilidad de la que probablemente se le da, sobre todo porque la propia conducta de

beber y las consecuencias asociadas parecen ser distintas, al menos en cierta manera, en mujeres y hombres.

Aunque tradicionalmente el perfil de la mujer alcohólica parecía encajar en la figura del ama de casa, esposa y madre a la que invade un gran sentimiento de culpa por el hecho de beber, quedando su papel en el interior de la familia totalmente desdibujado, el aumento del consumo entre las mujeres durante los últimos años, el cambio en el rol de la mujer en nuestra sociedad y su diversificación a consecuencia de su incorporación al mercado laboral y al mundo social, han producido cambios en la tipología de la mujer alcohólica. Según esto, tal y como afirma Ettorre (1998): *"Habría que romper con la idea tradicional de considerar como un grupo homogéneo el de la mujer alcohólica"* (p. 23).

Sin embargo, la mayoría de los estudios referidos al tema publicados hasta el momento coinciden en la descripción de un perfil, aunque hay que señalar que dichos estudios están realizados con muestras de mujeres que han acudido a centros de asistencia y rehabilitación con una media de 10 años transcurridos entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento, lo que apunta hacia el encubrimiento que impide la detección precoz del problema. Suelen ser mujeres de entre 35 y 50 años, que beben de forma clandestina, en secreto y en solitario y que han vivido años de gran aislamiento social (Ettorre, 1998).

Tal y como veremos más detenidamente, una de las características más habituales en el alcoholismo femenino es su ocultismo. Esta forma de beber en la clandestinidad evidencia la necesidad de diagnosticar precozmente las conductas de riesgo que pueden conducir a la dependencia, pues una vez instaurada ésta, es más difícil el abordaje del problema del alcoholismo (Gómez, 2006).

Creemos que a pesar del siglo en el que estamos, todavía siguen vigentes muchos prejuicios hacia este colectivo y que, quizás debido a la supervivencia de éstos, muchas mujeres siguen bebiendo a escondidas, retrasando el momento de pedir ayuda o incluso sin llegar a pedirla nunca, por miedo al reproche social.

Con este trabajo también pretendemos analizar los factores o causas que llevan a beber a las mujeres, y en qué medida estos podrían ser cualitativamente distintos a los de los hombres. En esta misma línea, se analizan las consecuencias que conlleva el consumo de alcohol en la mujer bebedora en comparación con las que tiene en población masculina.

2. Objeto del trabajo

El presente trabajo tiene por objeto conocer y analizar el perfil de la mujer dependiente del alcohol en Zaragoza.

Asimismo, para llevar a cabo este trabajo nos hemos planteado varios objetivos específicos, que son:

- a) Conocer en profundidad el síndrome de dependencia del alcohol: causas o desencadenantes, consecuencias, etc.
- b) Analizar el estigma social asociado al abuso/dependencia del alcohol en población femenina.
- c) Conocer si existen diferencias entre los factores/consecuencias de iniciación del abuso del alcohol entre hombres y mujeres.
- d) Analizar las barreras existentes en la demanda del tratamiento.
- e) Identificar cuáles son los profesionales que trabajan en programas de rehabilitación para personas alcohólicas y las funciones desempeñadas por los mismos.

- f) Estudiar el papel del trabajador social con personas dependientes del alcohol y especialmente en su trabajo con la mujer alcohólica.

3. Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo de fin de grado se ha utilizado una metodología cualitativa, fundamentalmente la entrevista.

Según Davies (1985),¹ la mayor parte del Trabajo Social gira en torno a la naturaleza y a la calidad de las relaciones interpersonales establecidas entre los profesionales y los usuarios. La herramienta básica para ello es la comunicación que se establece entre ellos.

En esta misma línea, Kadushin (1990)² indica que:

“Si el trabajo social lleva consigo muchas tareas además de la simple entrevista, el trabajador social invierte más tiempo en ésta que en cualquier otra actividad. Es la técnica más importante y con mayor frecuencia emplea el trabajador social” (p. 2).

Según Rossell (1989) la entrevista se caracteriza por:

1. Ser una relación: “es una situación interpersonal en la que se establece una relación entre el trabajador social y la persona que acude al servicio” (p.58).
2. Ser una técnica: “Se operativizan contenidos teóricos que llegan a ser instrumentos para el estudio de las situaciones que presenta el cliente y para la intervención posterior” (pp. 64-65).

¹ Davies (1985), citado en Lázaro, Rubio, Juárez, Martín y Paniagua (2007).

² Kadushin (1990, p.106), citado en Trevithck (2000).

3. Ser un proceso: "Cada entrevista es un proceso con diferentes fases y cada entrevista puede formar parte del proceso de seguimiento" (p.75).

Otros autores como Macionis y Plummer (2008), dicen que las herramientas de investigación, según son técnicas sistemáticas para conducir la investigación.

Según los mismos autores, la entrevista se definiría como "una serie de preguntas que un investigador dirige personalmente a las personas que solicita sus respuestas". Algunas entrevistas pueden ser abiertas, como las que hemos realizado en el grupo abierto. En estas entrevistas, "los sujetos pueden responder libremente y los investigadores pueden verificar las respuestas con preguntas de comprobación".

Más concretamente, para la recogida de información en los centros de tratamiento que han participado en el presente trabajo, hemos utilizado como herramienta principal la entrevista semiestructurada. Según Borrell y Carrió (1989), este tipo de entrevista se caracteriza por un formato intermedio entre la entrevista libre y la entrevista cerrada y dirigida por el profesional. En ella se distinguen dos fases: la parte exploratoria, en la que se intenta comprender cuál es el problema del usuario, utilizando técnicas que permiten facilitarnos información, y la parte resolutive, basada en negociar con el paciente de la forma más adecuada. La entrevista termina con el cierre, en el que se introducen estrategias para controlar una posible evolución desfavorable del problema del paciente.

Las principales ventajas de este tipo de entrevista son las siguientes:

- Constituye un protocolo de actuación en los aspectos de comunicativos.

- Ayuda minimizar errores.
- Como todos los protocolos facilitan nuestra actuación y permiten no olvidarnos de cosas importantes.
- Fácil de memorizar e incorporar a la rutina diaria.
- Asegura un mínimo de calidad si es compartido por el grupo.

Sin embargo, no está exenta de inconvenientes, como por ejemplo, el hecho de que si la secuencia de técnicas se aplica de forma mecanicista, se convierte en una estructura rígida, y se desaprovecha la oportunidad para profundizar en el problema del paciente, lo que definitiva disminuye nuestra eficacia.

En cuanto al grupo de discusión, como indica Báez y Pérez de Tudela (2007), es el conjunto de técnicas tendentes a crear dinámicas internas entre un reducido conjunto de personas a las que se reúne con el fin de que debatan entre ellas y así proporcionen las informaciones de interés para los diferentes objetivos de la investigación. De la interacción del grupo se aprecian ventajas respecto a otras técnicas, como:

- Sobre cualquier cuestión tratada, se ofrece un mayor número de enfoques.
- El grupo en sí dispone de mayor información total que cualquiera de sus miembros individualmente.

Para llevar a cabo la elaboración de este trabajo, se han empleado varias técnicas y herramientas para la recogida de datos y el análisis de los mismos. En cuanto a las herramientas empleadas, se ha hecho una revisión sistemática de gran parte de la bibliografía recomendada en el Grado de Trabajo Social. Asimismo, y de manera más específica para el tema del presente trabajo, se ha revisado una gran parte de los trabajos publicados sobre drogodependencias en general y sobre alcohol y mujer en particular. En la búsqueda de

información se incluyó todo tipo de documentación publicada: libros, artículos científicos, material didáctico, etc.

En segundo lugar, se estableció contacto con centros especializados en el tratamiento y/o rehabilitación de drogodependientes ubicados en Zaragoza. Teniendo en cuenta el objetivo principal del estudio, se entrevistó a mujeres abusadoras o dependientes del alcohol, además de llevar a cabo un grupo de discusión con personas (mujeres y hombres) dependientes del alcohol, con el fin de dar respuesta al objetivo del trabajo. Asimismo, y para alcanzar los objetivos específicos relacionados con los profesionales implicados en el abordaje de la dependencia del alcohol, se realizaron varias entrevistas a distintos profesionales de estos centros de rehabilitación. El hecho de plantear y realizar estas entrevistas a ambos colectivos, profesionales y usuarios, tenía una doble finalidad: la primera de ellas, conocer el perfil de la mujer consumidora o dependiente del alcohol en Zaragoza; y la segunda, conocer las funciones de los distintos profesionales en los centros seleccionados para el estudio.

Una vez realizada la recogida de datos, se procedió al análisis de toda la información obtenida a través de las entrevistas y el grupo de discusión.

Las normas que se han seguido para el sistema de citas y referencias bibliográficas han sido las Normas de la American Psychological Association (APA), sexta edición, tal y como se indica en el documento "Directrices sobre metodología y criterios de evaluación. Información general, estructura y normas de presentación" (Aprobadas por la Comisión de Garantía de la Calidad el día 16-12-2011 y actualizadas para Curso 2012-13).

4. Estructura

Para facilitar la comprensión y la lectura del presente trabajo de fin de grado se ha estructurado el mismo en cuatro grandes bloques. En el primero de ellos, la **Introducción. Presentación general y justificación del trabajo**, se identifican cuatro apartados que contienen una breve introducción, la justificación del tema elegido, la descripción del objeto de estudio y los objetivos específicos del mismo y la metodología utilizada en el presente proyecto (métodos, herramientas y sistema de citas y referencias bibliográficas utilizado).

El segundo bloque de este trabajo de fin de grado contiene los **Capítulos de fundamentación**. A lo largo de varios apartados se desgana el tema del alcoholismo. En primer lugar, se realiza una breve descripción de los conceptos abuso y dependencia del alcohol. Seguidamente se comentan los datos epidemiológicos más recientes en Europa y España, y se continúa con una descripción del curso de la adicción en las personas dependientes del alcohol. Posteriormente, se ahonda en la población femenina alcohólica, describiendo las características del alcoholismo femenino, las causas o factores de riesgo para el abuso de alcohol, las consecuencias que conlleva ser dependiente del alcohol durante años y, por último, el contexto social, donde se describe la actitud de la sociedad actual ante el consumo de alcohol desde la perspectiva de género. Este bloque concluye con un apartado acerca del papel que tiene el Trabajo Social en este tipo de problemática.

En el tercer gran bloque que configura este trabajo, formado por los **Capítulos de desarrollo**, se incluye la descripción de la muestra objeto de estudio, los instrumentos de evaluación utilizados y el procedimiento seguido. Seguidamente, se presenta el análisis de los datos recogidos a través de las distintas fuentes de información (personas con dependencia del alcohol y profesionales).

En el cuarto y último bloque, se recogen las **Conclusiones** generales del trabajo tras la investigación previa, el desarrollo y la ejecución del proyecto de investigación.

Finalmente se incluye la bibliografía utilizada, el índice de tablas y figuras y los Anexos más relevantes para facilitar la comprensión del presente proyecto.

BLOQUE II. CAPITULOS DE FUNDAMENTACION

1. Abuso y dependencia del alcohol: conceptualización

Hoy en día es difícil concebir a nuestra sociedad sin que esté presente el consumo de alcohol. El alcohol se asocia al ocio, la evasión y la diversión, y con frecuencia se olvida que, cuando consumimos una bebida con alcohol, estamos flirteando con una sustancia potencialmente adictiva y perjudicial (Córdoba et al., 2007).

El consumo de riesgo se puede expresar con el consumo regular de dosis de alcohol que por encima de 3 copas por día en el varón, y de 2 en la mujer, se ha asociado a mala salud y riesgos evitables. Por otra parte, el consumo compulsivo ocasional (*binge drinking*), como, por ejemplo, beber 5 copas o más en el mismo día, está asociado a lesiones de tráfico o laborales, suicidios juveniles y agresiones violentas, además de causar muerte neuronal, especialmente en los adolescentes.

Según Córdoba et al. (2007), el consumo de estas dosis excesivas de alcohol fue la causa en el año 2002, de 8.597 muertes prematuras evitables en España, lo que supone el 2,3% de la mortalidad total y el 9,2% de la carga de morbilidad. Además, alrededor del 37% de las muertes por lesiones de tráfico ocurren en conductores bebidos y el 70% de las muertes por cirrosis hepática están causadas por abuso de alcohol.

Tal y como indica la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, Proyecto Hombre (2011) existen distintos tipos de consumidores de alcohol:

- a) Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 o 2 consumiciones) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

- b) Bebedor social: es aquel que bebe sin transgredir las normas sociales y con el fin de socializarse con los demás.
- c) Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año. Aquí los efectos son conocidos y buscados por la persona, la cual cree no haber perdido el control con el alcohol y manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.
- d) Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20% de las calorías de la dieta en alcohol. Se le considera un bebedor problema.
- e) Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en periodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, etc.
- f) Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterior físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico. El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que ello pueda ocasionar.

Otra clasificación de bebedores es la llamada tipología de Jellink (Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, Proyecto Hombre, 2011):

- a) ALFA: Dependencia exclusivamente psicológica del alcohol en la que se someten a tratamiento los síntomas emocionales.
- b) BETA: Existencia de complicaciones (cirrosis) aunque no se registre dependencia física ni psíquica.
- c) GAMMA: Dependencia física y psíquica. Pérdida de la capacidad de beber con moderación y pérdida del control.
- d) DELTA: Dependencia física e incapacidad para abstenerse de beber.
- e) EPSILON: Alcoholismo periódico. Con las mismas características de la categoría Gamma pero con los largos periodos de abstinencia.

Teniendo en cuenta la existencia de todos estos tipos de bebedores, el presente trabajo se centra en el perfil de la mujer dependiente del alcohol, por conllevar una serie de problemas familiares, laborales y sociales que sitúan a la persona en un grave riesgo de exclusión social.

En la actualidad, la definición más aceptada del **síndrome de dependencia del alcohol** es la de la Organización Mundial de la Salud, recogida en su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10):

“El Síndrome de dependencia es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 29).

2. Epidemiología: datos de prevalencia de consumo.

Como ya hemos comentado, el alcohol es la droga más consumida en todo el mundo, tanto entre hombres como entre mujeres. Además, lo es en casi todas las edades y en muchas situaciones y circunstancias no necesariamente problemáticas. (Instituto de la Mujer, 2007).

A continuación, se exponen datos sobre la situación del alcohol en Europa y en nuestro país.

2.1. Datos epidemiológicos en Europa

Europa es el territorio del mundo donde más alcohol se consume. En los últimos 40 años, hemos asistido también a una armonización de los niveles de consumo en 15 países de la Unión Europea (UE15)³, con aumentos en la Europa Central y del Norte entre 1960 y 1980, coincidiendo con un descenso consistente en la Europa del Sur.

Aunque es cierto que la mayoría de europeos consumen bebidas alcohólicas, hay que señalar que 55 millones de adultos (15%) se abstienen. Teniendo en cuenta este dato y el consumo no registrado, el consumo por bebedor alcanzaría los 15 litros por año. (Anderson y Baumberg, 2006).

Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%). El resto se divide entre vino (34%) y licores (23%). Dentro de la UE15, los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que en el sur de Europa se bebe sobre todo vino (aunque España puede ser una excepción).

³ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

En la mayor parte de la UE15, aproximadamente el 40% de las ocasiones de consumo se concentran en la cena, aunque en los países del sur es más probable consumir alcohol a la hora del almuerzo en comparación a otras regiones. Por otro lado, existe también un gradiente norte-sur en el nivel de consumo diario, pues la frecuencia de consumo no diaria (beber varias veces por semana, pero no cada día) es más común en la Europa Central (Anderson y Baumberg, 2006).

Tal y como aparece en el *Informe sobre alcohol* de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del Plan Nacional Sobre Drogas (2007), se puede estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica. En todas las culturas, los hombres siempre tienen mayor probabilidad que las mujeres de consumir alcohol y, en el caso de que lo hagan, de beber más que ellas.

Por lo que respecta a la población más joven, según la encuesta ESTUDES⁴, los estudiantes de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2010, las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años.

La cantidad media ingerida en una sola ocasión por los adolescentes de 15-16 años supera los 60 gramos de alcohol y se aproxima a los 40 gramos en los países del sur de Europa. Uno de cada 8 adolescentes de 15-16 años (lo que supone el 13%) se ha embriagado más de 20 veces en su vida y más de 1 de cada 6 (18%) ha incurrido en un "atacón" tres o más veces en el último mes

⁴ www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf (Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, ESTUDES 1994-2010).

(Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Según el estudio ESPAD, llevado a cabo por Hibell et al. (2012) en varios países europeos, los jóvenes perciben el alcohol como una sustancia de fácil adquisición a pesar de que existen leyes en muchos países que restringen el acceso para los menores. En todos los países ESPAD⁵, el 70% o más de los estudiantes han bebido alcohol al menos una vez en su vida. Las tasas más altas de prevalencia de alcohol (más del 95%) se encuentran en la República Checa y Letonia. Hay un país del ESPAD que destaca con una cifra baja, Islandia, pero la proporción es, de hecho, la misma (56%) que en los EEUU (no entra dentro del ESPAD). Otros países con tasas relativamente bajas (por debajo del 80%) son Montenegro, Noruega, Portugal, Rumania y Suecia.

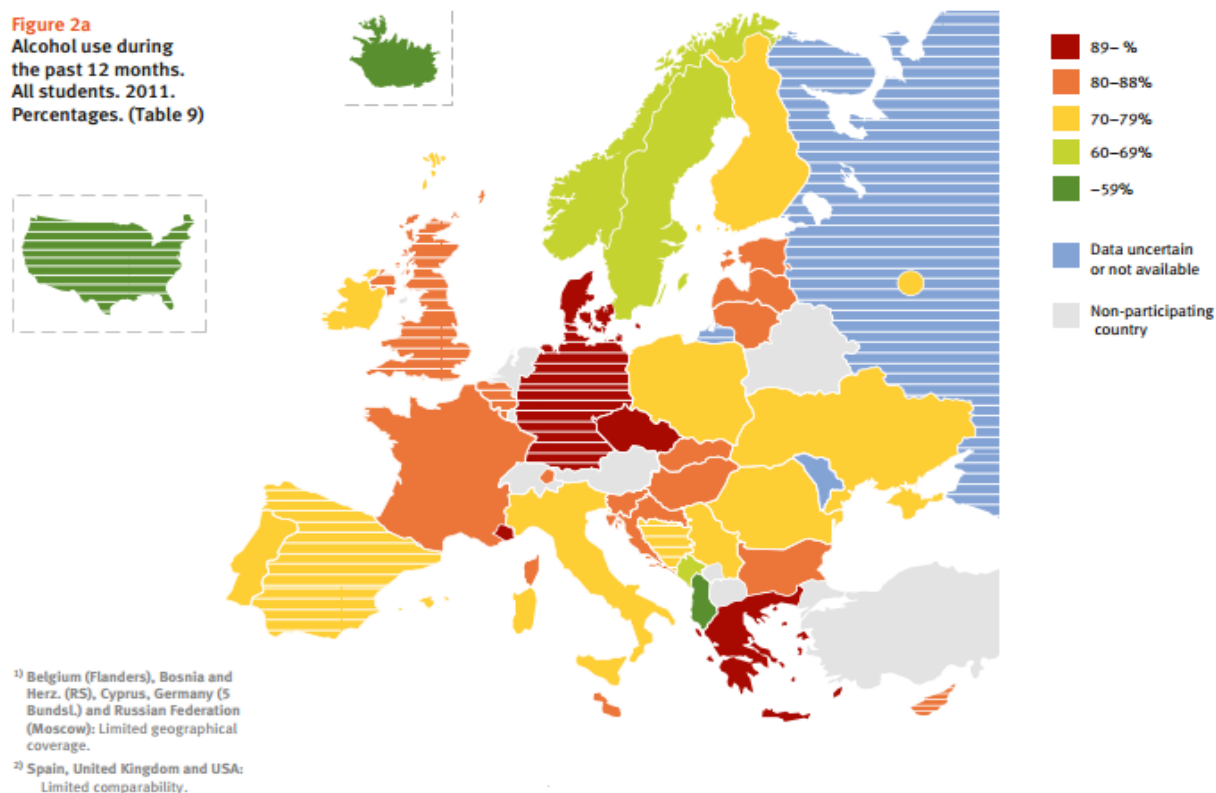
A continuación se incluyen datos extraídos de la encuesta ESPAD (Hibell et al., 2012):

- *Consumo de alcohol de los estudiantes en Europa durante los últimos 12 meses*

Según este estudio, 4 de cada 5 estudiantes (79%) que han probado alguna vez el alcohol lo ha hecho en los últimos 12 meses. Una gran proporción de estudiantes que han bebido alcohol 40 veces o más en el último año (35% o más) son de República Checa, Dinamarca, Alemania y Letonia. En el otro extremo, con cifras por debajo del 10% se sitúan los países nórdicos: Islandia, Noruega y Suecia (Figura 1).

