

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOL: ESTUDIO COMPARATIVO DEL MODELO FRANCÉS Y ESPAÑOL

Alumno: Juan Muñoz Gómez
Director: Luis Vilas Buendía

Zaragoza, julio de 2013



ÍNDICE

1. Introducción, presentación y justificación del trabajo.....	Pág. 3
1.1 Objeto del trabajo. Tema del mismo.....	Pág. 3
1.2. Metodología empleada.....	Pág. 6
1.2.1. La investigación en Trabajo Social.....	Pág. 6
1.2.2. Tipo de investigación utilizada.....	Pág. 8
1.2.3. Objeto de la investigación.....	Pág. 9
1.2.4. Sistemas de citas y referencias bibliográficas.....	Pág. 12
1.2.5. Hipótesis de la investigación.....	Pág. 13
1.3. Estructura del trabajo.....	Pág. 15
1.4. Dificultades del trabajo.....	Pág. 16
2. Fundamentación terminológica, conceptual y contextos de la investigación.....	Pág. 18
2.1. Fundamentación conceptual.....	Pág. 18
2.1.1. Definición de investigación social.....	Pág. 18
2.1.2. Ámbito de aplicación de la investigación: el alcoholismo.....	Pág. 20
2.1.3. Enfoque biopsicosocial frente a biomédico.....	Pág. 24
2.1.4. El enfoque sistémico.....	Pág. 31
2.1.5. Intervención familiar según el enfoque sistémico.....	Pág. 32
2.2. Contexto geográfico.....	Pág. 35
3. Desarrollo y análisis de la investigación.....	Pág. 40
3.1 Modelo español.....	Pág. 40
3.1.1. Prevención.....	Pág. 41

3.1.2. Tratamiento.....	Pág. 47
3.1.3. Alcohol y sociedad.....	Pág. 54
3.2. Modelo francés.....	Pág. 60
3.2.1. Prevención.....	Pág. 62
3.2.2. Tratamiento.....	Pág. 66
3.2.3. Alcohol y sociedad.....	Pág. 72
4. Valoración comparativa de algunos rasgos.....	Pág. 78
5. Conclusiones.....	Pág. 84
6. Propuestas de futuro.....	Pág. 95
7. Bibliografía.....	Pág. 98
Anexos.....	Pág. 107

1. INTRODUCCIÓN, PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

1.1 OBJETO DEL TRABAJO. TEMA DEL MISMO

El alcohol es un elemento cultural, es decir, forma parte de las costumbres sociales ya que, por ejemplo, en cualquier celebración o acto lúdico suele estar presente. Este hecho nos señala la realidad de que todos estamos familiarizados con las bebidas alcohólicas y estas son fáciles de adquirir en nuestra sociedad occidental; no existe una sensibilización que alerte de los peligros que puede conllevar la ingesta de esta bebida, como que este consumo "provoca la muerte de 2,5 millones de personas cada año en el mundo, casi el 4% de total de fallecimientos, por delante del sida, de la tuberculosis o de la malaria".¹

A pesar de que, en Aragón, actualmente se detecta un aumento considerable de casos de alcoholismo entre jóvenes y una mayor precocidad², nuestra sociedad presenta lo que se podrían denominar como factores de riesgo en la falta de "control" y comprensión de la gravedad del problema, sin perjuicio de la abundante información que se puede encontrar a nuestro alrededor. Es reseñable la poca importancia que, en general, se presta a una realidad que podría acentuarse en los próximos años si no se interviene debidamente.

Este Trabajo de Fin de Grado surge a raíz de la necesidad de analizar el modelo de atención, actuación y prevención frente a la dependencia alcohólica, para considerar si se debe realizar una adaptación adecuada a los cambios que se están produciendo. Se ha desarrollado en las ciudades de Zaragoza y Reims,

¹ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/15/actualidad/1329330336_508815.html, revisado el 4 de marzo de 2013.

² http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/aumenta-numero-de-menores-atendidos-por-consumo-de-alcohol-en-aragon_861133.html, revisado el 12 de junio de 2013.

a través de los aprendizajes adquiridos durante las prácticas realizadas el primer cuatrimestre de este curso 2012/2013 en la Fundación Doctor Valero Martínez, y también de la información recopilada en Reims, ciudad al norte de Francia que destaca por situarse en la región productora del champán (*Champagne-Ardenne*) donde cohabitan casi 80 bodegas de este vino blanco espumoso.