⁵ *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*

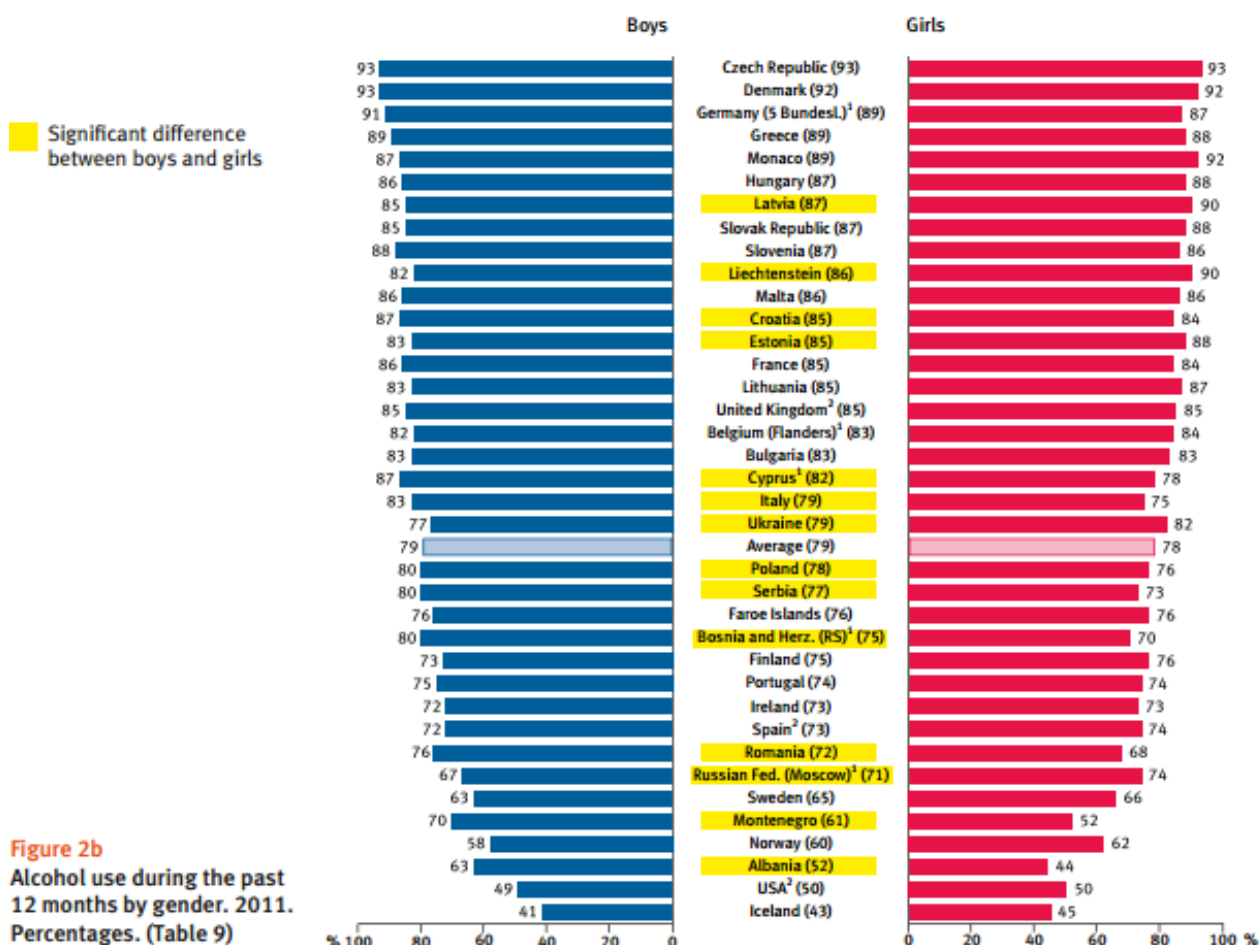
Figura 1. Consumo de alcohol durante los 12 últimos meses en estudiantes.



Fuente: Hibell et al. (2012, p. 69).

Por lo que respecta a las diferencias por género, nos encontramos con que en nueve países (Croacia, Chipre, Italia, Polonia, Serbia, Bosnia Herzegovina, Rumanía, Montenegro y Albania), el consumo durante el último año es significativamente más elevado en estudiantes varones. En cambio, en otros cinco países europeos (Estonia, Letonia, Liechtenstein, Moscú y Ucrania), las cifras son significativamente más altas en población femenina (Figura 2). En España, las diferencias no resultaron significativas.

Figura 2. Diferencias por género en el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses.



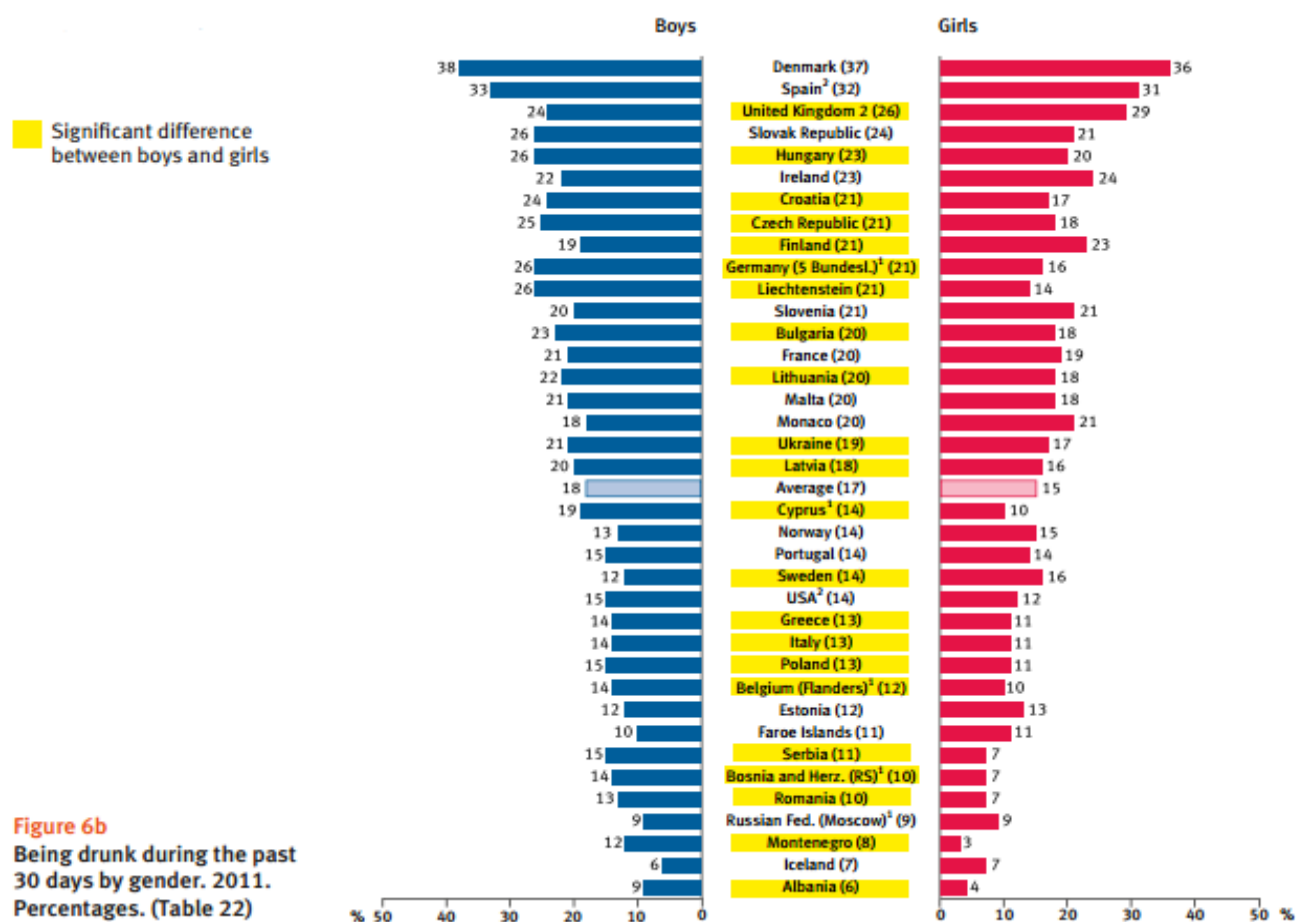
Fuente: Hiball et al. (2012, p. 69).

- *Borracheras*

Casi la mitad de los estudiantes en los países ESPAD (47%) reconocieron haberse emborrachado al menos una vez en la vida. Los porcentajes más bajos (22-24%) se encontraron en Albania, Islandia y Montenegro. Entre los países con una mayor prevalencia de borracheras (10 veces o más) destacan Dinamarca (21%), España (18%) y Reino Unido (15%).

En cuanto al género, el porcentaje de borracheras resultó ser ligeramente más elevado en chicos (49%) que en chicas (44%). En el caso concreto de España, el porcentaje es un poco más elevado en población masculina (Figura 3).

Figura 3. Diferencias por género en borracheras durante los últimos 30 días



Fuente: Hiball et al. (2012, p. 78).

2.2. Datos epidemiológicos en España

Según la última Encuesta Domiciliaria sobre el Alcohol y Drogas en España (EDADES) publicada por el Plan Nacional sobre Drogas

(2013), en nuestro país se ha producido una ligera disminución del consumo de alcohol, entre 1 y 2 puntos porcentuales, respecto a la encuesta anterior.

A pesar de esta reducción, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país, como lo acredita el hecho de que el 76,6% de los ciudadanos entre 15 y 64 años lo hayan consumido alguna vez en los últimos doce meses (78,7% en la encuesta anterior) y el 62,3% lo ha hecho alguna vez en los últimos 30 días (frente al 63,3% de 2009/10). También se reduce ligeramente el consumo diario en los últimos 30 días, con una prevalencia de un 10,2% (11% en el estudio anterior).

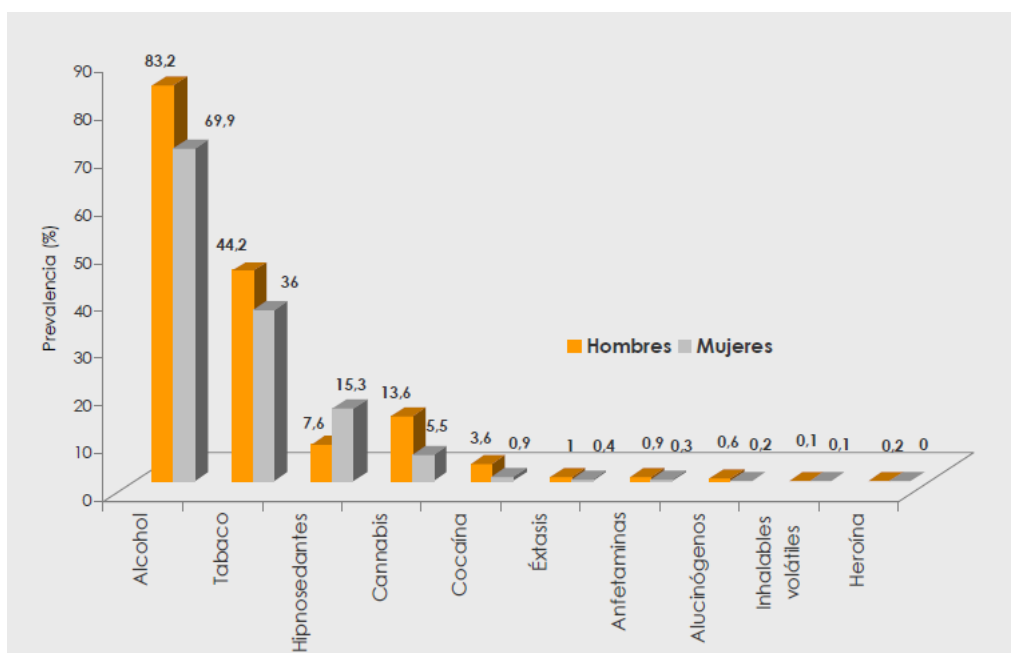
Las cifras varían en función del género, predominando el consumo por parte de los hombres (83,2%) frente al de las mujeres (69,9%) (ver Figura 4).

La edad de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable, con respecto a ediciones anteriores de la encuesta. El inicio más precoz ocurre en los consumos de tabaco y alcohol, que se sitúa por encima de los 16 años.

En cuanto a las diferencias de género, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres, excepto en el caso de los hipnosedantes, donde la proporción de mujeres consumidoras duplica al de los varones.

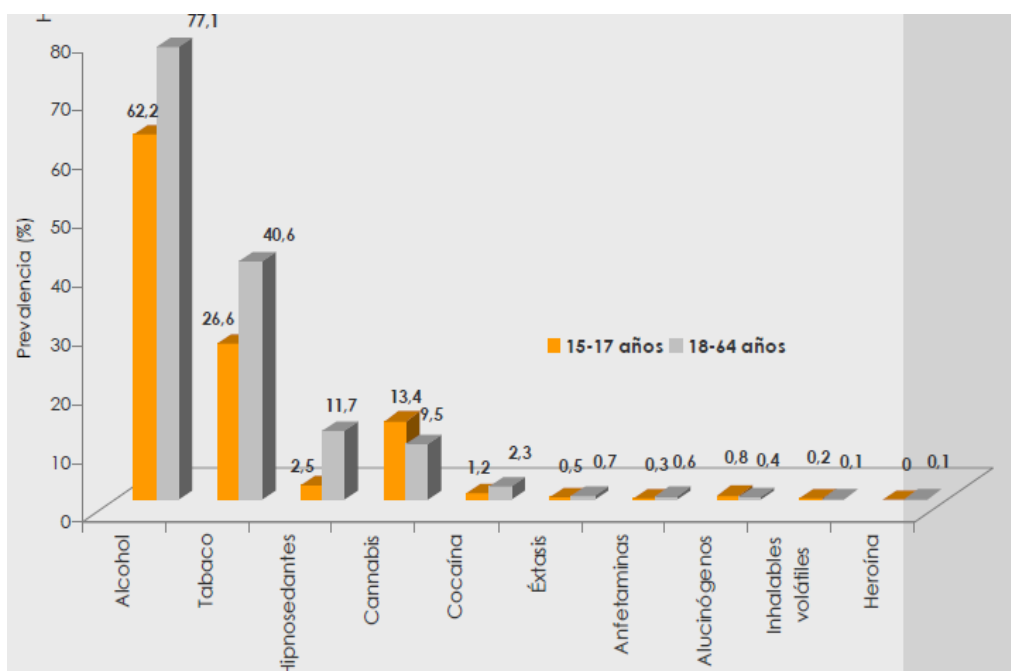
Por edades, las prevalencias de consumo son mayores en el grupo entre los 15 y los 34 años. Los datos también demuestran que el uso de drogas se intensifica a partir de los 18 años, punto al grupo de 18 a 64 años (Figura 5).

Figura 4. Prevalencia del consumo de drogas en España según sexo en los últimos 12 meses (población de 15 a 64 años en 2011-2012).



Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (2013, p.5).

Figura 5. Proporción de Consumidores en los últimos 12 meses según edad (%).



Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (2013, p.6).

Los datos muestran que, aproximadamente 8 de cada 10 residentes en España han consumido alcohol en el último año y 6 de cada 10 en el último mes. Las tendencias de consumo de bebidas alcohólicas por frecuencia de consumo, no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas.

Los jóvenes de entre 25 y 34 años son los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) y en los últimos 30 días (64,9%).

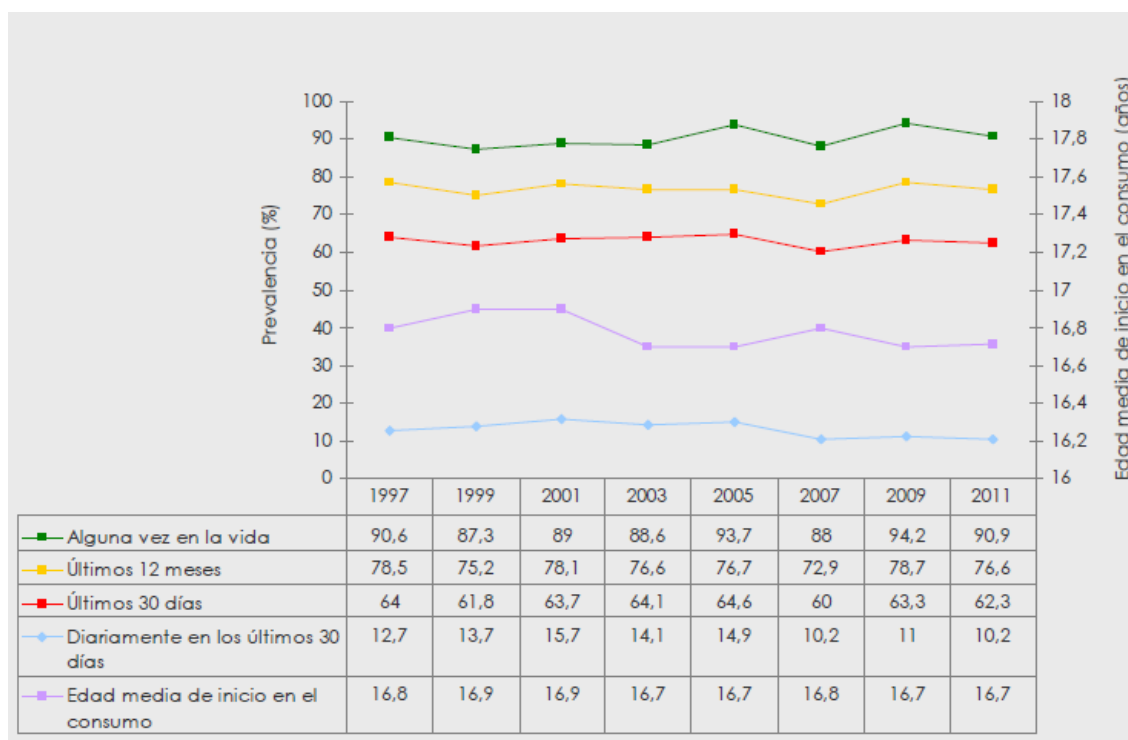
Respecto al consumo diario de alcohol, éste va siendo mayor entre las personas conforme aumenta la edad, en ambos sexos, alcanzando en los hombres de entre 55 y 64 años cifras del 32,5%, frente al 10,5% entre las mujeres de la misma edad. De este modo, se puede afirmar que, a partir de los 25 años, hay al menos 3 hombres que beben alcohol diariamente por cada mujer que lo hace. Los consumos de bebidas alcohólicas siguen concentrándose en el fin de semana, aunque se registra un discreto aumento del consumo en días laborables que podría estar relacionado con la tendencia, en los últimos años, de la gente joven por adelantar el inicio del fin de semana al jueves (Figura 6).

La cerveza es la bebida alcohólica más consumida tanto en días laborables como en fines de semana, y en segundo lugar el vino.

El alcohol está presente en el 90% de los policonsumos, es decir, que se consume junto con otra o más sustancias psicoactivas, dicho esto, el consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo si se hace de forma intensiva (borracheras o atracón), se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

Además, ha aumentado la percepción del riesgo ante el consumo de la mayoría de las drogas, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (Plan Nacional Sobre Drogas, 2013).

Figura 6. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de 15 a 64 años de edad en los años comprendidos entre 1997 y 2011.



Fuente: Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (2013, p.8).

• **Edad media de inicio de la mujer en el consumo de alcohol**

Según el Instituto de la Mujer (2007), la edad de inicio en el consumo de alcohol es un indicador epidemiológico muy importante, pues se observa una clara relación entre la precocidad y el riesgo alcohólico.

La mayor precocidad en el inicio del consumo de alcohol entre los más jóvenes se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Edad media de inicio en el consumo de alcohol de 14 a 55 y más años de edad.

EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, POR EDAD

	Edad Media
Media general	17,38
14-18	13,91
19-24	15,03
25-34	15,93
35-44	17,08
45-54	18,04
55 y más	19,67

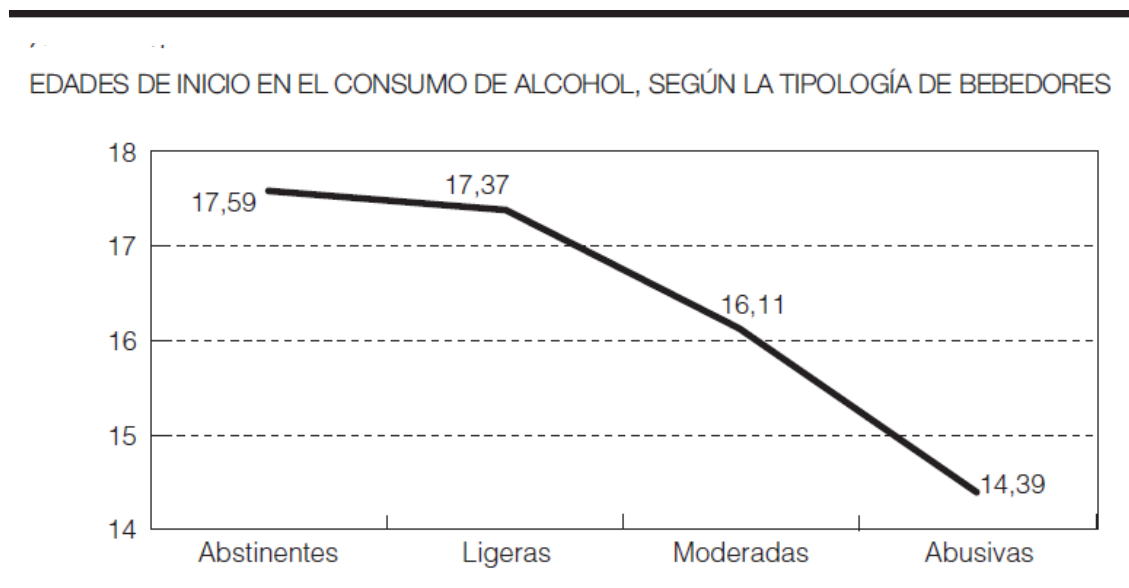
Fuente: Instituto de la Mujer (2007, p. 68).

Como puede verse hay una progresión lineal entre el aumento de la edad cronológica y el incremento de la edad media de inicio en el consumo de alcohol, que pasa de 13,91 en el grupo de 14 a 18 a 19,67 en el de los de 55 y más años. Parte de este fenómeno se explica por los inicios tardíos que los grupos más jóvenes no pueden incluir.

En lo que se refiere a la relación existente entre la precocidad en el inicio en el consumo de alcohol podemos ver, mediante el cruce con la tipología de bebedoras, lo siguiente (ver Figura 8).

Otro dato a destacar es que, mientras que entre las que no bebieron en el último mes (pero sí lo hicieron en alguna otra ocasión) la media de inicio es de 17,59 años, y de 17,37 entre las bebedoras ligeras, en las bebedoras moderadas baja ya a 16,11 años, y sobre todo en las bebedoras abusivas que cae a los 14,39. Según esto, éstas últimas se iniciaron 3,2 años de media más pronto que las que no bebieron y 2,8 años antes que las bebedoras ligeras.

Figura 8. Edades de inicio en el consumo de alcohol, según la tipología de bebedores.



Fuente: Instituto de la Mujer (2007, p. 69).

3. Dependencia del alcohol en población femenina

3.1. Evolución del concepto

La evolución del consumo de drogas en nuestro contexto social, ha sufrido importantes cambios en las últimas décadas. Se ha sobrepasado el consumo tradicional, incorporando sustancias desconocidas hasta hace poco tiempo relativamente. Por otra parte, se han adquirido hábitos de consumo de drogas de forma más compulsiva. En esta realidad de pluralidad de consumo y adicciones, el alcoholismo sigue siendo un grave problema por su prevalencia y por los escasos factores de protección frente al mismo (Gómez, 2004).

Podemos comprobar a través de los datos que publica el Plan Nacional sobre Drogas, en sus informes periódicos, que las tendencias y fenómenos emergentes en nuestro país, señalan la

incorporación y el aumento del consumo de alcohol especialmente en dos colectivos: los jóvenes y las mujeres.

Gómez (2004), haciendo referencia a Sánchez (2002), señala que el consumo de alcohol ha tenido tradicionalmente una importante presencia en la sociedad española, que ha sido reforzado en las últimas décadas causadas por la incorporación a este hábito de nuevos grupos de consumidores (adolescentes, jóvenes y mujeres).

La mujer ha conseguido igualarse con respecto al hombre en cuanto a los hábitos de consumo de alcohol, sobre todo entre las mujeres menores de 30 años. Un total de 850.000 mujeres a partir de los 14 años (el 4,9% de las mujeres españolas) consumen alcohol de forma abusiva (Gómez, 2004).

El tramo de edad donde se da mayor consumo de alcohol está entre las jóvenes de 19 a 24 años, mientras que las que menos lo consumen son las mujeres de más de 55 años. Según Gómez (2004), el comportamiento de consumo de alcohol es diferente según la edad de las mujeres, siendo, por ejemplo, las adolescentes quienes concentran un consumo exagerado los fines de semana.

La duración de los años de consumo es significativamente menor en las mujeres que en los hombres (13,26 versus 17,85 años). Sin embargo, los hombres consumen más cantidad de alcohol (133,88 gramos/día), aunque esta diferencia no llega a ser significativa (Ávila y González, 2007).

Las causas motivadoras para el consumo de drogas, según las mujeres son, por este orden: la búsqueda del placer y diversión y, a continuación, el deseo de escapar de problemas familiares o personales y el gusto por hacer algo prohibido (Gómez, 2004).

3.2. Características del alcoholismo femenino

Las mujeres presentan una serie de factores etiológicos adicionales que aumentan el riesgo de padecer alcoholismo. Entre ellos destacarían los siguientes: un patrón de consumo excesivo de alcohol por parte de la pareja, presencia de síntomas de depresión que además influyen en la cronificación de la dependencia alcohólica, antecedentes de abuso sexual durante la infancia y malos tratos en la niñez o en la adultez (Ávila y González, 2007).

Según Ávila y González (2007), existen diferencias clínicas entre los hombres y las mujeres. En concreto, éstas suelen iniciar el consumo de alcohol a una edad más tardía, consumen menos cantidad y acuden a consulta a una edad similar o menos que los varones, por lo que la enfermedad se desarrolla en un corto periodo de tiempo. La presencia de síntomas psicopatológicos, sobre todo depresivos, es muy destacada, siendo éstos el motivo principal de consulta. De hecho, los intentos de autolisis son frecuentes en la historia psicopatológica de estas mujeres. El consumo de otras drogas (psicofármacos y estimulantes) asociado al consumo de alcohol es un hallazgo bastante frecuente. Además, las consecuencias somáticas y familiares derivadas del uso de alcohol tienen más incidencia en el alcoholismo femenino, mientras que los problemas legales, laborales y sociales lo son menos.

Algunos autores definen la trayectoria del consumo de alcohol en las mujeres como "*telescoping course*". Esto se refiere a una historia de consumo más corta, ya que se inician a una edad más tardía y con una afección somática y sociofamiliar parecida o más severa que los hombres aunque consuman cantidades inferiores de alcohol (Ávila y González, 2007).

Arostegi y Urbano (2004) apuntan respecto al alcoholismo que:

- La edad media de inicio del tratamiento es más elevada entre las mujeres en comparación a los hombres alcohólicos.
- Generalmente, las mujeres consumen menos cantidad de alcohol que los hombres y lo hacen con una frecuencia menor que éstos. En ellos el consumo se da de forma más continuada porque es un hábito social más arraigado.
- Las mujeres beben en solitario. Se trata de una adicción que se mantiene "a escondidas", mientras que los hombres tienen un consumo social y beben acompañados en mayor medida.
- La depresión, las emociones negativas, los problemas interpersonales, la baja autoestima y el maltrato físico y/o psíquico por parte de sus parejas son las causas más frecuentes de inicio en el consumo de alcohol de las mujeres. En los hombres se hallan otras causas: el hábito social, la timidez, los desengaños amorosos, la baja autoestima, etc.

La mujer consumidora de alcohol no presenta un perfil único. La intensidad y número de diferentes variables de orden orgánico, psicológico y social evidencian situaciones muy diferentes, así como el grado de abuso o dependencia, el grado de conciencia de que existe un problema con las drogas y la motivación para modificar su conducta; y por otro lado, sus características personales, sociales y familiares (Barreda et al., 2005).

El perfil de la mujer alcohólica es muy variado teniendo en cuenta su imagen pública y privada. Generalmente es el de una mujer poco convencional, que trabaja fuera de la casa y cree en su emancipación. A su vez es una mujer más tradicional, esposa y madre, a la que le invade un gran sentimiento de culpa por el hecho de beber, dañando su papel en la familia y haciendo que quede totalmente desdibujado. A este perfil general, se han añadido otras

tipologías de mujeres, a consecuencia del aumento y diversidad de los consumos, como por ejemplo, las jóvenes bebedoras de fin de semana que apenas llegan a los servicios asistenciales porque todavía no presentan patologías con relación al alcohol (Monras, 2010).

Monras (2010) asegura que probablemente existan particulares diferencias en la génesis del alcoholismo femenino, como por ejemplo una mayor violencia en la infancia o alcoholismo familiar o una menor autoestima. Sus características intra e interpersonales pueden matizar patrones de consumo alcohólico distintos, además de favorecer mayores tasas de depresión, que a su vez influye en la evolución de los tratamientos.

Por otro lado, el alcoholismo femenino también se caracteriza por la existencia de más sentimientos de culpa y ocultación, que suponen una barrera a la hora de beneficiarse de los tratamientos disponibles. Acostumbran a tener menos soporte por parte de sus parejas, a veces incluso sufren maltrato, y en ocasiones sufren el rechazo de los alcohólicos varones y de sus familiares. En el tratamiento, muchas veces, se sienten incomprendidas por ellos. También hay mayor abuso de psicofármacos y predominan los trastornos de la personalidad de tipo histriónico, mientras que en los hombres lo son los de tipo antisocial (Monras, 2010).

Según Gómez (2005), entre las características que describen a la mujer alcohólica, destacan las siguientes:

- Las mujeres creen que necesitan depender de alguien para sentir que existen. Su falta de autonomía personal las lleva a ocuparse de los demás, de esta manera piensan que evitan estar solas y que alguien las necesita. Sin embargo, esta carga aumenta la soledad y la toma de conciencia de su inexistencia social, en la medida que les impide ocuparse de sí mismas.

- La mujer alcohólica se siente inadaptada, siente que ha fracasado como mujer para la sociedad, por el incumplimiento de su rol dentro del hogar, y se encuentra en el escalón social más bajo. La sociedad no ha cambiado la percepción sobre la mujer alcohólica y se siguen creando juicios morales hacia ella.
- El alcoholismo de las mujeres destaca por su ocultismo, beben en privado y esconden las consecuencias y los efectos que les provoca el alcohol.
- En la biografía alcohólica de las mujeres aparecen aspectos como la culpa y baja autoestima, la falta de afecto y la soledad en la recuperación.
- El trabajo fuera del hogar es para la mujer alcohólica un apoyo en su recuperación, pues tras la degradación laboral que le ha causado el alcohol, tiene la posibilidad de demostrar sus capacidades como persona mediante el trabajo.
- La mujer se ha incorporado más tarde al consumo de alcohol, diferenciándose la forma de consumo según la edad; así, se incrementa el consumo diario en mujeres de 40-65 años y aumenta el consumo fin de semana en mujeres de 15 a 19. El consumo de las mujeres jóvenes ha sido un proceso que se ha ido instaurando progresivamente a través de los años, que no ha aparecido de repente y que está aumentando en los últimos años.

Otros autores como Ávila y González (2007), también coinciden al señalar las principales características de la mujer alcohólica: la baja proporción de mujeres que acude a tratamiento, el inicio más tardío en el consumo de alcohol, el ocultismo, la mayor rapidez en el desarrollo de la enfermedad, la mayor incidencia de patología depresiva y ansiosa y una morbilidad somática similar a la que presentan los hombres alcohólicos.

3.3. Etiología de la dependencia del alcohol en población femenina

Abordar la drogodependencia desde una perspectiva de género supone tener en cuenta que el síndrome de dependencia del alcohol es un trastorno multicausal (Díaz y Gual, 2004), es decir, existen diversos factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos que se tiene. Por otra parte, parece clave abordar las diferencias que existen entre el hombre y la mujer dependientes del alcohol.

Las causas por las que el hombre y la mujer inician su consumo en el alcohol no siempre son coincidentes. Por esta razón, la perspectiva de género trata de poner de relieve las motivaciones latentes en ese inicio del consumo, los factores de riesgo y las variables relacionadas con el mantenimiento de éste por parte de las mujeres (Sánchez, 2009).

En líneas generales, la etiología del abuso del alcohol se explica desde una perspectiva biopsicosocial, que contempla la intervención de múltiples componentes, tanto de origen genético como ambiental, que interactúan conjuntamente y cuyo peso específico sería diferente en cada persona y en cada tipo de alcoholismo.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento de los múltiples factores de riesgo que influyen en el alcoholismo, se pueden dar factores de protección comunes que previenen el desarrollo del trastorno.

Los factores de protección pueden ser individuales (valores saludables, autoaceptación, sentido de responsabilidad, autocontrol, etc.), familiares (estabilidad y cohesión familiar, apoyo emocional, etc.), escolares (comunicación padres-escuela, normas claras sobre

conductas aceptables) y socioculturales (normas sociales claras respecto al no consumo de drogas, modelos adultos y amigos no consumidores de drogas) (Díaz y Gual, 2004; Echeburúa, 2001).

A este respecto, hay que señalar que hay una mayor influencia sobre las mujeres de ciertos factores de protección que ayudan a evitar o reducir los consumos (Sánchez, 2009):

- Las mujeres, tienen una mayor percepción del riesgo relacionado con el consumo de alcohol, lo que les permite desarrollar estrategias de control y evitación del uso y abuso de drogas.
- Las mujeres en comparación con los hombres valoran más la salud, lo que hace que mantengan más autocuidados.
- La tradición todavía en la actualidad tiene un peso fuerte en las mujeres, por lo que el estigma social de consumir alcohol por una mujer hace que estas lo hagan en menor medida que los varones.

Por lo que respecto a los factores de riesgo, esto es, aquellos que aumentan la probabilidad de padecer la dependencia a esta sustancia, podemos hablar de factores sociales, biológicos y psicológicos. Dentro de los factores sociales destacan la aceptación social y la disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones, etc.) del alcohol, junto con el aumento del poder adquisitivo (Echeburúa, 2001). El consumo de alcohol además de estar influido por una presión colectiva más o menos sutil, está asociado a los hábitos de alimentación, a la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones, a la hospitalidad y a la cohesión grupal. Algunos cambios sociales característicos de nuestra época están

directamente relacionados con el desarrollo del consumo de alcohol. Con el paso del tiempo, nuestra sociedad ha traído consigo una elevación del nivel de vida, así como un enorme movimiento migratorio, una fuerte competitividad, un vuelco de los valores tradicionales (mayor diversión) y un debilitamiento de la cohesión familiar y grupal. Por ello, el recurso al alcohol parece ser el mejor soporte como forma de superación de la soledad y tensiones de la vida cotidiana (Echeburúa, 2001).

Sánchez (2009) destaca, dentro de los factores socioculturales, las redes sociales en las que haya otros consumidores, el aislamiento social, un gran temor al rechazo social si no participas al consumo, la presión ejercida por la publicidad sobre las mujeres para que imiten los hábitos de consumo de alcohol masculino, etc.

Por lo que respecta a los factores biológicos, los distintos grados de resistencia biológica ante el abuso de alcohol se relacionan con factores hereditarios constitucionales. Según estudios clásicos, la probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres también lo son es de 4 a 5 veces superior a la de hijos cuyos padres no tienen problemas con la bebida. Lo que parece ocurrir en estos casos es que a la predisposición hereditaria se une un aprendizaje temprano en el consumo abusivo de alcohol. Se trata, por tanto, de una interacción entre factores hereditarios y ambientales (Edwards, 1986; citado en Echeburúa, 2001).

Sánchez (2009), dentro de los factores familiares asociados al consumo de drogas por parte de las mujeres, destacarían los problemas de alcoholismo u otras drogodependencias en la familia, la desintegración familiar o también alguna ruptura de lazos con la familia, la falta de apoyo emocional, una presencia de patologías mentales en la familia, problemas de alcoholismo, que la pareja sea

consumidora, la pérdida traumática de familiares, el distanciamiento emocional de los padres y el estilo educativo paterno/materno autoritario. Según este autor, los factores familiares tienen un impacto mayor en las mujeres, porque la capacidad de ellas para aislarse de un entorno familiar conflictivo o desestructurado es más reducida que la de los hombres.

Por lo que respecta a los factores psicológicos, parece no existir un perfil de personalidad adictiva capaz de predecir el consumo excesivo de alcohol, aunque si hay determinados rasgos de personalidad que parecen ser más vulnerables al consumo abusivo de alcohol. Según este enfoque, los niños que crecen en estos ambientes donde está presente el alcohol tienden a ser inestables emocionalmente, con baja autoestima, extrovertidos, impulsivos, agresivos, poco tolerantes a la frustración y con una integración familiar defectuosa. Además, las personas con riesgo de convertirse con problemas de bebida experimentan con frecuencia en la infancia déficit de atención e hiperactividad (Echeburúa, 2001).

En algunas ocasiones la existencia de una patología asociada, como la depresión, la ansiedad o los celos patológicos, facilita el consumo de alcohol como autoterapia, es decir, como una estrategia de afrontamiento para superar el malestar.

En cualquier caso, la predicción de un mayor o menor riesgo deriva, más que de una personalidad previa, de las actitudes ante el consumo de alcohol y de los estilos de afrontamiento utilizados para hacer frente a las situaciones difíciles, aspectos que son determinantes para una posible dependencia del alcohol (Echeburúa, 2001).

A nivel psicológico, las experiencias personales con el alcohol, la imitación de modelos emocionalmente significativos y las expectativas de desinhibición y de bienestar constituyen una variable importante en el consumo (Echeburúa, 2001).

Tal y como indica Sánchez (2009), muchas veces los problemas repercuten en la vida a nivel personal consiguiendo que la situación se desborde, de ahí que muchas de las mujeres que beben alcohol, lo hagan en gran medida para tratar de manejar o evitar problemas de estrés, ansiedad, soledad, etc. Como indica Echeburúa (2001), lo que mantiene la conducta de beber en los bebedores excesivos es que el alcohol tiene unas consecuencias reforzantes relativamente inmediatas: hace desaparecer el malestar, reduce la ansiedad, permite hacer frente a las exigencias cotidianas, etc. Por el contrario, las consecuencias negativas (enfermedad, pérdida de trabajo, sentimiento de culpa, etc.) aparecen de forma demorada y se presentan a medio o largo plazo.

Por tanto, según lo expuesto, el abuso de alcohol por parte de las mujeres se relaciona especialmente con dos factores (Rubio y Blázquez, 2000; citado en Sánchez, 2009):

- a) Factores biológicos: historia familiar de alcoholismo y mayor vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.
- b) Factores psicosociales: convivencia con pareja alcohólica o dependiente de otras drogas, presencia de patología psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso de otras sustancias, trastornos de la alimentación), acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia y la adolescencia), conflictos de pareja y/o rupturas familiares, disfunciones sexuales y consumo de drogas durante la adolescencia.

Aunque buena parte de estos factores de riesgo no son exclusivos de las mujeres, inciden sobre ellas de forma diferenciada. Un ejemplo claro se encuentra en la publicidad del alcohol, que ha tenido como población diana a las mujeres, en especial a las adolescentes, resaltando la idea de que la conquista de la igualdad de

género pasa por la asunción de comportamientos hasta hace poco exclusivos de los hombres, como es el consumo de alcohol (Sánchez, 2009).

3.4. Consecuencias de la dependencia del alcohol en la mujer

Como luego veremos, las causas por las que una persona se inicia en un consumo excesivo de alcohol poco tienen que ver con los motivos con los cuales dicha persona sigue bebiendo en la actualidad. Tal y como afirma Echeburúa (2001), es muy frecuente que la dependencia del alcohol acarree consecuencias (crisis en la pareja, dificultades laborales...), que se pueden confundir con los aspectos que desencadenaron el propio trastorno.

En general, el consumo abusivo de alcohol y de otras drogas comporta una serie de consecuencias negativas y de situaciones problemáticas (ej., de salud, accidentes, familiares y de relaciones personales, económicos y laborales, en los estudios, e incluso legales). En la medida en que este consumo de drogas se intensifica y/o prolonga en el tiempo, se va creando una progresiva situación de dependencia de las sustancias psicoactivas (Instituto de la Mujer, 2007).

Aunque como afirma Sánchez (2009), el uso y abuso de drogas afecta de forma diferente en función del género, también tiene una serie de efectos o consecuencias sobre la salud, comunes para hombres y mujeres, entre los que cabe mencionar los siguientes:

a) Complicaciones orgánicas

El consumo excesivo y crónico del alcohol puede dañar de forma progresiva todos los órganos, presentándose los síntomas de manera difusa durante la juventud, mientras que aparecen de forma definida más tarde (Díaz y Gual, 2004; Gradillas, 2001).

Según Sánchez (2009), las complicaciones físicas más relevantes en población alcohólica son los trastornos digestivos (gastritis, úlceras, cáncer de colon, recto y estómago) y las lesiones en el hígado (hepatitis, cirrosis y cáncer) y el páncreas.

Hay que señalar además, que las mujeres toleran peor el alcohol que los hombres, mostrando una mayor vulnerabilidad a sus efectos y exponiéndose más que ellos al riesgo de daños hepáticos (hepatitis, cirrosis), cerebrales y enfermedades cardíacas (Sánchez, 2009).

Destacan también los trastornos hematológicos (en la sangre) y las alteraciones cardiovasculares (hipertensión, arritmias, y cardiopatías), que suelen ser más frecuentes en mujeres. Consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia superiores a los hombres. Esto es debido a que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres (tienen menos enzimas metabolizantes del alcohol, más tejido graso y menos sangre y agua), lo que provoca que, ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres, su concentración de alcohol en sangre sea mayor (Sánchez, 2009).

El alcohol también produce trastornos metabólicos y endocrinos (disminuye la producción de hormonas sexuales) en la población femenina. En concreto, los daños del abuso de alcohol a este nivel tienen en ellas una evolución mucho más rápida (Sánchez, 2009). Diversos factores metabólicos, endocrinos y genéticos hacen que en las mujeres se instauren problemas de alcoholismo en menor tiempo que entre los hombres y que sufran disfunciones cerebrales y desarrollen enfermedades hepáticas y cardíacas de manera más temprana que los hombres, incluso cuando beben menos que ellos.

Por lo que respecta a las alteraciones en el sistema nervioso, se estima que alrededor del 70% % de los alcohólicos muestran cierto

grado de deterioro de las funciones cognitivas superiores que puede evolucionar hacia una demencia (Díaz y Gual, 2004; Sánchez, 2009). Estudios de imágenes cerebrales muestran que las mujeres alcohólicas pierden mayor cantidad de tejido cerebral que los hombres; por esta razón, las mujeres alcohólicas registran disfunciones cerebrales de forma más temprana y experimentan un mayor deterioro intelectual y un mayor riesgo de complicaciones neuropsiquiátricas (Sánchez, 2009).

Por último, el consumo de alcohol a nivel físico también provoca envejecimiento precoz.

En conclusión, las mujeres deben hacer frente a una serie de riesgos y consecuencias particulares derivados del abuso del alcohol; entre otros (Sánchez, 2009): osteoporosis, alteraciones del embarazo, alteraciones ginecológicas y disfunciones sexuales, mayores tasas de mortalidad, y depresión y suicidios.

b) Complicaciones a nivel psicológico o mental

El alcoholismo crónico se asocia con trastornos afectivos como: depresión, disforia, irritabilidad, agresividad, trastornos de ansiedad, alteraciones del sueño (insomnio), trastornos psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.), alteraciones de la conciencia y la memoria, demencia, etc.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, la depresión es la más frecuente (80%), aunque también pueden estar presentes cuadros maniacos de euforia y descontrol. En ocasiones, se puede llegar a dar el suicidio, debido al efecto desinhibidor del alcohol sobre la conducta (Díaz y Gual, 2004). Entre las mujeres alcohólicas son más frecuentes los problemas depresivos, de baja autoestima y soledad que entre los varones alcohólicos (Sánchez, 2009).

c) Repercusiones en la vida familiar y social

El alcoholismo afecta inevitablemente a la vida familiar, produciendo una desestructuración progresiva, llegando en algunos casos a una total desintegración familiar (Díaz y Gual, 2004; Gradillas, 2001).

El consumo de alcohol provoca una gran variedad de problemas familiares, como el deterioro de las relaciones familiares y/o de pareja, discusiones con los padres o la pareja, lo cual supone separaciones y divorcios, en muchos casos debido a que la persona alcohólica no reconoce el problema (Sánchez, 2009).

Cuando existen hijos, se intenta mantenerlos al margen, si bien es frecuente la desatención de los mismos. Además, suelen aparecer problemas económicos, ya que el alcoholismo supone grandes costes.

Y, por último, el distanciamiento de la persona alcohólica que afecta a los familiares, hijos y pareja, repercute igualmente en otras redes sociales: compañeros de trabajo, amigos, etc., provocando el aislamiento social de ellas (Sánchez, 2009).

d) Problemas laborales

Destacan, como consecuencias directas del consumo de alcohol, el absentismo laboral, los retrasos y las bajas por enfermedad, además de influir directamente en la probabilidad de experimentar accidentes laborales al verse alteradas las capacidades físicas e intelectuales. Estas personas tienen además, una mayor probabilidad de ser despedidas y de recibir sanciones por incumplimiento de las obligaciones laborales, lo cual afecta a su nivel de vida económica (Sánchez, 2009).

e) Problemas escolares

Si el perfil de la mujer dependiente del alcohol es de edad joven surgirán los problemas escolares (Sánchez, 2009), ya que supondrá

una reducción intensa del rendimiento escolar como resultado del descenso del rendimiento intelectual y de los problemas de atención, concentración y memoria asociados al consumo.

En estas personas suele producirse una elevada pérdida de interés por los estudios, lo que en muchos casos lleva al abandono temprano del sistema educativo.

f) Repercusiones legales

En algunos casos son frecuentes las sanciones y multas, arrestos o detenciones por implicación en peleas o agresiones y comisión de delitos para financiar el consumo (Díaz y Gual, 2004; Sánchez, 2009).

Por último, cabe destacar la elevada probabilidad de sufrir accidentes de tráfico. Se estima que el consumo de alcohol está involucrado en el 30%-50% de todos los accidentes (Echeburúa, 2001).