El objetivo principal del trabajo, como refleja el título del mismo, consiste en obtener una idea precisa del tipo de intervenciones que se desarrollan frente al alcoholismo tanto en España como en Francia. A lo largo de esta investigación voy a analizar y comparar las maneras de enfocar y concebir este problema presentes en sociedades como las de estos dos países. Así pues, como he señalado, la elección del tema en concreto se fundamenta en haber desarrollado las prácticas correspondientes al primer cuatrimestre del último curso de la carrera de Grado en Trabajo Social en el campo de la drogodependencia. Además, he pretendido relacionarlo con mi estancia el segundo cuatrimestre en Francia a través de la beca Erasmus y así aprovechar también esta experiencia para conocer otros enfoques de intervención y planteamiento.

De esta manera he considerado interesante realizar un estudio comparativo de las diferentes estrategias que se dan tanto en España como en Francia y relacionar ambas vivencias que han servido para formarme profesionalmente, a la par que he estudiado dos países en los que no existe un enfoque similar, siempre procurando aplicar el rigor académico que exige un estudio de estas características.

Ciertamente, hay bastantes limitaciones si se intenta establecer comparaciones entre los distintos países que forman la Unión Europea en materia del alcoholismo. En este sentido, Peter Anderson y Ben Baumberg

(2006)³ afirman que

“existen importantes dificultades a la hora de realizar estudios comparativos entre los diferentes países de la UE, debido a cuestiones metodológicas, de interpretación de los conceptos y, además, persiste una subvaloración del consumo de alcohol, en comparación con las ventas. (...) Dadas las diferencias que pueden encontrarse entre las diferentes fuentes, los autores recomiendan, para cualquier estudio, utilizar una y siempre la misma”. (p. 79)

He querido centrar el objeto de estudio únicamente en la droga del alcohol para evitar dificultades en el análisis de un campo demasiado amplio. Considero preciso acotar el ámbito de investigación a fin de conseguir no alejarme de mis razones principales de estudio, que provienen de haber trabajado principalmente con esta drogodependencia en la Fundación Doctor Valero Martínez.⁴

Además, este Trabajo de Fin de Grado pretende alejarse del planteamiento del problema desde un punto de vista exclusivamente sanitario o médico. Creo que el papel del trabajador social debería ser todavía más relevante y activo en materia de toxicomanías. En muchos casos, la sociedad aún percibe el alcoholismo estereotipadamente, como un fenómeno vicioso que solo preocupa en los casos más extremos, casos que por lo general son

3 Anderson P, Baumberg B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*.

4 Es conveniente matizar que en esta Fundación no solo se tratan aquellas personas que consumen dicha droga. Por ello es primordial la búsqueda del desencadenante del consumo del resto de estupefacientes para valorar si se da como consecuencia directa de la dependencia del alcohol o no, y de este modo intervenir o derivar el caso a otra institución que pueda actuar más atinadamente.

atendidos por la Medicina, sin tener en cuenta las otras dimensiones que se ven afectadas y las aportaciones que otras disciplinas pueden brindar.

Por otra parte, el papel de los medios de comunicación, tanto a la hora de informar como de interpretar los hechos relacionados con el alcohol, e incluso su presencia en los soportes publicitarios, distorsionan y condicionan a menudo la imagen que los miembros de la sociedad recibimos de este asunto. Es frecuente, por ejemplo, asociar al "borracho" (con toda la carga peyorativa y despectiva del término) a actitudes violentas, machistas, próximas a la delincuencia, etc. Al mismo tiempo, ciertas bebidas alcohólicas de alta graduación han gozado, gracias al cine, la literatura, la prensa y otros canales de difusión, de una visión sociológica positiva e idealizada, como si sus consumidores no sufrieran los mismos efectos y consecuencias que los otros bebedores.

Así, los creadores, periodistas y publicistas difunden sobre las personas dependientes del alcohol tópicos que son aceptados por la sociedad sin tan siquiera cuestionarse su validez o veracidad. Esto dificulta enormemente los intentos de concienciación a través de campañas que de manera periódica emprenden las instituciones locales, autonómicas, estatales y europeas.

1.2. METODOLOGÍA EMPLEADA

1.2.1 LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

Para poder llevar a cabo una buena investigación social y que tenga un resultado útil se deben conocer los aspectos que se tratan y hay que tener conciencia de los mismos. En el campo de la dependencia alcohólica creí pertinente adquirir conocimientos que no tenía previamente y estar al corriente de los distintos planes y modelos de actuación que se desarrollan en la actualidad, para obtener una imagen completa de la problemática que abarca

esta investigación.