3.5. Particularidades del contexto social en el que vive la mujer dependiente del alcohol

Como señala en su libro Gómez (2005):

“El género como categoría de análisis recorre todos los ámbitos y niveles de la sociedad. El género permite contemplar a los sexos como entidades sociales, políticas y culturales, superando las limitaciones del concepto de sexo, que parece referir a algo natural, primario, esencial y aparentemente sometido a escasas transformaciones históricas. Género es un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y casi siempre desfavorable a las mujeres con respecto a los varones” (p. 123).

El género se correspondería a un instrumento de conocimiento con el cual se separan con fines analíticos la desigualdad y las diferencias sexuales. El objetivo es determinar los aspectos sociales en que se manifiesta el sexismo. El género influencia la forma en que varones y mujeres reaccionan frente a conductas que impliquen riesgo.

“Nadie pone en duda que es posible obtener un tratamiento satisfactorio al margen de las apreciaciones sobre el género de las personas, pero lo que está claro es que la privacidad que afecta especialmente a las mujeres sobre el tema del alcohol, debido al enjuiciamiento social, está relacionada con las desigualdades en razón del género, y ello dificulta el recorrido de la recuperación”. (Gómez, 2005, p. 124).

La imagen de una mujer “borracha” está peor vista en el tejido social y genera mayor rechazo que la de un hombre ebrio, hasta para las propias mujeres. Beber parece que sea cosa de hombres, es una conducta masculina que se asocia a la virilidad y las mujeres que consumen alcohol en exceso se les atribuyen peores connotaciones. Puede ser que esto haya contribuido a que el consumo de alcohol femenino sea más vergonzante y por eso más oculto, más tapado, más en solitario (Gómez, 2005).

Los profesionales coinciden al señalar que cualquier tipo de consumo está mucho más estigmatizado en las mujeres porque al adjetivo de “viciosas” se les une el de “mala madre”, y así se sumarían toda una serie de calificativos despreciativos.

Además del sentimiento de culpa que genera el consumo, la percepción social agrava un estigma que en ocasiones por sí mismo, precipita la recaída en el proceso de mantenerse abstinente de la mujer alcohólica (Arostegi y Urbano, 2004).

Aunque el trastorno es el mismo para los hombres que para las mujeres, psicológica y socialmente hablando las diferencias que se dan no son por las peculiaridades condicionadas por el sexo de la persona, sino por la función que en la sociedad se le atribuye a cada uno. Esto acarrea en el alcoholismo una discriminación de consecuencias epidemiológicas.

Tal y como afirma Gómez (2006), “la mujer todavía es considerada en algunos medios como una persona de segundo orden y sus posibilidades de iniciativa e independencia pueden estar limitadas. A la mujer se le adjudica aún la sumisa dependencia y por el contrario al hombre se le supone dinámico, enérgico, decisivo e independiente” (pp. 258-259).

Ha existido socialmente una estigmatización del abuso de alcohol en las mujeres, el cual no ha disminuido hasta mucho después de la aparición del término de dependencia alcohólica. Aunque este concepto facilitó el acceso a los tratamientos de los pacientes con problemas de alcohol, no fue hasta la creciente aparición de movimientos sociales de igualdad, cuando se normalizaron los tratamientos en centros públicos y las problemáticas específicas de las mujeres. Gracias a ello se ha conseguido una mayor atención hacia los programas de tratamiento para mujeres alcohólicas (Monras, 2010).

El trastorno se manifiesta con características distintas, pero destacan dos que expresan muy significativamente las diferencias por género: la mujer alcohólica suele beber en clandestinidad y en la mujer su pronóstico es más sombrío que en el hombre. Según Gómez (2005):

“La explicación a la clandestinidad la hallamos en que la mujer, y sobre todo la mujer adulta ama de casa, que se siente patológicamente atraída por el alcohol, encuentra muchas más

facilidades para ingerirlo en la intimidad del hogar que en lugares públicos, ya que ello no está bien visto. Así forzosamente ha de calmar su apetencia dentro de casa. Para ello ha de proveerse de ciertas cantidades y siendo consciente de lo reprobable de su ingestión excesiva, esconde sus dosis cotidianas en los lugares más inusitados” (p.125).

3.6. Barreras para el tratamiento de las mujeres dependientes del alcohol

En el alcoholismo femenino destaca la baja proporción de mujeres que acuden a tratamiento en comparación con los hombres. Según Ávila y González (2007), la connotación socialmente negativa que tiene esta problemática es más acusada si es mujer quien la padece.

También puede influir el entorno (ámbito laboral y principalmente en el seno familiar) en el que se desenvuelve la mujer para que la enfermedad pase más desapercibida. Por otra parte, algunos estudios destacan que las mujeres consumen alcohol de forma solitaria, contribuyendo a una menor percepción de este problema. Otro motivo que explique por qué el número de mujeres que acuden a tratamiento es menor del esperado, puede deberse a que éstas buscan otros recursos terapéuticos, alejados o no integrados en el sistema público de salud.

Posiblemente a muchas mujeres las diagnostiquen y sean tratadas por trastorno comórbido (ej., depresión), pasando así desapercibidos los trastornos por uso de alcohol, en cuyo caso si no se diagnostican aparecen como menos frecuentes desde el punto de vista epidemiológico (Ávila y González, 2007).

Según Gómez (2005):

“Uno de los problemas que plantea el alcoholismo en la mujer es la desconfianza en sí misma y en la posibilidad de alcanzar resultados, debido al escepticismo de los que la rodean y al sentimiento de marginación que ellas mismas experimentan. En este sentido la mujer alcohólica tiene pocas posibilidades de llevar su enfermedad con mínima dignidad y el deterioro social es mayor que en el hombre debido a las connotaciones sociales de su conducta. El rechazo de los valores tradicionales y sociales por el abandono del papel que la mujer tiene atribuido en nuestra sociedad, conduce a la mujer alcohólica a la marginación social” (p.126).

Cuando la paciencia de la familia se agota y piensa que los intentos de ayuda son infructuosos, tienden a romper su relación con la mujer alcohólica. Esto tiene en ella un doble efecto, ya que además de enfrentarse sola a su problema, queda de algún modo marcada, por el hecho justamente de estar sola. Esta situación se da en todo tipo de familias, puesto que el alcoholismo desdibuja las barreras de las diferencias sociales, igualando por los síntomas y las consecuencias a las personas de diferentes niveles socioeconómicos. (Gómez, 2005).

En el estudio llevado a cabo por Arostegi y Urbano (2004), se señala cómo los profesionales señalan motivaciones distintas entre hombres y mujeres a la hora de iniciar el tratamiento y mantenerse en él. Según estos autores, parece que a los hombres les resulta más fácil el consumo, o que no se enfrentan a tantas situaciones de toma de conciencia del problema, por lo que muchos de ellos solicitan tratamiento cuando están inmersos en procesos judiciales, en prisión, etc. En el caso de las mujeres suele ser la presión familiar, el miedo a perder a sus hijos, la familia y, sobre todo, el miedo a perder a la pareja lo que les incita a iniciar el tratamiento. Ellas, cuando se han

inmerso en el proceso terapéutico, tienen unos objetivos más realistas, se vinculan más a él, les impulsa el cambio de vida, aceptan mejor las responsabilidades. En cambio, los hombres dilatan más los objetivos finales y son menos realistas.

Los profesionales advierten que existe mayor deterioro físico y mental en las mujeres cuando solicitan tratamiento. Llegan muy tarde a pedir ayuda porque con frecuencia el problema está oculto; no les resulta fácil aceptarlo y solicitar ayuda. La mujer se inicia en el tratamiento por vergüenza, a ella le cuesta dar el paso mucho más puesto que no le suele acompañar nadie. Cuando el hombre es el alcohólico suele ser su pareja la que le arrastra; cuando es en la mujer, el marido se desentiende.

En el caso de las mujeres en tratamiento por problemas de alcohol se señala que el estigma social que acompaña a este consumo es difícilmente soportable para ellas, lo que precipita el cese del proceso. Según Arostegi y Urbano (2004), "inicialmente participan menos en el tratamiento e intentan buscar identificaciones más que hablar de ellas mismas. Sin embargo, si establecen un buen vínculo con el tratamiento permanecen más tiempo en él" (p. 56).

4. Intervención desde el Trabajo Social en la dependencia del alcohol en población femenina.

La Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2000)⁶ plantea que el Trabajo Social "promueve el cambio social, la solución de los problemas en las relaciones humanas y la capacitación y liberación de las personas para mejorar su

⁶ Recuperado de <http://www.iassw-aiets.org/social-work-definiton-and-board-consultation>. Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (International Association of Schools of Social Work).

bienestar. Utilizando teorías de la conducta humana y de los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene allí donde las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y de la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social”.

Los trabajadores sociales no deben ignorar la presencia del consumo de alcohol, porque una parte de los problemas con los que se encuentran en su práctica profesional va relacionada con este trastorno.

Como posteriormente veremos, el trabajador social forma parte del equipo en el tratamiento del paciente alcohólico. Los tratamientos más usuales son: la terapia individual, la terapia de grupo, la terapia familiar y el tratamiento farmacológico. No se puede olvidar, la colaboración que prestan en la rehabilitación del alcohólico las asociaciones de auto-ayuda (Alcohólicos Anónimos y Asociaciones de Ex-alcohólicos, y Alcohólicos Rehabilitados, etc.) (Acero, 1995).

La asistencia social individual pretende influir directa o indirectamente sobre el alcohólico y sus grupos de referencia (primarios o secundarios). Sus metas son las siguientes (Feuerlein, 1982):

- a) Reforzar y fomentar las funciones del paciente.
- b) La concienciación y modificación de la situación problemática y de los factores que mantienen la conducta desviada.
- c) Ayudar a la nueva construcción de roles sociales dentro de un funcionamiento social.

Según Feuerlein (1982), el trabajo social de grupo se da en régimen ambulatorio o de internamiento, sobre todo en forma didáctico-informativa y pedagógico-directiva. El objetivo es la integración social a través de una sensibilización de la conducta propia y de los demás miembros del grupo, además de la

concienciación de las conductas de cada rol y de las decisiones dentro del grupo.

Tal y como afirma Rossell (1998):

“La participación a un grupo se ofrece a personas que tienen una situación, un problema o un interés común, para que, a través del grupo y con la ayuda de un profesional, en este caso un trabajador social, puedan conseguir mejorar su situación personal, y puedan también aumentar la capacidad para modificar aspectos sociales que consideran negativos o mejorables” (p. 103).

Como todo procedimiento terapéutico, el trabajo social se lleva a cabo en un método triple paso (Feuerlein, 1982):

- a) La amnesia social para comprobar la conducta y delimitar el terreno problemático.
- b) El establecimiento de un diagnóstico psicosocial, en el que se trata menos de describir cualidades anímicas estáticas que de la captación de las relaciones dinámicas cambiantes de la situación intrapersonal e interpersonal del cliente (análisis del proceso). Al contrario que en otras disciplinas, como, por ejemplo, en la medicina, el diagnóstico psicosocial es, dentro del trabajo social, un proceso continuo a lo largo de todas las fases de la relación asistencial.
- c) La instauración de un plan de ayuda terapéutica y el planteamiento de estrategias para la intervención.

El trabajador social realiza una intervención directa (con el enfermo y las familias) y una intervención indirecta (utilizando los recursos de la comunidad). Los trabajadores sociales tradicionalmente se han esforzado siempre más en la intervención directa, sin embargo, hay que fomentar el interés por trabajar en la prevención (Acero, 1995).

El problema mayor con que se encuentran los trabajadores sociales implicados en el tratamiento de pacientes alcohólicos, es el abandono familiar.

En algunos de estos enfermos suele observarse (Acero, 1995):

- Alcoholismo primario, secundario y reactivo.
- Antecedentes familiares con alcoholismo (padres, abuelos, etc.).
- Problemas familiares (agresividad contra mujer e hijos, abandono familiar, separación conyugal, etc.).
- Problemas de tipo laboral (absentismo laboral, despidos, cambios de oficio, abandono laboral).
- Actos de delincuencia (demandas, delitos, cárcel).
- Falta de relación familiar, vagabundeo y mendicidad.

El trabajo con los familiares del alcohólico también es importante para el trabajo social de grupo, sobre todo en lo que se refiere a los cónyuges. Aquí se pretende poner de manifiesto y reconocer vías de comunicación y comportamientos de rol de cada uno de los miembros del grupo (Feuerlein, 1982).

Algunos ejemplos de las actuaciones de los trabajadores sociales son, entre otras, las siguientes (Acero, 1995):

- Tramitación de documentación (D.N.I., cartillas de asistencia médico farmacéutica, pensiones, etc.).
- Localización de familias. Conseguir un acercamiento al enfermo. Salidas con la familia.
- Reuniones familiares.
- Organización de fiestas con la participación de las familias.

- Salidas del enfermo (excursiones, teatros, vacaciones, etc.).
- Pisos protegidos.
- Preparación de altas terapéuticas. Información de recursos a la familia y al enfermo.
- Confección de informes sociales (a petición del juez para autos de internamiento, procesos de incapacidad y tutoría, etc.; Comunidades Autónomas; INSERSO, etc.).

Además, hay que resaltar la importancia de preparar a los trabajadores sociales para realizar una labor preventiva y saber reconocer a tiempo la enfermedad, lo que permite iniciar un tratamiento cuando todavía existen posibilidades de rehabilitación. (Acero, 1995).

A continuación, se explican las tres fases que, según Mayor (1995), se dan en el proceso de intervención sobre drogodependencias del trabajador social: prevención, intervención propiamente dicha y reinserción.

La prevención es la primera de las fases y, si tiene éxito, el único tipo de intervención; por esto mismo, es la intervención más importante y decisiva. Haciendo referencia a Mayor (1991, 1993)⁷, el objetivo de la prevención puede reducirse a disminuir las demandas, que constituirían para el individuo los factores de riesgo, y a incrementar los recursos de la persona para que haga frente a las demandas.

La prevención puede ser aplicada de forma masiva (no sólo individualmente) y evita la aparición de trastornos, dificultades y sufrimientos propios de la dependencia y suele definirse en función del ámbito contextual en el que opera, pues es una intervención

⁷ Citado en Mayor (1995).

genérica y no individualizada. La referencia desde donde se organiza el proceso debería ser el contexto y no tanto el sujeto; así, se habla de prevención educativa, prevención laboral o prevención social o sociocultural porque precisamente los contextos escolar, laboral y social son especialmente adecuados para llevar a cabo la prevención. (Mayor, 1995).

La intervención “propiaamente dicha” es la que se da durante el consumo de droga (uso, abuso, dependencia) y va dirigida a dos objetivos: la abstinencia absoluta o la reducción del consumo.

Por último, la reinserción es la fase final de la intervención y consiste en una intervención que tiene inicio en el momento en que se consigue la abstinencia y finaliza cuando se ha logrado un éxito en la fase de mantenimiento. El objetivo principal es seguir manteniendo el control del consumo (logrado en fases anteriores), la readaptación del drogodependiente a sus contextos naturales, a la familia, al trabajo, a la comunidad en que vive y a la sociedad en general. Esta intervención se denomina distal porque ya no gira directamente en torno al consumo de droga y porque no requiere de la atención constante y próxima de los agentes de la intervención, sólo están ahí para garantizar apoyo (Mayor, 1995).

BLOQUE III. CAPÍTULOS DE DESARROLLO

1. Descripción de la muestra objeto de estudio

Teniendo en cuenta que el contexto geográfico en el que se desarrolla el presente trabajo es la ciudad de Zaragoza, se han incluido tres centros especializados en el tratamiento y/o rehabilitación de drogodependientes ubicados en dicha ciudad: Centro de Solidaridad Zaragoza Proyecto Hombre, Alcohólicos Anónimos y Fundación Doctor Valero Martínez-ASAREX (continuación de la Asociación Aragonesa de Ex-alcohólicos). Se describen, a continuación, cada uno de estos recursos.

1.1. Centro de Solidaridad Zaragoza Proyecto Hombre (CSZ)

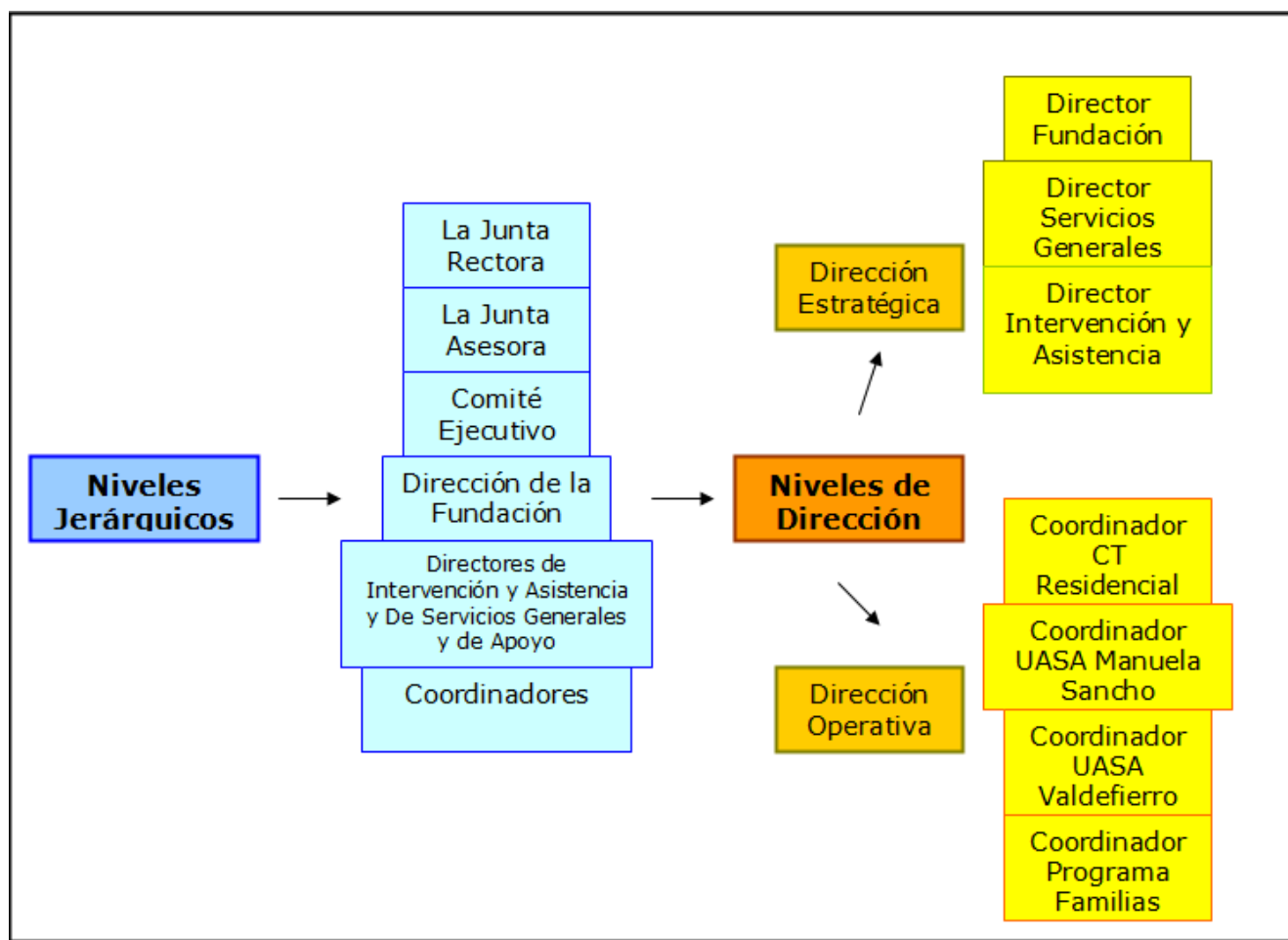
Según la memoria de 2011, la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (CSZ) se constituyó en 1985 de la mano de la archidiócesis de Zaragoza, poniéndose en marcha desde aquel momento el programa Proyecto Hombre. Nació como respuesta psicoeducativa de intervención integral, ante la llamada epidemia de la heroína que afectó a una parte importante de la juventud española en los años 80.

En la actualidad la Fundación está integrada por: Cáritas Diocesana de Zaragoza, Fundación San Valero y Hermanas de la Caridad de Santa Ana.

El principal **objetivo** de la CSZ es llevar a cabo tareas de investigación, divulgación y prevención de los riesgos de las adicciones, así como prestar atención a personas con problemas asociadas a las mismas y a sus familias, mediante una metodología educativa- terapéutica basada en las capacidades del individuo para resolver sus problemas (Memoria de la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, Proyecto Hombre, 2011).

La plantilla de **profesionales** que trabajan en el CSZ aparece reflejada en la Figura 9.

Figura 9. Organigrama de profesionales del CSZ.



Dentro de la Fundación CSZ existen varios niveles jerárquicos:

- La Junta Rectora: es el órgano supremo de representación institucional. Nombra a los miembros de la Junta Asesora y al Comité Ejecutivo y ostenta la representación de la institución en toda serie de representaciones, actos y contratos. Su Presidencia recae en el Director de Cáritas Diocesana.

- La Junta Asesora: se encarga de asesorar en las líneas de acción para que se cumplan los objetivos de la Fundación. Colabora en la imagen pública de la entidad y con medios humanos y otros que se requieran para el funcionamiento de la Fundación.
- Comité Ejecutivo: decide y supervisa las líneas estratégicas que se siguen. Formado por un Presidente, un Secretario, un Tesorero, el Director de la Fundación y varios vocales (hasta un máximo de 11 componentes).
- Dirección de la Fundación CSZ: es la máxima categoría dentro del personal que está contratado. Depende del Comité Ejecutivo, del cual forma parte con voz y voto.
- Directores de Intervención y Asistencia y de Servicios Generales y de Apoyo: dependen del Director del CSZ y, en colaboración con él, diseña, programa y dirige uno o varios programas que decide el Comité Ejecutivo.
- Coordinadores: coordinan y supervisan las tareas y actividades que desarrolla el equipo técnico encargado de la ejecución y desarrollo de uno o varios programas. Se encuentran dentro de la Dirección Cooperativa.

En cuanto, a los niveles de Dirección, se dividen en dos: la Dirección Estratégica y la Dirección Operativa. La **Dirección Estratégica** es el máximo nivel de Dirección dentro de la Fundación CSZ, con dependencia directa del Comité Ejecutivo de la misma, en el que está representado el Director de la Fundación. Sus funciones y cometidos principales giran en torno a todo el trabajo de coordinación desarrollado en el nivel de Dirección Operativa en el que se sitúan los coordinadores. Este nivel está comprendido por el Director de la

Fundación, el Director de Servicios Generales y el Director de Intervención y Asistencia.

Las funciones de la Dirección Estratégica son:

1. Adopción de las decisiones necesarias informando al Comité Ejecutivo de la Fundación CSZ.
2. Representatividad técnica y política de la Fundación CSZ a nivel institucional.
3. Gestión transversal de todos los servicios generales de la Fundación CSZ.
4. Coordinación de todos los dispositivos y programas de intervención y asistencia.
5. Definición y ordenación del Equipo de trabajo de la Fundación.
6. Control de la planificación y gestión presupuestaria de la Fundación CSZ.

Por lo que respecta a la **Dirección Operativa**, está coordinada por el Director de Intervención y Asistencia. Sus funciones están definidas y encaminadas al control, supervisión y acompañamiento de todos los dispositivos y programas de intervención y asistencia de la Fundación. En ella participan: el Coordinador CT Residencial, el Coordinador UASA Manuela Sancho, el Coordinador UASA Valdefierro y el Coordinador Programa Familias.

Los **proyectos principales** que se han desarrollado a lo largo del año 2011 se describen a continuación:

- *Programa de mantenimiento con Metadona "ULISES"*: destinado a pacientes dependientes de opiáceos cuyo objetivo es reducir y/o abandonar el consumo y los riesgos asociados al mismo. En la actualidad el centro cuenta con 210 personas dentro de este programa.

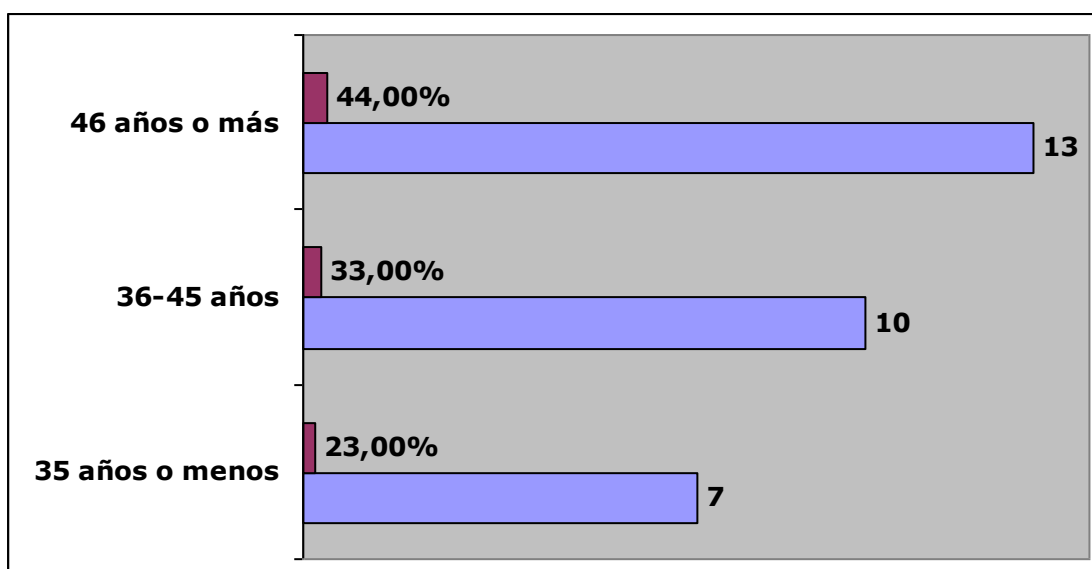
- *Programa de situaciones especiales:* destinado a aquellas personas que por sus condiciones particulares no encajan en otros proyectos de carácter más específico del CSZ y a los que se les realiza una propuesta más individualizada.
- *Programa Altair:* destinado a consumidores de cocaína y/u otros psicoestimulantes como droga principal. La intervención se realiza a dos niveles: individual y grupal. En la actualidad el centro cuenta con 131 personas que están dentro de este programa.
- *Programa de alcohol:* destinado a personas con adicción al alcohol. El trabajo que se realiza con los usuarios de este recurso puede ser grupal e individual. En este programa lo componen 152 personas, la segunda cifra más elevada con la que cuentan.
- *"Proyecto Diana":* se trata de un programa específico para las mujeres con consumos problemáticos de alcohol. Trata de dar una respuesta concreta, perfectamente estructurada en una serie de itinerarios terapéuticos que permite personalizar el proceso de cada paciente para optimizar los recursos disponibles y las posibilidades de éxito terapéutico de cada caso. En el momento de realización del presente trabajo, Proyecto Hombre cuenta con un total de 12 mujeres que acuden a rehabilitación.

La incidencia del consumo de sustancias tóxicas, incluido el alcohol es una preocupación constante de la Fundación, principalmente en mujeres y adolescentes, por ser estos colectivos los más vulnerables frente al riesgo de la adicción y las consecuencias tanto orgánicas como psicológicas que se derivan del abuso de sustancias tóxicas. Estos colectivos merecen, pues, la máxima atención a la hora de elaborar respuestas precisas y adecuadas,

diseñadas específicamente para las circunstancias y el medio en el que se quiere intervenir (Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, Proyecto Hombre, 2011).

En la Figura 10 aparecen reflejados los porcentajes de distribución de mujeres alcohólicas atendidas en el CSZ en función de la edad.

Figura 10. Programa Alcohol, mujeres atendidas durante el año 2012 (N = 30).



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al **perfil de usuario** que atiende el CSZ, cabe señalar que este centro presta servicios a personas drogodependientes con un perfil variado:

- Adultos con consumos problemáticos de drogas: cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.
- Adultos que presentan alcoholismo
- Usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

- Menores consumidores de drogas

1.2. Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos nace en 1935 en Akron (EE.UU.) a través de Bill W., un hombre de negocios de Nueva York, que tras varios años intentando dejar de beber, consiguió mantenerse abstemio por primera vez y quiso compartir su experiencia con otra persona alcohólica, esforzándose por superar el mal momento por el que estaba pasando y con miedo de volver a recaer.

Tras haber logrado mantenerse sobrio durante unos meses, Bill W., se dio cuenta de que su deseo o sus ganas de beber se reducían cuando trataba de ayudar a otros alcohólicos a permanecer sobrios. Bill W. conoció a un médico de Akron, el Doctor Bob S., también con problemas relacionados con la bebida. Los dos trabajaron juntos por la misma causa y descubrieron su capacidad para mantenerse sobrios; de ese modo, comprendieron que su capacidad de recuperación estaba ligada a la ayuda y estímulo que ellos podían aportar a otros alcohólicos, compartiendo con los demás su experiencia.

La Comunidad⁸ publicó su libro "*Alcohólicos Anónimos*" en 1939 y fue a partir de entonces cuando tomó este nombre. Más adelante comenzó a llamar la atención con su programa, el cual fue extendiéndose poco a poco por Estados Unidos y por el extranjero.

Hoy en día existen más de 100.000 grupos locales en aproximadamente 150 países.

En España, los primeros datos que se tienen respecto a Alcohólicos Anónimos (A. A.) vienen de la mano de una solicitud de información enviada en 1955 desde Madrid a las oficinas del Servicio

⁸ www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp-

General de A. A. de Nueva York. El grupo de Madrid se forma tras ponerse en contacto con Ray C. (miembro de A. A. de Nueva York). Conforme va pasando el tiempo se van formando otros grupos en el resto del país: Málaga, Valladolid, Barcelona, Rentería, Las Palmas, Tenerife, etc.

Sobre 1970 comienza a estructurarse como asociación a nivel nacional, después de que varios grupos de los que había consolidados en España comenzaran a relacionarse mediante representantes de cada grupo.

Nueve años más tarde, en 1979, se legaliza la asociación Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos de España y se celebra la primera Conferencia de la misma en abril de 1980. A partir de entonces cada año se celebra la Conferencia del Servicio General, donde se hace un análisis de la situación de la Comunidad y se estudia la mejor manera de llevar el mensaje a los miembros alcohólicos⁹.

Existe a su vez la Oficina del Servicio General de A. A., un centro de información nacional de A. A. que difunde las publicaciones de la asociación. Está bajo la dirección de la Junta de Servicios Generales de A. A., compuesta por alcohólicos rehabilitados y por no alcohólicos.

Ni la Oficina ni la Junta tienen autoridad sobre los miembros de los grupos (Alcohólicos Anónimos, 2010a).

En su página web aparece que en nuestro país, en la actualidad, hay 550 grupos, celebrándose una media de 2 reuniones semanales por grupo.

⁹ www.alcoholicosanonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp

En Aragón existen grupos en cada provincia. Concretamente, en Zaragoza existen grupos en 6 localidades: Borja, Calatayud, Tarazona, Tauste, Utebo y Zaragoza ciudad. En ésta última hay 6 grupos (Las Fuentes, Miraflores, Delicias, Venecia, Actur y Armonía). En Huesca existen 2 grupos en la localidad de Sabiñánigo (Grupo Santiago) y en Monzón respectivamente. Por último, también hay un grupo en Teruel ciudad.

Alcohólicos Anónimos “es una comunidad de hombre y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A. A. es el deseo de dejar la bebida” (Alcohólicos Anónimos, 2010a).

Su principal **objetivo** es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a conseguir un estado de sobriedad. Sus intereses son exclusivamente la recuperación y la sobriedad continuada de los alcohólicos que acuden a la comunidad en busca de ayuda. No participan en la investigación del alcoholismo ni en tratamientos médicos o psiquiátricos, y no apoyan a ninguna causa.

A. A. no cuenta con ningún tipo de **profesional** que dirija y tome la iniciativa de las reuniones, ya que son grupos de autoayuda formados por personas que tienen un problema relacionado con el alcohol y se sirven de las experiencias de unos y otros para superar su dependencia.

Respecto a su **funcionamiento**, Alcohólicos Anónimos trata el alcoholismo a través del apoyo de sus miembros, el cual se transmite compartiendo sus experiencias de sufrimiento y de recuperación de la enfermedad del alcoholismo.

Los miembros de Alcohólicos Anónimos no pagan cuotas, se mantienen con sus propias contribuciones. No están afiliados a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución.

A través de la amistad, de compartir con los demás sus propias experiencias y siempre desde el ejemplo se ayuda al recién llegado. En las reuniones se transmiten cosas muy sencillas como que "si no se toma la primera copa, no se puede uno emborrachar", a no fijarse metas a largo plazo y a sustituirlas por otras de plazos más cortos (por ejemplo 24 horas).

Una persona alcohólica puede recuperarse físicamente dejando de ingerir alcohol, pero para mantenerse sobria necesita además tener unas emociones equilibradas y una mente sana. Por ello, el programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos tiene como misión ayudar a la persona a ordenar sus pensamientos posiblemente confusos y a evitar los sentimientos negativos.

Los miembros acuden con regularidad a las reuniones para mantenerse en contacto con los demás y para comprender mejor como aplicar el **Programa de recuperación**. Según defiende la asociación, cuando una persona sigue cuidadosamente este programa es raro que fracase, a no ser que sean personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente al programa.

En las reuniones, los miembros de A.A. explican de modo general, cómo eran, lo que les ocurrió y cómo son ahora, tras haber dado ciertos pasos en la aplicación del Programa de Recuperación.

Para A. A., el alcoholismo es "una enfermedad progresiva tanto espiritual y emocional (o mental), como física. Todos los alcohólicos que conocemos parecen haber perdido el poder de controlar su forma de beber" (Alcohólicos Anónimos, 2010a).

Frecuentemente los grupos son democráticos y existe un **Comité Directivo** a corto plazo. De esta forma se evita que el grupo tenga líderes permanentes.

Los **grupos** celebran las reuniones regularmente, en las que los miembros relatan sus experiencias. Dichas reuniones siguen el esquema de los “Doce Pasos” sugeridos para la recuperación (ver Tabla 11) y con las “Doce Tradiciones” sugeridas para las relaciones que se mantienen dentro de la Asociación y con la comunidad no A. A. (ver Tabla 12) (Alcohólicos Anónimos, 2010a).

Tabla 11. Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos.

1	Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2	Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3	Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4	Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5	Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6	Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7	Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8	Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9	Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10	Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11	Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12	Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Fuente: Alcohólicos Anónimos (2010a).

Tabla 12. Las Doce Tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

1	Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2	Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3	El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.
4	Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.
5	Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6	Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7	Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a s mismo, negándose a recibir contribuciones ajenas.
8	A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9	A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10	A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11	Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12	El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Fuente: Alcohólicos Anónimos (2010a).

Por lo que se refiere al **perfil del usuario**, toda persona que cree tener problemas con la bebida es bien acogida en las reuniones de Alcohólicos Anónimos. Ellos mismos deciden si quieren ser miembros. Se admite a hombres y mujeres de todo tipo y condición,

de todas las edades, de todas las razas, de cualquier religión o sin ninguna afiliación religiosa (Alcohólicos Anónimos, 2010b).

1.3. Fundación del Doctor Valero Martínez Martín, ASAREX

La fundación de Doctor Valero Martínez Martín, ASAREX, se proyecta como una continuación de la Asociación Aragonesa de Ex alcohólicos, según acuerdo adoptado en la Asamblea General Extraordinaria de sus Socios, celebrada el día 30 de Junio de 2001. Ésta había nacido en 1974 a iniciativa de un grupo de alcohólicos que estaban en tratamiento en el Ambulatorio de Zaragoza, dirigido por el Doctor Don Valero Martínez. Ya antes del año de 1974 se realizaban reuniones semanales de terapia de grupo que podemos considerar como el "germen" del nacimiento de la Asociación, la cual ha sido galardonada por el Gobierno de Aragón con la Medalla al Merito Social 2002. Su sede social está establecida en Zaragoza y tiene Delegaciones en Huesca y en Teruel.

Los **objetivos**¹⁰ básicos de la Fundación Doctor Valero Martínez-ASAREX- son la asistencia, atención y rehabilitación del enfermo/a alcohólico/a, sobre la base de facilitar una información completa sobre la enfermedad, en los tres niveles: médica, social y familiar.

Por lo que respecta a los **profesionales** que trabajan en ASAREX, actualmente se cuenta con una trabajadora social, y un equipo de voluntarios que trabajan con los grupos de autoayuda. Los voluntarios pueden ser desde familiares de algunos de los usuarios, siendo alguno de ellos coordinador del grupo de familiares, hasta cualquier otra persona que quiera aportar su ayuda en la Asociación. La trabajadora social de ASAREX parte desde atender aquellas

¹⁰ www.asarex.org/quienes_somos.php

necesidades sociales existentes, junto con la posterior redacción de informes en los casos que sea necesario, hasta desarrollar trabajos terapéuticos. En cuanto al trabajo que desarrolla con las usuarias consumidoras hace un trabajo individual con cada una de ellas trabajando los aspectos más vulnerables de su vida.

Los demás **integrantes** de la Asociación participan en los grupos primarios mixtos (aquellos que se incorporan por primera vez a la asociación) y veteranos mixtos (compuesto por consumidores de alcohol que llevan tiempo en rehabilitación), siendo ellos quienes guían al grupo.

En cuanto a su **funcionamiento**, dentro de la Fundación tanto los alcohólicos como sus familiares, trabajan y comparten tareas y responsabilidades. Entre las **funciones** básicas desarrolladas por la Fundación, destacan:

- a) Información y Prevención, anteriormente citada y realizada por los propios enfermos y familiares, a los cuales se les ha facilitado una formación básica en este tema.
- b) Terapia de grupo para enfermos y familiares y, en ocasiones, conjuntas, coordinadas por ellos mismos, previa formación responsable, pues en la Fundación no se pretende caer en la "pseudo-profesionalidad".
- c) Actividades socio-recreativas, encaminadas a estrechar lazos de amistad y reforzar el espíritu de unidad de sus miembros.

Finalmente, respecto al **perfil de usuarios**, hay que decir que ASAREX atiende a todo aquel que tenga una dependencia con el alcohol u otras drogas similares. Se realizan reuniones semanales de terapia de grupo (grupos primarios mixtos, veteranos mixtos y grupo solo de mujeres).

2. Participantes

En el presente trabajo la población objeto de estudio ha sido el conjunto de usuarios dependientes del alcohol y los profesionales de los tres centros seleccionados: el Centro de Solidaridad de Zaragoza Proyecto Hombre (CSZ), ASAREX y Alcohólicos Anónimos (A.A.).

La elección del CSZ Proyecto Hombre se basó principalmente en el hecho de que, en su propuesta terapéutica ambulatoria grupal, contemplan la perspectiva de género. Tras el contacto telefónico inicial, se concretó una cita con el coordinador del centro y posteriormente éste puso a nuestra disposición a dos profesionales del mismo (psicóloga y trabajadora social). En segundo lugar, se contactó con ASAREX y con A. A., dos asociaciones con una presencia notoria en Zaragoza, y se concertó una cita con la trabajadora social de la asociación en el primero de los casos, y con uno de los voluntarios responsables de los grupos de autoayuda en el segundo.

De los dos primeros recursos se seleccionó a una muestra de 13 mujeres, al que llamaremos Grupo 1 (7 de CSZ y 6 de ASAREX) de edades comprendidas entre 30 y 60 años. En cuanto a la tercera asociación, se llevó a cabo un grupo de discusión al que llamaremos Grupo 2, formado por cinco hombres y cuatro mujeres, usuarios de Alcohólicos Anónimos de edades comprendidas entre los 55 y 65 años. En este caso, dadas las particularidades del centro y con el objetivo de poder comparar el perfil del dependiente del alcohol varón con el de la mujer, se decidió contar también con la participación de población masculina.

Además, se entrevistó a varios profesionales de los centros seleccionados, que nos dieron a conocer la intervención que hacen con las usuarias consumidoras de alcohol en los respectivos centros. En concreto, en el CSZ Proyecto Hombre se entrevistó a la psicóloga y a la trabajadora social. En ASAREX se entrevistó a la trabajadora

social, única profesional cualificada del centro, y al coordinador del grupo mixto de alcohólicos. Por último, en Alcohólicos Anónimos se obtuvo información de los asociados del Grupo Delicias.

En términos generales, por tanto, para la realización de este trabajo de fin de grado se ha contado con la colaboración de 24 personas, de las cuales 19 son usuarios dependientes o consumidores de alcohol (14 mujeres entre los distintos centros y 5 hombres de A. A.) y el resto corresponde al personal de los centros que puso a nuestra disposición la información y los recursos humanos necesarios para la elaboración del estudio ($n = 5$).

3. Técnicas de evaluación

Las técnicas específicas seleccionadas para llevar a cabo el presente trabajo como ya se ha dicho han sido la entrevista cualitativa semiestructurada, el grupo de discusión y la observación directa no participante.

4. Procedimiento

Con el objetivo de recabar información cualitativa de los participantes en el estudio, se diseñaron dos tipos de **entrevistas** semiestructuradas, una para las usuarias y otra para los profesionales. Como ya se ha indicado, este tipo de entrevista tiene como propósito obtener datos relativos a percepciones, sentimientos y maneras de pensar de un reducido número de personas respecto a un determinado problema y experiencia.

La estructura de la entrevista dirigida a las usuarias constaba, en primer lugar, de un apartado con los datos personales de la usuaria (edad, número de hijos, profesión, etc.). Cabe señalar que se garantizó a las participantes la confidencialidad de los datos. Seguidamente, se incluyeron preguntas sobre las características del consumo y el proceso de la dependencia del alcohol (inicio del

consumo de alcohol, causas, dónde bebía, a dónde acudió a pedir ayuda, por qué la pidió, etc.). A continuación, se hacía referencia a cómo había afectado el consumo del alcohol en su vida diaria (ej., cambios en su rutina diaria) y, por último, se realizaban preguntas relativas a la información y actividades que poseían sobre el centro en concreto (Alcohólicos Anónimos, Proyecto Hombre y ASAREX) (Ver Anexo 1).

Por lo que respecta a la entrevista diseñada para los profesionales de referencia en los distintos centros (Alcohólicos Anónimos, ASAREX y Proyecto Hombre), se incluyeron preguntas relacionadas con la historia de cada dispositivo, sedes que poseen en Zaragoza, objetivos que definen su actividad, profesionales que trabajan allí y sus funciones, etc. Del mismo modo, se recabó información respecto a su estructura y funcionamiento, el perfil de usuarios que acogen y programas y servicios que ofrecen. Por último, se incluyeron preguntas específicas acerca de la dependencia alcohólica en población femenina: programas o actividades específicas del centro para las mujeres dependientes de alcohol, descripción del perfil de la mujer que suele acudir, diferencias de género en cuanto a la dependencia alcohólica, barreras a las que se enfrentan las mujeres a la hora de acudir a pedir ayuda, etc.

Es necesario aclarar que la selección de las usuarias dentro de los centros fue realizada por las profesionales que intervienen en la rehabilitación de las mismas. Cabe señalar además, que en el caso de Proyecto Hombre, participaron todas aquellas mujeres que estaban acudiendo ese momento al centro y que se encontraban ya en pleno proceso de rehabilitación. En todos los casos, el contacto con las usuarias se realizó de manera telefónica, por parte de las psicólogas de los centros, fijando de esta manera la hora y fecha en que se realizaría la entrevista.

Por lo que respecta al **grupo de discusión**, se llevó a cabo en una única sesión, en el grupo de Alcohólicos Anónimos de Delicias, el miércoles 17 de abril del 2013 a las 19.15 horas. Se realizó en la Parroquia de San Valero, que es el lugar del que disponen para las reuniones, a las 19.15 horas del miércoles 17 de abril del 2013. Tuvo una duración de hora y media.

Se trata de un grupo abierto, al que pueden acudir tanto personas pertenecientes a Alcohólicos Anónimos como personas de fuera. De modo concreto, a la sesión en la que se llevó a cabo el grupo de discusión acudieron 9 personas (5 hombres y 4 mujeres), miembros todos ellos de A. A.

Después de la presentación del grupo (primer paso dentro de todas las sesiones), y antes de comenzar con el grupo de discusión en sí, algunos participantes ofrecieron voluntariamente sus testimonios, siguiendo la dinámica general que caracteriza a este tipo de grupos de autoayuda. Más adelante, se plantearon al grupo los siguientes temas que se fueron abordando progresivamente:

- Edad a la que empezaron a consumir alcohol.
- Características relacionadas con el consumo (ej., lugar habitual de consumo, cantidad consumida, tipo de bebida consumida, etc.).
- Causas por las que bebían alcohol.
- Tipo de ayuda terapéutica solicitada.
- Existencia o no de diferencias de género en el problema del alcoholismo.

Finalmente, se utilizó también la **observación directa** en varias visitas realizadas a las distintas asociaciones (CSZ Proyecto Hombre, A.A. y ASAREX), con el objetivo de conocer la realidad y su

intervención, al igual que la problemática que viven los usuarios de los centros en su día a día.

5. Análisis de los datos

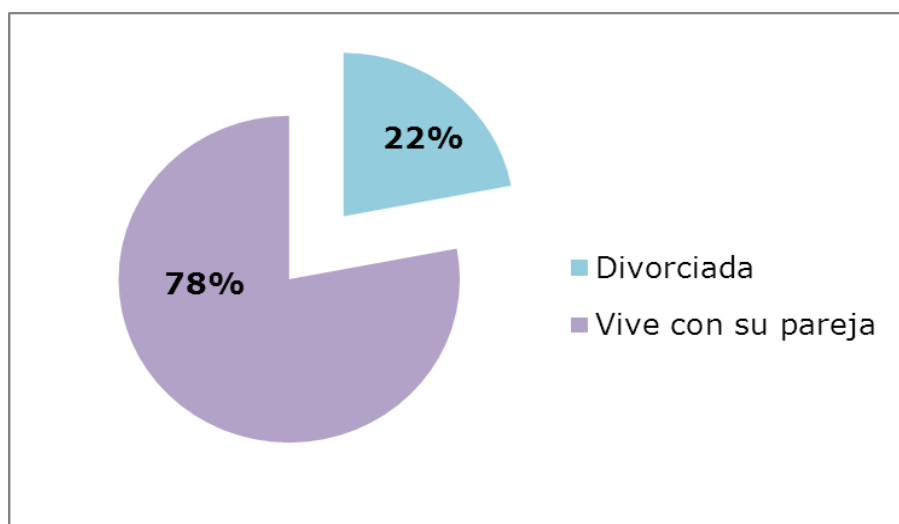
5.1. Perfil de la mujer dependiente del alcohol

Como se ha comentado anteriormente, fueron entrevistadas 14 mujeres dependientes del alcohol que estaban en ese momento en tratamiento o lo habían estado. En concreto, 5 están ya rehabilitadas y llevan varios años sin probar la bebida. Las otras 9 todavía están en proceso de recuperación para dejar el alcohol; de hecho, algunas de ellas progresan a temporadas pero sufren recaídas.

En todos los casos, la **principal droga de consumo** es, o ha sido, el alcohol. Solo un caso informa haber probado otras sustancias, si bien la droga principal por la que demandó tratamiento fue el alcohol.

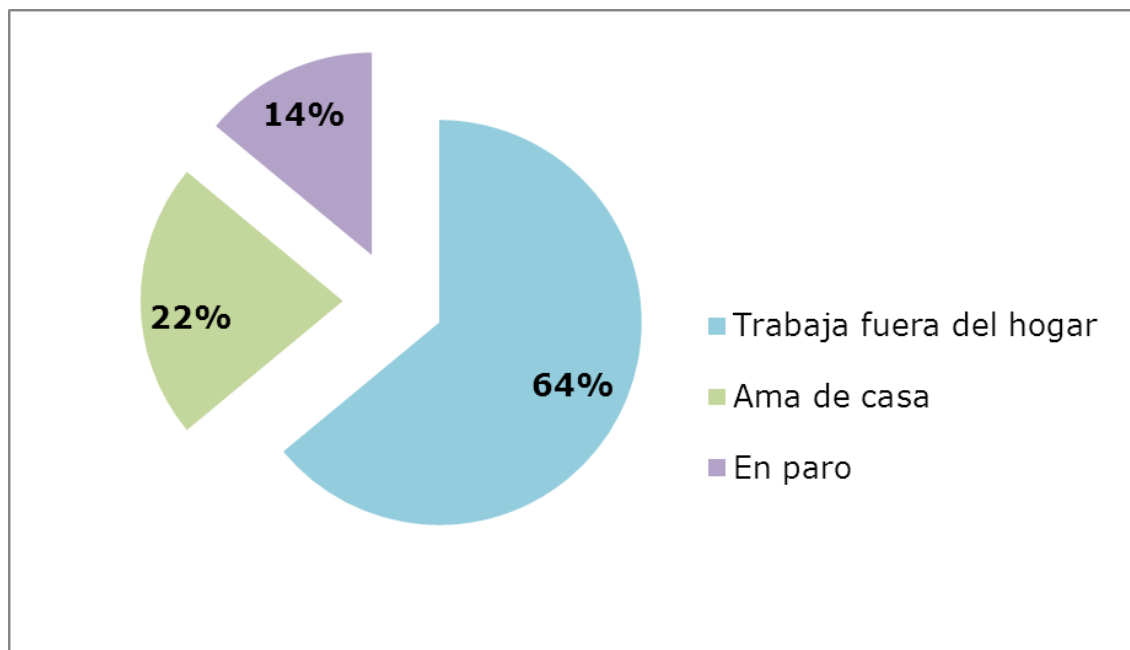
Por lo que respecta a las **características sociodemográficas**, la media de edad de las 14 mujeres es de 47 años (rango de edad entre 32 y 70 años). La mayor parte de la muestra tiene hijos y vive con su pareja (ver Figura 13).

Figura 13. Estado civil.

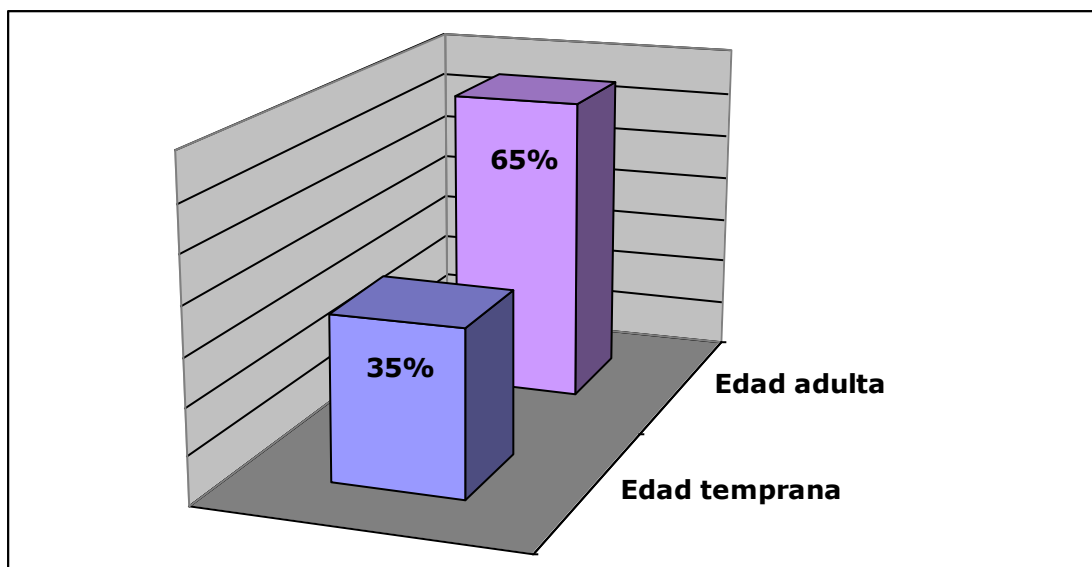


Respecto a la situación laboral, el 64% trabaja fuera del hogar (Ver Figura 14).

Figura 14. Situación laboral.



En cuanto a las **características de consumo** de las mujeres entrevistadas, la información obtenida indica que no parece existir una edad media típica en el inicio del consumo de alcohol. Así, nos encontramos con que el 35% de las mujeres comenzaron a consumir alcohol a una edad temprana (con una media de edad de 22 años), mientras que el 65% restante se inició en la edad adulta (con una edad media de 39 años) (ver Figura 15).

Figura 15. Edad de inicio de consumo de alcohol.

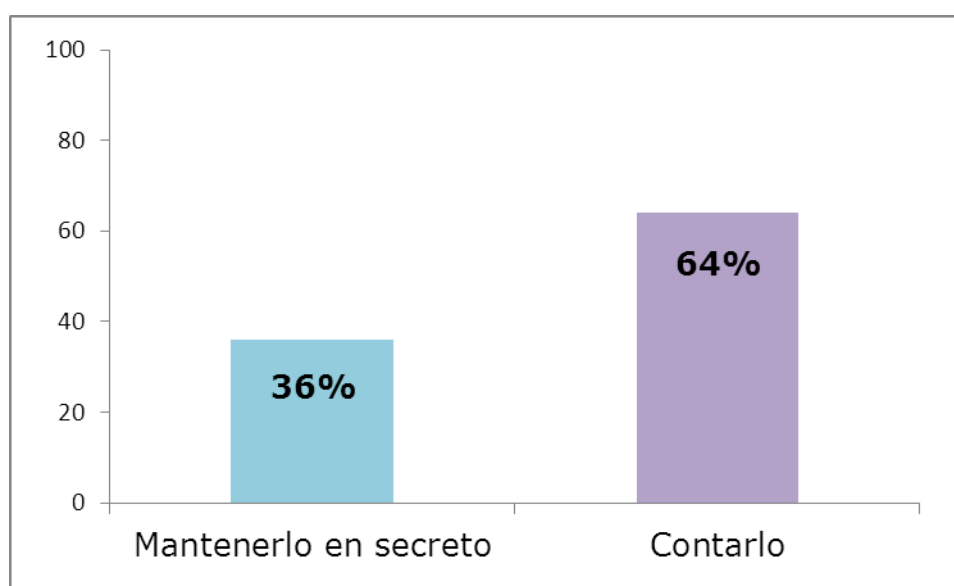
En relación con la edad de inicio en el consumo, parecen existir diferentes motivos que influyen para beber en el grupo de las que se iniciaron en su juventud en comparación con el de mujeres que se iniciaron a una edad más adulta. Así, las más jóvenes coinciden en que comenzaron a beber sobre los 18 años aproximadamente cuando estaban de fiesta los fines de semana, en sitios públicos y que lo hacían por simple diversión y para socializarse. Más tarde, muchas señalan que hubo una temporada en la que dejaron de beber y que no volvieron a consumir alcohol hasta años más tarde, que es cuando empiezan a aparecer en su vida algunos problemas (familiares, de salud, etc...). En el caso de las mujeres que iniciaron su consumo de alcohol a una edad más avanzada, parecen existir otro tipo de razones, ya no es tanto el hecho de divertirse y socializarse sino por otros motivos (por ansiedad, depresión, frustración...); además, no lo hacen en sitios públicos sino en su intimidad.

Al analizar la información sobre las **características del consumo de alcohol**, el 37% confiesa que era consciente de su problema desde el comienzo, mientras que el 63% restante indica no

haberse dado cuenta de ello hasta que su alcoholismo estaba ya muy avanzado.

También encontramos que sus reacciones frente a su adicción fueron diversas. El 64% coincide en señalar que, al darse cuenta de su problema con el consumo de alcohol, prefirió mantenerlo en secreto todo el tiempo posible hasta que por algún motivo se descubrió (ej., por algún familiar, por el médico...). El 36% restante optó por contárselo a alguien cercano (familiar, amigo...), para ver si de esta forma podía recibir apoyo o ayuda y no sentirse sola (Figura 16).

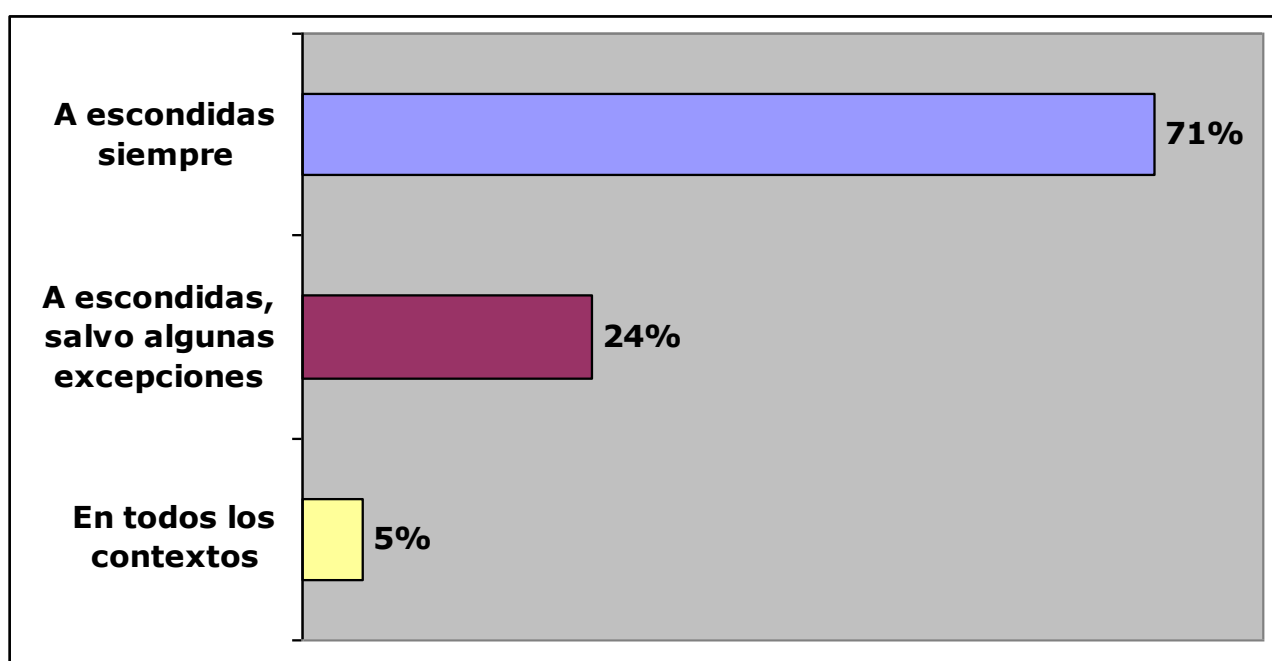
Figura 16. Reacción frente a su adicción al alcohol.



Cuando analizamos los datos referidos al **estigma social** y connotaciones negativas de su alcoholismo, la mayoría de ellas (64%) indicó haber llevado su problema en silencio durante mucho tiempo hasta que, por diversas razones, se decidieron a contarlo y a pedir ayuda. Además, el 71% afirmó haber bebido siempre a escondidas en su casa, el 24% lo hacía en su casa normalmente aunque en algunas ocasiones se había tomado alguna copa con sus

amigos en sitios públicos (bar, restaurantes, etc.) y el 5% restante indicó beber en diferentes contextos. En cuanto al por qué de beber a escondidas, explican que para ellas es más cómodo beber en casa a solas para relajarse, mientras que en sitios públicos tienen miedo a sentirse juzgadas, pues no es costumbre ver a una mujer bebiendo sola (Figura 17).

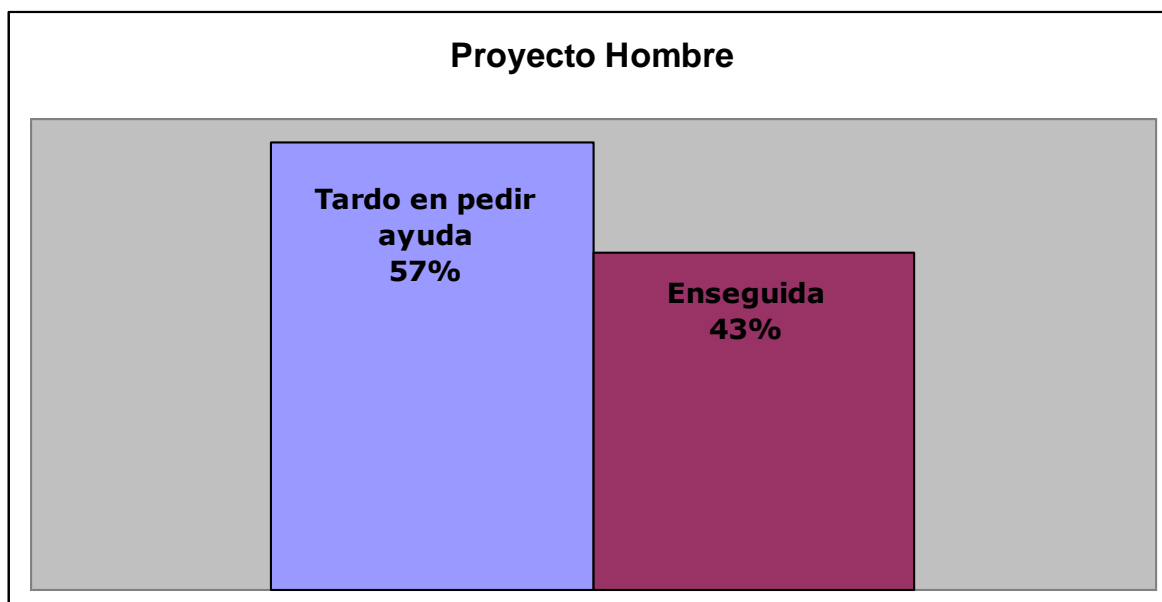
Figura 17. Contexto en el que han consumido alcohol.



El grupo de discusión de A.A. constata estos mismos aspectos, presenciándose una clara diferencia entre el contexto en el que beben los hombres y las mujeres. Éstas afirmaron que bebían en sus casas porque es donde más a gusto se sienten haciéndolo, mientras que ellos constataron haber bebido en bares y demás sitios abiertos al público, ya que para éstos suponía algo normal beber rodeados de gente. No obstante, alguna mujer de vez en cuando se ha tomado alguna copa en algún bar o restaurante, pero no es lo habitual.

En relación a la información recabada sobre el tratamiento recibido y los recursos utilizados (Proyecto Hombre y ASAREX), nos encontramos que la duración del tratamiento ha sido enormemente variable según los casos. Así, algunas mujeres llevan menos de 7 meses mientras que otras ya superan el año y medio. A la hora de acudir a los centros, como se ha señalado con anterioridad, al 64% de las entrevistadas les costó algo de tiempo acudir a pedir ayuda especializada. De manera más concreta, en Proyecto Hombre ($n = 7$), el 57% tardó en acudir al centro para solicitar ayuda, frente al 43% restante que acudió nada más ser consciente de lo que le ocurría. En ASAREX ($n = 6$), el 83% afirma que les costó llegar al centro, mientras que el 17% no tardó en acudir (ver Figuras 18 y 19).

Figura 18. Tiempo que tardan en solicitar ayuda en Proyecto Hombre.

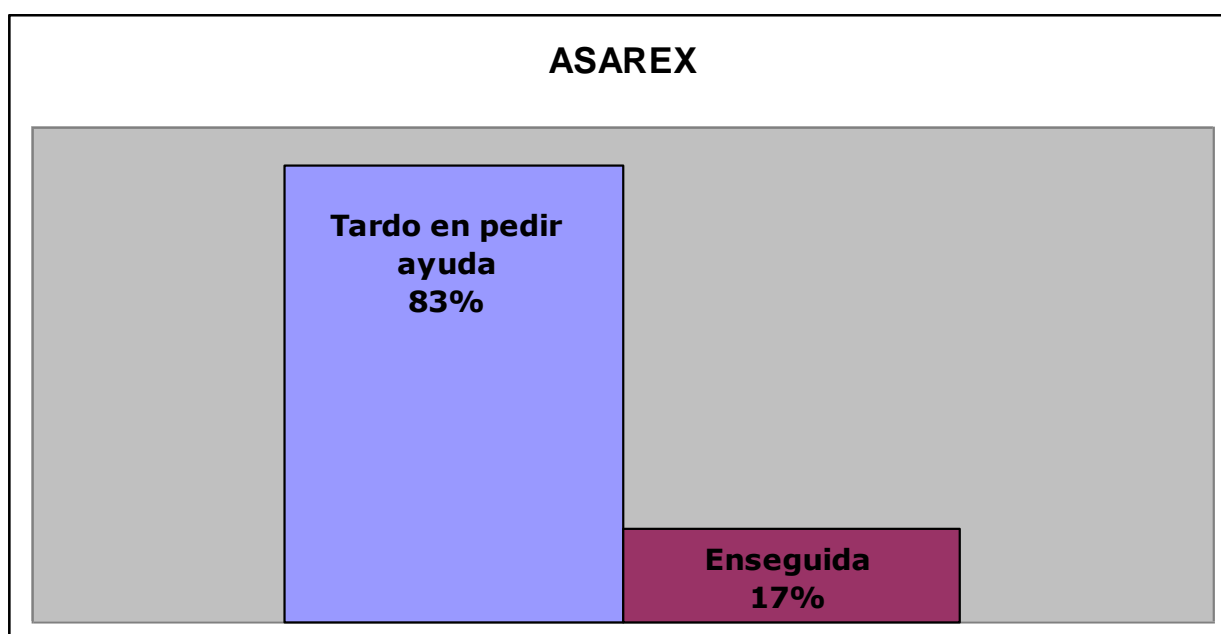


Respecto a los motivos que les hicieron plantearse acudir a los respectivos centros, encontramos que el 36% lo hizo por recomendación del médico u otro profesional, otro 36% por recomendación de un familiar (pareja, padre/madre, hijos,

hermanos...) y el 14% por su propia voluntad. El otro 14% restante señala como agentes motivadores principales para acudir a tratamiento, al médico y a un familiar.

Cuando se les preguntó por su satisfacción con el tratamiento recibido, todas ellas (100%) indicaron estar contentas con su decisión de haber acudido allí y afirman haber conseguido resultados positivos.

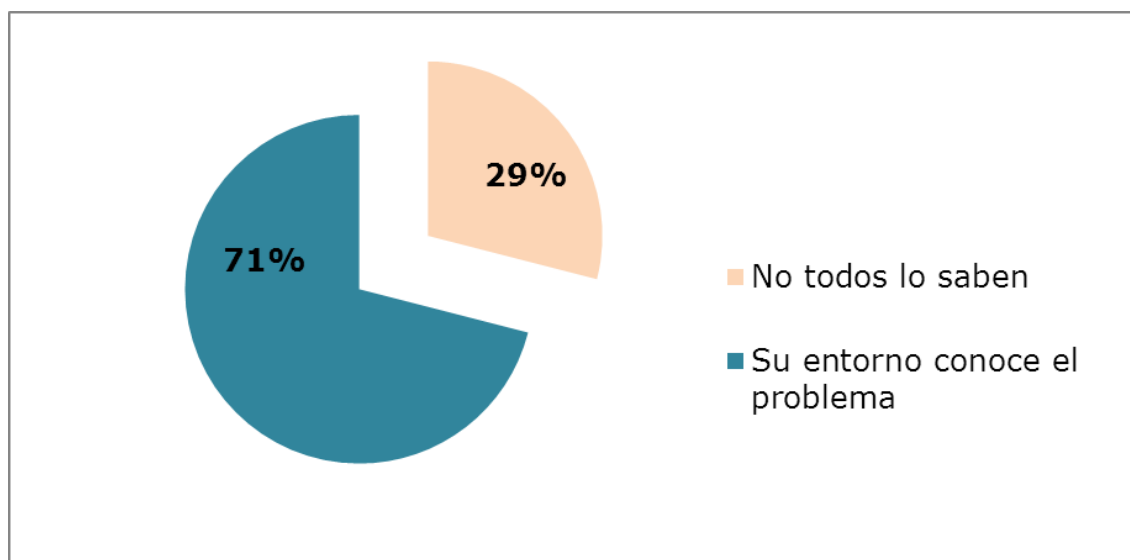
Figura 19. Tiempo que tardan en solicitar ayuda en ASAREX.



En relación al impacto emocional que ha causado su dependencia del alcohol en su entorno más próximo, el 71% reconoce que sus familiares y personas más cercanos son conocedores de su problema. En cambio, el 29% restante confiesa no haber hecho partícipe de su situación a todo su entorno familiar y social de ahí que tengan dificultades para estimar el impacto causado (Figura 20).

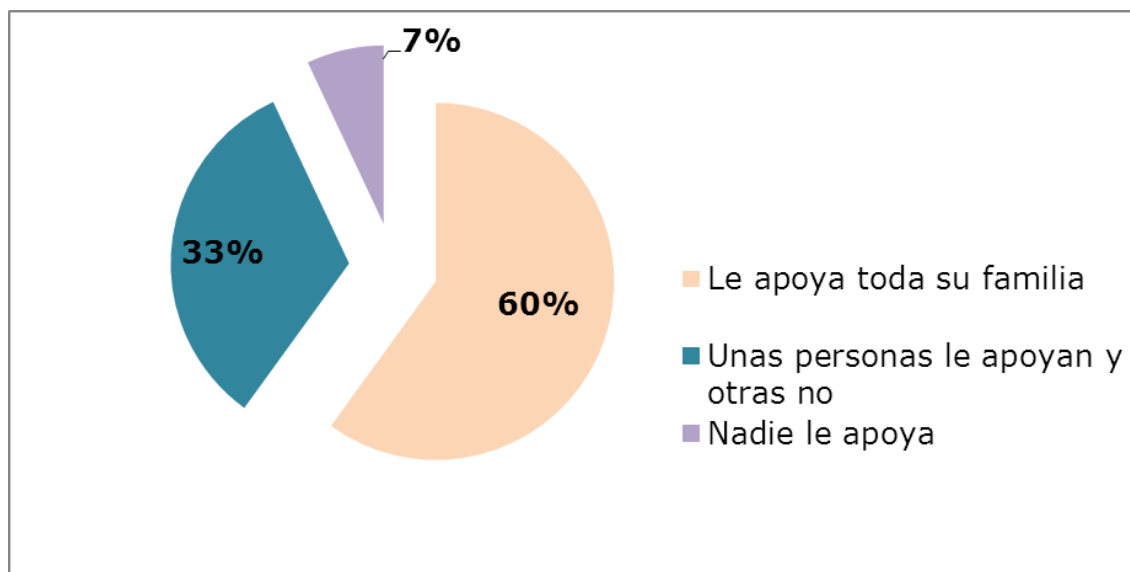
De ese 29% de las mujeres que alegan que su entorno no es conocedor de su problema, un 7% dice haber acudido sola al centro y, tras llevar tiempo en tratamiento, todavía nadie de sus familiares tiene constancia de que tiene problemas con la bebida y de que acude al centro. El 15% sostiene que algunos familiares sí que saben del asunto, pero otros no, ya que no sabe cuál sería su reacción y tienen miedo. Y el otro 7% restante dice que sus padres sí que conocen lo que le ocurre, pero que con el resto de su entorno lo lleva en silencio (con sus amigos).

Figura 20. Personas conocedoras de su problema con el alcohol.



En cuanto a si ha habido cambios en su ambiente familiar y social por haber acudido a tratamiento, el 60% cuenta con el apoyo de sus familiares y afirma no haber empeorado su relación con ellos. El 33% indica haber recibido apoyo por parte de algunas personas de su entorno, mientras que de otras no; y, por último, el 7% restante reconoce no contar con el apoyo de ninguna persona de su entorno familiar/social porque desconocen el problema (Figura 21).

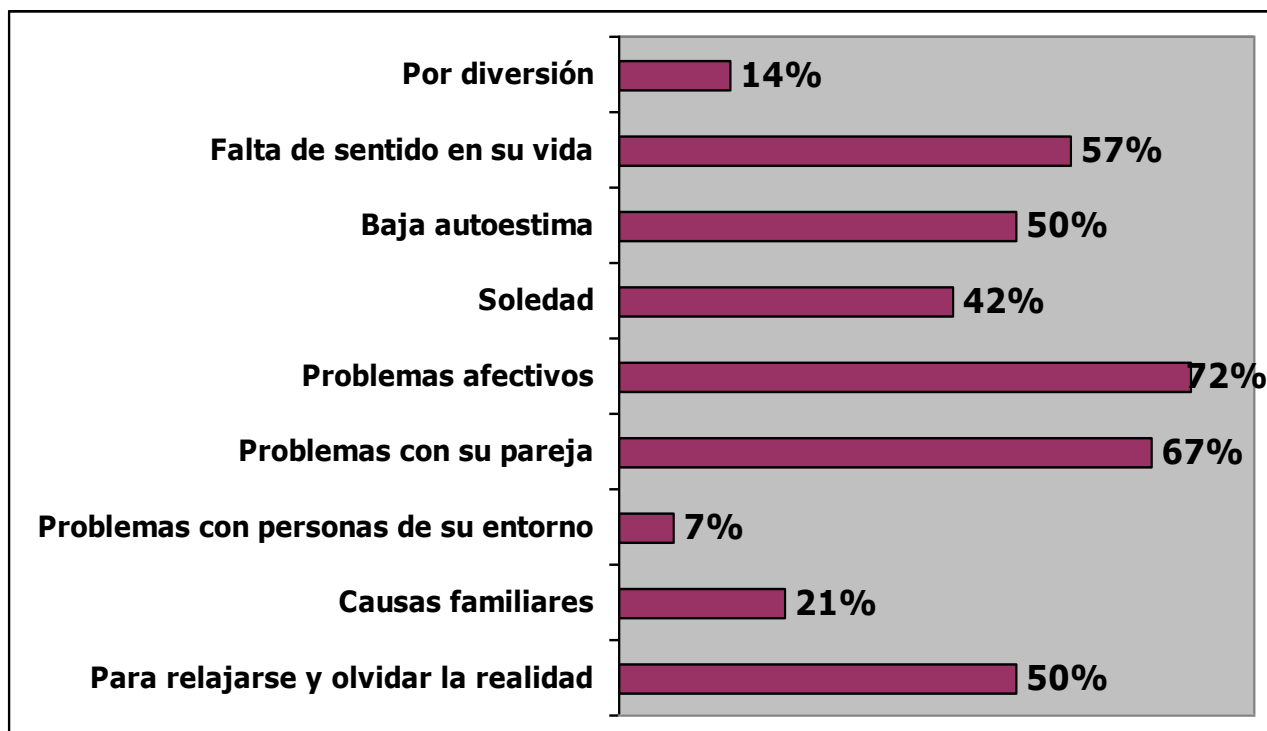
Figura 21. Personas que han mostrado su apoyo en relación con su alcoholismo



El 100% de la muestra está de acuerdo, al igual que los profesionales, en que el apoyo de sus parientes más cercanos es fundamental en el proceso de rehabilitación y para la superación de la enfermedad.

Al profundizar en las **causas de su dependencia alcohólica**, la información ofrecida por las mujeres entrevistadas fue enormemente variada. Entre las principales causas que éstas mencionaron destacan (ver Figura 22):

Figura 22. Causas principales por las cuales han consumido alcohol¹.



¹ Nota: La suma de los porcentajes es superior al 100% debido a que cada entrevistada podía señalar más de una opción.

- Causas familiares (malas o complejas relaciones con parientes cercanos, cargas familiares...)
- Problemas de relación con personas de su entorno social.
- Problemas con su pareja (relaciones poco satisfactorias, maltrato psicológico, constantes humillaciones, falta de afecto por parte de él, falta de entendimiento, etc.)
- Problemas afectivos (depresión, ansiedad, frustración, etc.)
- Soledad
- Baja autoestima, falta de decisión, etc.
- Falta de sentido en su vida, falta de ilusiones.

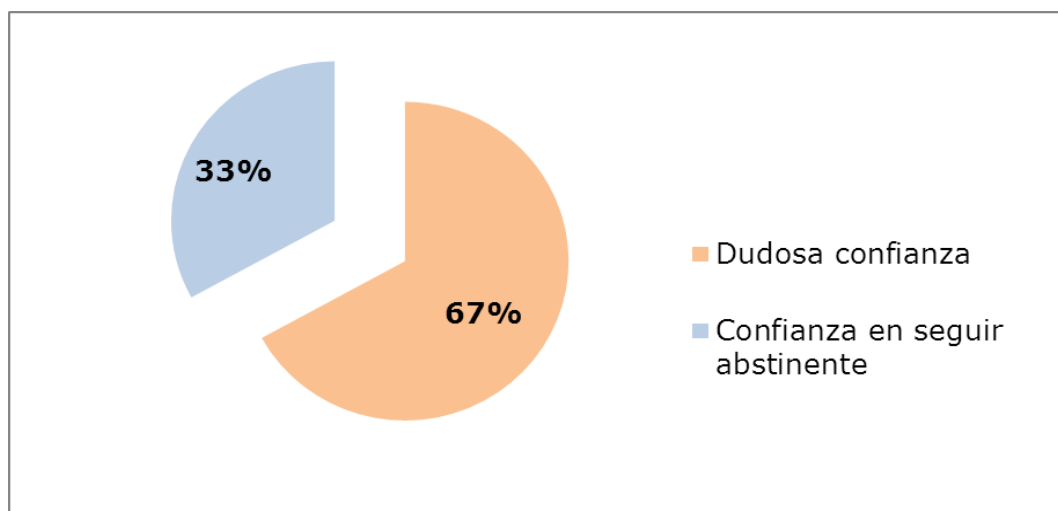
- Por diversión
- Para relajarse y dormir, para olvidar la realidad.

En Alcohólicos Anónimos también apreciamos que las causas son muy diversas y no se puede establecer unas específicas, debido a que cada persona tiene sus circunstancias y pueden beber por muchos factores, como serían los citados anteriormente: problemas familiares, con la pareja, inseguridades en sí mismos, etc.

En relación a sus perspectivas de futuro, cinco de las mujeres entrevistadas están ya rehabilitadas y se sienten con seguridad y fuerzas para seguir adelante y con la confianza de no volver a probar el alcohol. Siguen acudiendo a tratamiento porque aseguran que es beneficioso para ellas y que, además, pueden servir de ayuda a otras mujeres en su misma situación. De las otras 9, el 33% lleva algún tiempo sin beber y confía en seguir abstinentes y continuar bien el tratamiento.

En cuanto a sus expectativas de mantenerse abstinentes, el 67% no tiene la suficiente confianza en sí mismas de no recaer, ya que hace poco habían sufrido una recaída (Figura 23).

Figura 23. Expectativas de futuro respecto a su enfermedad.



5.2. Los profesionales y su intervención con usuarias con dependencia al alcohol en Zaragoza

A continuación se expone la información relativa a la intervención que ejercen los profesionales de los centros participantes en el presente estudio (Proyecto Hombre y ASAREX) con mujeres dependientes del alcohol. Con el fin de facilitar la comprensión de dicha información, se ha realizado un análisis interpretativo diferenciado de las entrevistas realizadas a las distintas profesionales de los centros (trabajadoras sociales y psicóloga).

5.2.1. Intervención de los profesionales del Centro de Solidaridad (Proyecto Hombre)

Dentro de este recurso, tal y como manifestó la psicóloga del mismo, sería eficaz intervenir con un plan de prevención que facilitase la detección e intervención temprana de esta problemática. Sin embargo, esto no está exento de dificultades pues, como ya hemos visto, este tipo de mujeres tiende a beber escondidas durante años antes de pedir ayuda profesional.

Destaca además que las mujeres llegan al dispositivo por distintas vías: centros de salud, psicólogos particulares, por recomendación de familiares cercanos, etc.

Dicho esto, es importante destacar que la intervención en Proyecto Hombre se divide en tres fases principales:

a) Primera fase: Contactar con quien reclama la ayuda

En esta fase se produce el contacto con la usuaria, con la familia, con el recurso que ha derivado el caso, o con el profesional correspondiente. Lo más frecuente es que sea la propia mujer la que solicite directamente la ayuda, tratando de evitar que se enteren sus personas más cercanas por el temor al "qué dirán". Por esto, es

fundamental que los profesionales ofrezcan a la mujer la confianza suficiente y se garantice su confidencialidad.

Como se ha comentado anteriormente, cuando la mujer acude a tratamiento suele llevar varios años bebiendo. Según la psicóloga de Proyecto Hombre:

"Esto se da por el hecho de que los prejuicios persisten a pesar de haber evolucionado la sociedad, es algo que provoca a las mujeres a encerrarse en sus casas, se esconden, se genera entonces una barrera muy grande para ellas y no buscan ni piensan en una solución, el venir aquí y encontrar nuestra ayuda es algo impensable".

Por otra parte, si es la familia la que solicita la demanda se le cita un día para establecer confianza, darse a conocer, y explicarles la forma de trabajo del centro. Especialmente difícil es conseguir la participación del marido de la mujer alcohólica, sobre todo porque con frecuencia es éste el que consume alcohol y ella quien le apoya para resolver el problema.

De lo que no cabe duda es que la familia es clave en el abordaje terapéutico del alcoholismo:

"Sin ninguna duda, los familiares son importantes en el proceso terapéutico. Son parte de la solución y del problema. Aunque los maridos con mujeres dependientes del alcohol casi nunca vienen aquí y es mucho más difícil el proceso terapéutico, en cambio las mujeres con hombres dependientes del alcohol siempre vienen y están dispuestas hacer lo que nosotros, los profesionales, les decimos." (Psicóloga del CSZ).

Los profesionales que están interviniendo con estas mujeres y su entorno son los responsables de orientar y derivar a centros especializados dando lugar a un tratamiento individualizado.

b) Segunda fase: Citar a la persona afectada.

En esta fase, es un profesional con experiencia (trabajador social, educador social, psicólogo...) el que cita a la persona afectada y se ocupa de llevar a cabo la demanda. Por un lado, se trabaja con la propia mujer, y por otro, el profesional va trabajando si así lo requiere con la familia más cercana.

Es en este momento cuando se lleva a cabo el diagnóstico del problema, esto es, qué pasa y cómo debemos ayudar. Por tanto, el diagnóstico consiste en exponer el caso tras los primeros contactos con la persona afectada, y realizar un informe elaborado por el equipo multidisciplinar haciendo referencia a todas las áreas (familiar, ocio y tiempo libre, etc.). Este informe será el punto de partida para el establecimiento de los objetivos terapéuticos y el abordaje integral de la problemática.

c) Tercera fase: Planteamiento de objetivos a través de las entrevistas individuales con la persona afectada.

Los objetivos van dirigidos al logro de la abstinencia (o la disminución del consumo en algunos casos), al manejo de la afectividad, los problemas que les ahogan, la mejora de la autoestima, etc. hasta el cambio en las actividades de tiempo libre.

Las entrevistas individuales y los grupos son una vez a la semana. Las mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de autoayuda deben de asistir a los mismos hasta su recuperación. Estos grupos son solo de mujeres y no está permitido el acceso a los hombres alcohólicos.

"Se trabaja con constancia tanto con ellas como con ellos, en tiempos anteriores el trabajo suponía el mismo y se llevaba a cabo grupos mixtos, pero las mujeres se sentían infravaloradas por los hombres o incluso se enamoraban y a los dos días recaían los dos por disputas y

peleas que tenían, y esto suponía un grave problema, por lo que en la actualidad pensamos y creemos que no son el mismo perfil de bebedor alcohólico y sus consecuencias son muy distintas, la mejor terapia es separar los grupos por géneros y edades y adoptar las mejores dinámicas para cada grupo” (Psicóloga del CSZ).

Dependiendo del grupo, en cada sesión se tratan unos temas concretos. Además, los grupos se refuerzan con entrevistas individuales.

“A veces están más de cinco meses sin probar una gota de alcohol y creen estar recuperadas de su problema, pero por un asunto preocupante, dañino para ellas, recaen y volvemos al principio. Es un continuo trabajo lo que se hace con ellas. Todas las mujeres que acuden al centro han tenido muchos intentos autolíticos, el sentimiento de culpabilidad y de depresión es muy alto”. (Psicóloga del CSZ).

En definitiva, el objetivo principal para los profesionales desde la perspectiva de lo social, sería según la psicóloga de Proyecto Hombre:

“Conseguir un proceso de autonomía y fortalecer su propio yo, adquiriendo unas habilidades y competencias, en su proceso personal”.

De manera más concreta, hemos querido detallar la **labor que desde el Trabajo Social** se realiza con las mujeres dependientes del alcohol que acuden a Proyecto Hombre. Según la información ofrecida por la trabajadora social de este centro, los usuarios del CSZ Proyecto Hombre necesitan desarrollar un itinerario de inserción. Por ello, se debe guiar a cada persona para que encuentre un espacio social y laboral donde puede sentirse útil y sepa desarrollar sus capacidades y habilidades.

La intención desde el centro es que, para cada usuario, se defina un itinerario de inserción sociolaboral y su respectivo acompañamiento en el proceso. Se han de tener en cuenta aspectos laborales, formativos, sociales, geográficos y otros ligados a la realidad de cada persona.

La **intervención** de la trabajadora social en CSZ gira en torno a los siguientes **objetivos**:

"- Analizar la situación de cada persona usuaria con el fin de conseguir una inserción social.

- Desarrollar un itinerario individualizado de objetivos a conseguir a corto y medio plazo.

- Acompañar el proceso de cada persona de forma educativa, evaluando los logros y las dificultades que vayan apareciendo.

- Educar y motivar a cada persona beneficiaria para una buena utilización del tiempo libre y orientarles en asuntos de salud, legales y laborales de manera que puedan ir dando respuestas a sus necesidades y a las diferentes situaciones que se vayan encontrando".

Por otro lado, en relación a las actividades que ella lleva a cabo en el centro, están las siguientes:

- Realización de entrevistas programadas, para posibilitar la elaboración de un diagnóstico de cada persona usuaria y un posible itinerario de inserción.
- Elaboración de historias sociales.
- Diseño, seguimiento y supervisión del itinerario social de los usuarios.

- Realización de seminarios informativos y formativos.
- Coordinación de talleres: se realizan acciones formativas prácticas que puedan favorecer la inserción de cada persona (entrevista de trabajo, currículum, uso básico del ordenador, etc.).
- Coordinación de grupos de trabajo donde se comparten las experiencias que cada persona va teniendo en el mundo laboral y en el ámbito social.
- Coordinación con los recursos y servicios externos que puedan formar parte del proceso.
- Coordinación y trabajo en equipo con el resto de los miembros del equipo para optimizar el proceso de los usuarios.
- Trabajo con las familias de los usuarios: diagnóstico de la situación familiar, elaboración del plan de trabajo con la familia y seguimiento del mismo.

5.2.2. Intervención de la trabajadora social del ASAREX

En ASAREX, el acceso de las usuarias se produce de manera inmediata y voluntaria, si bien en algunos casos las mujeres dependientes del alcohol acuden por presiones familiares o derivadas de otros recursos (ej., centros de salud).

A nivel general, la trabajadora social de ASAREX manifiesta que dentro de este recurso sus labores consisten tanto en atender aquellas necesidades sociales existentes, como en la posterior redacción de informes y desarrollar trabajos terapéuticos.

En cuanto al trabajo que lleva a cabo con las usuarias, comenta que este tipo de demandas siempre son atendidas por ella. Si en

algún momento se tiene que hacer mayor hincapié en algún aspecto concreto, acuden el resto de los integrantes de la asociación (coordinadores de grupo y otros).

"La acogida la hago yo, trabajadora social, allí observo cuál es la fase de las personas alcohólicas, trabajo con ellos varios días y cuando creo necesario tomo la decisión más adecuada para cada persona. Los grupos de familia lo lleva un marido de una usuaria alcohólica rehabilitada, lleva con nosotros muchos años. Y el grupo mixto lo lleva un voluntario. Las personas que trabajamos en este centro, somos todos internos, es decir, la única profesional soy yo, trabajadora social, luego los demás son personas que llevan en el centro muchos años con nosotros y conocen el problema."

El proceso de **intervención** en ASAREX consta de las siguientes fases:

a) Primera fase: recepción de la demanda, la cual puede provenir de diferentes ámbitos (propia usuaria, familias, recursos sanitarios, etc.).

b) Segunda fase: acogida e intervención de la usuaria consumidora a través de la realización de un tratamiento integral individual de la mujer. Asistencia en las terapias dirigidas a la usuaria y a la familia. Se realiza un seguimiento cada cierto tiempo para ver su progreso. En el tratamiento se aborda desde la dependencia física y psicológica hasta los problemas familiares y sociales.

c) Tercera fase: Acogida al grupo. En esta fase, una vez que la trabajadora social ha intervenido de manera individual con la mujer, le asigna un grupo que mejor vaya con sus características. Los grupos que se llevan a cabo en la Asociación son las siguientes:

- Grupos primarios mixtos: aquellos que acuden a la asociación por primera vez.

- Grupos veteranos mixtos: aquellos que llevan un largo tiempo consumiendo y que están en proceso de rehabilitación.

En ambos casos los grupos son mixtos, sin importar el género ni la edad.

"Se trabaja con constancia tanto con ellas como con ellos, en tiempos anteriores el trabajo suponía el mismo y se llevaba a cabo grupos mixtos, y actualmente creemos todavía en los grupos mixtos como terapia, trabajamos tanto con los usuarios como con los familiares en grupos separados. La dinámica que llevamos entre semana por las tardes con estos grupos son:

- *Lunes "entender la enfermedad": en este grupo son personas nuevas que todavía beben y se les explica qué problema tienen ellos.*
- *Los martes, se agrupan también hombres y mujeres ya veteranos que han superado la dependencia al alcohol y lo controlan de una forma más fácil"* (Trabajadora Social de ASAREX).

- Grupo de mujeres: está compuesto solo por mujeres, ya que, aunque creen que no existen diferencias de género y edad, reconocen que ellas se sienten cohibidas al hablar delante de los hombres.

"El tratamiento y el problema suele ser prácticamente igual. Nosotros, como he dicho antes, trabajamos con grupos mixtos porque creemos que los problemas que hay que tratar son los mismos o similares. Pero a diferencia al grupo de solo mujeres, se nota que ellas a la hora de hablar con ellos se reprimen y no empatizan con ellos.

La diferencia que hay entre los géneros es que ellas beben a escondidas y en solitario ya sea por timidez, miedos, etc.... Ellos suelen beber en los bares o locales, entre amigos, jugando a las cartas...es decir, para socializarse” (Trabajadora Social de ASAREX).

Al igual que sucedía en el caso de la información ofrecida por los profesionales de Proyecto Hombre, en ASAREX también creen que los familiares tienen un papel fundamental en este tipo de problemas:

“Mi teoría es que los familiares también están enfermos. Esto es un paralelismo: la única forma de recuperarse es que vengan las dos partes, sino no estamos haciendo nada” (Trabajadora Social de ASAREX).

En definitiva el objetivo principal para los profesionales desde la perspectiva de lo social, sería:

“Conseguir un resultado efectivo fortaleciendo a la mujer con los grupos de autoayuda, siendo un proceso personal” (Trabajadora social de ASAREX).

6. Discusión

Al principio del trabajo se ha hecho referencia al Informe Sobre Alcohol elaborado por la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2007), en el que se estimaba que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica. Aunque las cifras siguen siendo ligeramente dispares, autores como Gómez (2004), indica que la mujer ha conseguido igualarse con respecto al hombre en cuanto a los hábitos de consumo de alcohol, sobre todo aquellas menores de 30 años.

No obstante, como se ha comentado, las mujeres presentan una serie de factores etiológicos adicionales que aumentan el riesgo de padecer alcoholismo (Arostegi y Urbano, 2004).

La presente investigación se ha llevado a cabo para analizar el perfil de la mujer dependiente del alcohol en Zaragoza. Para ello, como ya hemos indicado en el análisis de datos, se ha contado con una muestra de 14 mujeres dependientes del alcohol que estaban en ese momento en tratamiento o lo habían estado. En concreto, 5 están ya rehabilitadas y llevan varios años sin probar la bebida. Las otras 9 todavía están en proceso de recuperación para dejar el alcohol; de hecho, algunas de ellas progresan a temporadas pero sufren recaídas. También obtuvimos un grupo abierto en A.A. formado por 9 hombres y 4 mujeres.

Con un rango de edad comprendido los 32 y 70 años, los resultados obtenidos en este estudio muestran que la mayor parte de ellas tienen hijos y viven con su pareja; más de la mitad tienen trabajo fuera de su hogar y todas ellas sienten una gran presión por la sociedad debido al estigma social hacia la mujer que todavía persiste en la actualidad. En todos los casos, la principal droga de consumo es, o ha sido, el alcohol.

La información obtenida indica que no parece existir una edad media típica en el inicio del consumo de alcohol entre las mujeres. Más de la mitad de las participantes han confirmado no haberse dado cuenta de ser consciente de su problema hasta que su alcoholismo estaba ya muy avanzado.

Según el Instituto de la Mujer (2007), la edad de inicio en el consumo de alcohol es un indicador muy importante para predecir una futura dependencia, pues se observa una clara relación entre la precocidad y el riesgo alcohólico. Por lo tanto, sería necesario trabajar en esta línea, tratando de retrasar al máximo la edad de

inicio en el consumo de alcohol a través, por ejemplo, de programas preventivos en las escuelas y la formación de los padres.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres del grupo 1 eran adultas de más de 30 años con un notable deterioro, habría resultado interesante analizar a mujeres más jóvenes y con una detección del problema en su inicio, pues el consumo de alcohol no afecta del mismo modo en todos los ciclos de la vida y el impacto social es diferente, es decir, cuanto más joven es la mujer que tiene el problema de dependencia, más “normal” Y “común” parece ser la dependencia entre ellas. Quizás por ello, en la muestra de mujeres participantes en el estudio apenas han sido incluidas mujeres de edad más joven.

Gómez (2004), apunta que el tramo de edad donde se da mayor consumo de alcohol está entre las jóvenes de 19 a 24 años, mientras que las que menos lo consumen son las mujeres de más de 55 años. Además, el comportamiento de consumo de alcohol es diferente según la edad de las mujeres, siendo, por ejemplo, las adolescentes quienes concentran un consumo exagerado los fines de semana. Se observa por tanto que pesar de que consuman más alcohol las jóvenes, las que solicitan ayuda son las mujeres de mediana edad. Esto puede deberse a que evidentemente, no todas las mujeres jóvenes que consumen alcohol tienen una dependencia, y a que, en comparación con el hombre, la mujer tarda más en acudir a tratamiento por múltiples factores (ej., estigma social).

Por otra parte, al analizar las características del consumo de alcohol, encontramos que sus reacciones frente a la adicción fueron diversas. En general, confirman mantener en secreto el problema que padecen hasta que por algún familiar o médico son descubiertas. Sólo en contadas ocasiones tienen la iniciativa de acudir a un familiar para

ver si de esta forma puede recibir apoyo o ayuda y no vivir el problema a solas.

En este caso, cuando analizamos los datos referidos al estigma social y connotaciones negativas de su alcoholismo, la mayoría de ellas, indicó haber llevado su problema en silencio durante mucho tiempo. En cuanto al porqué de beber a escondidas, explican que para ellas es más cómodo beber en casa a solas para relajarse, mientras que en sitios públicos tienen miedo a sentirse juzgadas, pues no es costumbre ver a una mujer bebiendo sola.

Como indican Arostegi y Urbano (2004), los profesionales coinciden al señalar que cualquier tipo de consumo está mucho más estigmatizado en las mujeres porque al adjetivo de "viciosas" se les une el de "mala madre", y así comienza un "suma y sigue" de descalificativos que contribuye a retrasar su demanda de tratamiento.

Además del sentimiento de culpa que genera el consumo, la percepción social agrava un estigma que en ocasiones por sí mismo, precipita la recaída en el proceso de mantenerse abstinente de la mujer alcohólica.

Ha existido socialmente una estigmatización del abuso de alcohol en las mujeres, el cual no ha disminuido hasta mucho después de la aparición del término de dependencia alcohólica. Aunque se ha ido facilitando el acceso a los tratamientos de los pacientes con problemas de alcohol, no fue hasta la creciente aparición de movimientos sociales de igualdad, cuando se normalizaron los tratamientos en centros públicos y las problemáticas específicas de las mujeres. Gracias a ello se ha conseguido una mayor atención hacia los programas de tratamiento para mujeres alcohólicas (Monras, 2010).

A pesar de todo, casi la totalidad de las mujeres entrevistadas en este trabajo afirman que les costó llegar al centro para solicitar

ayuda. Esto nos lleva a reflexionar sobre dos aspectos. En primer lugar, la muestra de mujeres participantes en el estudio son un claro ejemplo de los prejuicios y la estigmatización social que padecen las mujeres en el ámbito del alcoholismo. Normalmente se sienten solas frente al problema, beben en clandestinidad por el miedo a ser juzgadas y sienten que han fracasado por no llevar las riendas de su casa y de su familia. Por otro lado, también ellas han sido víctimas de las barreras existentes a la hora de acudir a pedir ayuda, ya bien sea a otra persona o en un centro, por distintas razones (ej., miedo a ser juzgadas, sentimientos de fracaso, etc.).

Por lo que respecta al estigma social, la información obtenida en el grupo permite llegar a varias conclusiones. En primer lugar, es fácil encontrar mujeres dependientes del alcohol que esconden su problema durante mucho tiempo hasta que, por diversas razones, se deciden a contarlo y a pedir ayuda. Aunque asociaciones como Proyecto Hombre, ASAREX o A.A. ponen a disposición de la población numerosos recursos, tanto materiales como humanos, muy útiles para aliviar los efectos de la dependencia alcohólica en las vidas de las usuarias y sus familiares, el miedo a pedir ayuda que todavía existe en nuestra sociedad dificulta que se soliciten estos recursos, tal y como se planteó en uno de nuestros objetivos. Ellas sienten un gran deber de la responsabilidad del cargo del hogar, y pedir ayuda puede suponer admitir que no están preparadas para afrontar la situación, un síntoma de debilidad, o la sensación de haber fracasado en la vida.

Por otra parte, respecto a los motivos que les hicieron plantearse acudir a los respectivos centros fueron principalmente la conciencia de la gravedad de su enfermedad y de los problemas que estaban acarreando en sus vidas. Generalmente, sus familias suelen

incentivarles a que acudan a ellos, lo que supone un factor de motivación muy importante.

Otra cuestión importante detectada es que, hoy en día, las personas siguen creyendo en ciertos estereotipos referentes al perfil de la mujer bebedora de alcohol, como por ejemplo el hecho de pensar que acudir a un tratamiento especializado es algo poco probable. Todas las mujeres entrevistadas coinciden al señalar que la cultura en la que vivimos influye a la hora de solicitar ayuda por el miedo al “qué dirán”.

El sentimiento de responsabilidad comentado anteriormente, se ha visto reflejado en el hecho de que las participantes han afirmado sentir el deber de cargar con la responsabilidad del hogar. Tanto en las entrevistas del grupo de mujeres, como en el grupo de discusión, se ha visto reflejado este sentimiento de responsabilidad, y aunque afirman ser conscientes de que ellas también pueden necesitar ayuda y que les sería beneficiosa para su propio bienestar, no llegan a hacerlo hasta que la situación es extrema, les supera y desborda. Es posible que si se tomara la iniciativa de pedir ayuda al comienzo del problema, la situación de la mujer en cuanto a las repercusiones que el alcohol ha ocasionado en su vida (repercusiones familiares, sociales, laborales, etc.) cuando llega a estas asociaciones, no fuese tan grave.

El apoyo familiar parece ser una variable clave de cara a superar la dependencia alcohólica. Casi todas las participantes del Grupo 1 contaban con el respaldo de sus familias, por lo que sería necesario investigar qué sucede en el caso de personas con pocos vínculos familiares o relaciones socio-afectivos. Es posible que estas mujeres tengan todavía más difícil el acceso a tratamiento, agravándose en consecuencia su situación física, psicológica y social.

En el estudio llevado a cabo por Arostegi y Urbano (2004), se señala cómo los profesionales señalan motivaciones distintas entre hombres y mujeres a la hora de iniciar el tratamiento y mantenerse en él. Según estos autores, parece que a los hombres les resulta más fácil el consumo, o que no se enfrentan a tantas situaciones de toma de conciencia del problema, por lo que muchos de ellos solicitan tratamiento cuando están inmersos en procesos judiciales, en prisión, etc. En el caso de las mujeres suele ser la presión familiar, el miedo a perder a sus hijos, la familia y, sobre todo, el miedo a perder a la pareja lo que les incita a iniciar el tratamiento. Ellas, cuando se han inmerso en el proceso terapéutico, tienen unos objetivos más realistas, se vinculan más a él, les impulsa el cambio de vida, aceptan mejor las responsabilidades. En cambio, los hombres dilatan más los objetivos finales y son menos realistas.

No obstante, los profesionales advierten que existe mayor deterioro físico y mental en las mujeres cuando solicitan ayuda. Llegan muy tarde a los dispositivos porque con frecuencia el problema está oculto; no les resulta fácil aceptarlo y solicitar ayuda. La mujer se inicia en el tratamiento por vergüenza, a ella le cuesta dar el paso mucho más, puesto que no le suele acompañar nadie. Cuando el hombre es el alcohólico suele ser su pareja la que le arrastra; cuando es en la mujer, el marido se desentiende.

En el caso de las mujeres en tratamiento por problemas de alcohol se señala que el estigma social que acompaña a este consumo es difícilmente soportable para ellas, lo que precipita el cese del proceso. Según Arostegi y Urbano (2004), "inicialmente participan menos en el tratamiento e intentan buscar identificaciones más que hablar de ellas mismas. Sin embargo, si establecen un buen vínculo con el tratamiento permanecen más tiempo en él" (p.56).

En relación a la información recabada sobre el tratamiento recibido y los recursos utilizados (Proyecto Hombre y ASAREX), nos encontramos que la duración del tratamiento ha sido enormemente variable según los casos. Respecto a los motivos que les hicieron plantearse acudir a los respectivos centros, son también diversos: médico, familia, pareja... Y ante la satisfacción con el tratamiento recibido, todas ellas indicaron estar contentas con su decisión de haber acudido allí y afirman haber conseguido resultados positivos.

Los resultados obtenidos en cuanto al impacto emocional que ha causado su dependencia del alcohol en su entorno más próximo, casi la totalidad de la muestra afirma que sus familiares y personas más cercanas son conocedores de su problema. En general, están de acuerdo, al igual que los profesionales, en que el apoyo de sus parientes más cercanos es fundamental en el proceso de rehabilitación y para la superación de la dependencia alcohólica.

Las principales causas que les llevan a beber han sido enormemente variadas: soledad, frustración, falta de sentido en su vida, relaciones de pareja poco gratificantes, falta de decisión, para llamar la atención (ej., que la atienda su marido), para intentar dormir y no pensar, acumulación de ansiedad (antes o después del alcoholismo), desasosiego, por diversión, falta de ilusiones, baja autoestima, etc. A veces, es la propia depresión o la ansiedad la que les lleva a abusar del alcohol o es el consumo de alcohol el que provoca la aparición de estas dos.

Por último, en relación a las perspectivas de futuro, más de la mitad de la muestra siente no tener la suficiente confianza en sí mismas de no recaer, quizás porque la última recaída había sido reciente. La otra parte, en cambio, se consideran rehabilitadas y se sienten con seguridad y fuerzas para seguir adelante, confiadas en no volver a probar el alcohol. Aun así, siguen acudiendo a tratamiento

porque aseguran que es beneficioso para ellas y que, además, pueden servir de ayuda a otras mujeres en su misma situación.

Por lo que respecta a los profesionales que trabajan con este tipo de población, de las asociaciones Proyecto Hombre, A.A. y ASAREX, nos gustaría destacar su importancia y dedicación.

Cabría destacar en este apartado las limitaciones y fortalezas de este trabajo, así como algunas posibles líneas de investigación que podrían desarrollarse en un futuro.

En cuanto a las limitaciones encontradas en el desarrollo del proyecto, la principal ha sido la limitación temporal. Contar con más tiempo en el diseño y la puesta en práctica del proyecto hubiese permitido contar con la participación de más personas, de grupos más heterogéneos y, en consecuencia, profundizar más a cerca de las barreras que limitan a las mujeres dependientes de alcohol a la hora de solicitar ayuda.

Por otro lado, quizás resultase interesante comparar el perfil de la mujer dependiente del alcohol con el del hombre que acude a tratamiento, en cuanto parecen existir notables diferencias que son relevantes para el tratamiento. Además, y a pesar de la dificultad de encontrar a mujeres jóvenes en este tipo de dispositivos, sería importante analizar las características de un sector más joven dentro de la población femenina alcohólica.

A pesar de las limitaciones y dificultades, quisiéramos finalizar este trabajo señalando algunos aspectos muy positivos que han contribuido a la realización del mismo. En primer lugar, la disponibilidad mostrada por los profesionales de los centros de rehabilitación ha contribuido a conseguir la muestra de participantes, así como su implicación al aportar información al proyecto. Por otro lado, en todo momento los participantes han mostrado una actitud

muy positiva, dedicando su tiempo y relatando sus experiencias personales, algo que sin duda les agradecemos.

La información obtenida en las entrevistas a las mujeres participantes enfatizaba, en la mayoría de los casos, la necesidad de información, comprensión, apoyo y calidad humana que tienen las mujeres que están padeciendo la dependencia a esta droga social. Se constata, por tanto, la necesidad de brindar mayor apoyo a este colectivo. No debemos olvidar que, aquellas personas que acaban de solicitar ayuda para su problema, intentando con ello aliviar en la medida de lo posible las situaciones de angustia, incertidumbre y sobre todo de miedo, han sido víctimas del estigma social existente.

Como se ha podido comprobar en las diferentes entrevistas realizadas, así como en el grupo de discusión, las experiencias con el personal de los centros son muy favorables. Aunque los protocolos y el funcionamiento varían según los centros, todos los participantes valoran satisfactoriamente el trato recibido. Una coyuntura económica como la que vivimos, en la que los recortes se han cebado especialmente con lo social, puede afectar negativamente a este sector. Creemos que esto se debe evitar por todos los medios.

BLOQUE IV. CONCLUSIONES

1. Mediante la investigación realizada a través de las entrevistas a mujeres alcohólicas en ASAREX y Proyecto Hombre, además del grupo abierto de Alcohólicos Anónimos, hemos podido corroborar que es cierto que existe un estigma social más acusado hacia la población femenina dependiente del alcohol. Mientras los hombres llevan con más "normalidad" su enfermedad alcohólica y beben normalmente en espacios públicos, las mujeres suelen beber en su casa que es donde más cómodas se sienten, pues tienen miedo a ser juzgadas por la sociedad si lo hacen en un lugar público. Sienten temor porque actualmente aún piensan que está peor visto que una mujer beba en comparación a un hombre, a la mujer todavía se le atribuye la labor doméstica y familiar, por ello, cuando es consciente de su problemática con el alcohol siente que ha fracasado y se ve sola frente al problema.
2. Siempre se ha considerado algo normal que los hombres bebieran, hasta el punto de ser una forma más de socialización. No obstante, no ha ocurrido lo mismo con las mujeres, pues su incorporación al consumo se ha dado en las últimas décadas. Las mujeres inician el consumo de alcohol a una edad más tardía (aunque en la actualidad se está igualando a la de los hombres); beben menor cantidad de alcohol, son menos tolerantes al mismo y, por lo tanto, muestran una mayor vulnerabilidad a sus efectos, corriendo más peligro de padecer daños hepáticos, cerebrales, enfermedades cardíacas, etc. Además, acuden a pedir ayuda cuando la dependencia ya está avanzada. En el alcoholismo femenino son más acusadas las consecuencias psicológicas (depresión, ansiedad, etc.), somáticas y familiares.

3. Las mujeres llegan más tarde a los centros a solicitar ayuda por el sentimiento de culpa y vergüenza que viven. El estigma social negativo que existe contribuye a que presenten un mayor deterioro físico, psicológico y social que los hombres.
4. El papel realizado desde el Trabajo Social con la población femenina alcohólica es clave para la rehabilitación de ésta. Tiene una labor muy importante a la hora de mediar entre la mujer alcohólica, sus familiares y el entorno social que les rodea. Por otro lado, también es básico el contacto con los recursos que se disponen en la comunidad, ya que probablemente tenga que hacer uso de ellos el paciente.

BLOQUE V. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Acero, C. (1995). *Trabajo Social y Alcoholismo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Alcohólicos Anónimos (2010a). *Alcohólicos Anónimos en su comunidad – Cómo funciona A.A. en su comunidad para ayudar a los alcohólicos*.
- Alcohólicos Anónimos (2010b). *Alcohólicos Anónimos para la mujer, ¿un problema con la bebida?*
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa: Una perspectiva de Salud Pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Arostegi E. y Urbano A. (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ávila, J. J. y González, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19, 383-392.
- Báez y Pérez de Tudela, J. (2007). *Investigación cualitativa*. Madrid: ESIC.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de Ena, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. y Zulaica, B. (2005). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Borrell i Carrió, F. (1989). *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma.

- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Córdoba, R., Robledo, T., Nebot, M., Cabezas, C., Megido, M. J., Marques, F.,... Camarellas, F. (2007). Alcohol, Vino y Salud: Mitos y Realidades. *Atención Primaria*, 39, 637-639.
- Díaz, R. M. y Gual, A. (2004). *Alcoholismo: del uso al abuso*. Barcelona: Morales i Torres.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: Guía práctica para el tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol, ¿placer privado o problema público?* Madrid: Narcea.
- Feuerlein, W. (1982). *Alcoholismo: Abuso y Dependencia*. Barcelona: Salvat.
- Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, Proyecto Hombre (2011). *Memoria*. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/Publicaciones.php>
- Gómez, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 83-98.
- Gómez, J. (2005). *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Barcelona-Valencia: Octaedro-Rialla.
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Aljibe.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. y Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

- Instituto de la Mujer (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres: Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares*. EDIS, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2000). El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. EDIS, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lázaro, S., Rubio, E., Juárez, A., Martín, J. y Panigua, R. (2007). *Aprendiendo la práctica del trabajo social, la entrevista y las habilidades de comunicación en el trabajo social*. Madrid: R.B. Servicios Editoriales.
- Macionis, J. J. y Plummer, K. (2008). *Sociología*. Madrid: Pearson Educación.
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 213-240.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 30 de febrero de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241544686_spa.pdf
- Monras, A. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22, 339-352.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2013). *Encuesta Domiciliaria sobre el Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rossell, T. (1989). *La entrevista en el trabajo social*. Madrid: Hogar del Libro.

Rossell, T. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 103-122.

Sánchez, L. (2009). *Drogas y Perspectiva de Género. Documento de género: Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Xunta de Galicia.

Trevithck, P. (2000). *Habilidades de comunicación en intervención social. Manual práctico*. Madrid: Narcea Ediciones.

WEBGRAFÍA

Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social: www.iassw-aiets.org/social-work-definiton-and-board-consultation

Página web del Plan Nacional Sobre Drogas: www.pnsd.msc.es

Página web de Alcohólicos Anónimos: www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp-

Página web de la Fundación Doctor Valero Martínez – ASAREX: www.asarex.org/quienes_somos.php

Página web del Centro de Solidaridad Proyecto Hombre: www.fundacioncsz.org/ProgramasContenido.php?Clave=1

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Consumo de alcohol durante los 12 últimos meses en estudiantes.....	23
Figura 2. Diferencias por género en el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses.....	24
Figura 3. Diferencias por género en borracheras durante los últimos 30 días.....	25
Figura 4. Prevalencia del consumo de drogas en España según género en los últimos 12 meses (población de 15 a 64 años en 2011-2012).....	27
Figura 5. Proporción de Consumidores en los últimos 12 meses según edad (%).....	27
Figura 6. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de 15 a 64 años de edad en los años comprendidos entre 1997 y 2011.....	29
Figura 8. Edades de inicio en el consumo de alcohol, según la tipología de bebedores.....	31
Figura 9. Organigrama de profesionales del CSZ.....	58
Figura 10. Programa Alcohol, mujeres atendidas durante el año 2012 (N = 35).....	62
Figura 13. Estado civil.....	75
Figura 14. Situación laboral.....	76
Figura 15. Edad de inicio de consumo de alcohol.....	77
Figura 16. Reacción frente a su adicción al alcohol.....	78