Cuando analizamos la realidad social estamos adquiriendo un conocimiento de la situación en la que queremos intervenir. Con la adquisición de esta información podremos pasar a las distintas fases de la investigación e intervención, siempre con mayor eficacia. Por otro lado hemos de tener muy en cuenta que los trabajadores sociales, cuando estamos investigando, intentamos mirar con otros ojos los problemas de nuestro entorno y ser capaces de alejarnos de las ideas preestablecidas: "El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones... Ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobrentendido. Todo es un tema de investigación."⁵ (Taylor, S.J. y Bogdan, R., 1988,p. 3). Para ello se ha de actuar dinámicamente y hay que estar informados día a día de lo que acontece, ya que la sociedad está cambiando constantemente y la percepción de la realidad no siempre es la misma para todos.

Los métodos y técnicas de la investigación tienen que ser conocidos y aplicados convenientemente por los trabajadores sociales. Las razones y finalidades son varias:

- Para subsanar errores que pueden darse en algunas investigaciones y mostrárselos a la sociedad, y así evitar imágenes incorrectas.

- Por discriminar aquellas investigaciones que no utilizan una metodología adecuada y por ello no pueden servir para una buena intervención.

- Para mostrar que los servicios que se ofrecen tienen un fondo científico

5 Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1988). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

y una utilidad y aplicación eficientes.

- Y sobre todo, para que los trabajadores sociales tengamos una base científica real y en la praxis profesional de nuestras actuaciones seamos capaces de aplicar los contenidos investigados. Las investigaciones no sirven únicamente para plasmarlas en estudios sino también para aplicar sus resultados en busca de una eficiente aportación.

1.2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN UTILIZADA

El enfoque que he utilizado en esta investigación es cualitativo. Me he basado en la consulta de bibliografía⁶, mayoritariamente española y francesa, relacionada con las drogodependencias, en especial con el alcoholismo, las redes sistémicas, los modelos de intervención, y los distintos planes de actuación; también ha sido muy importante la información recogida de primera mano durante las prácticas. En cuanto a estas, se pueden concretar en las siguientes actuaciones:

- Observación atenta de las actitudes, las experiencias y la vida, tanto en el local de ASAREX como en el de la ANNPA⁷, de las personas que desean abandonar su dependencia; así pude recopilar abundante información sobre otra perspectiva del alcoholismo. Se trataba sobre todo de lograr la confianza de los hombres y las mujeres que acudían a la sede de la asociación y que me vieran como un colaborador más.

- Entrevistas con los usuarios y familiares en el despacho de la trabajadora social de ASAREX. Tuve la oportunidad de interactuar con ellos y hablar sobre su relación con el alcohol para evaluar cuáles son las situaciones

⁶ En la Fundación ASAREX de Zaragoza y en sus homólogas de Reims se me facilitó material bibliográfico más o menos reciente.

⁷ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, Reims.

familiares, económicas, sus estados anímicos, avances, posibles recaídas, etc.

- Dinámicas de grupo en la que a través de la participación de pacientes y exdependientes se refuerza la rehabilitación, se da apoyo y se resuelven dudas y problemas, siempre buscando la empatía y comprensión entre los asistentes.

- Reuniones interdisciplinarias con los distintos profesionales y/o voluntarios de la Fundación cuando fue necesario para realizar el seguimiento de ciertos casos. En ellas se examinaban las "amenazas o debilidades" del paciente y se buscaba la correcta línea de intervención que se debía seguir para alcanzar su rehabilitación.

1.2.3. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Cómo se plantea y diseña una investigación social. Primeras tareas y fases de la investigación.**

En los trabajos basados en investigaciones se requiere una planificación precisa de todas sus fases. La investigación es un proceso complejo. Por esto es conveniente que en primer lugar se diseñen las primeras líneas de actuación que se necesitan realizar (y que se presenten como primordiales ya en el inicio de la misma). En este apartado, como en otros, me fue muy útil la guía elaborada por el profesor de nuestra facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Luis Vilas (2012). A partir de aquí, señalaré y comentaré brevemente cuáles son estas tareas:

- **Planteamiento general, formulación del problema y de sus objetivos.**

Mi investigación surge a raíz de la colaboración en la Fundación Doctor

Valero Martínez (ASAREX), durante el período de prácticas de la carrera de Trabajo Social y en relación a los objetivos del Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza.

Tanto a través de cuestiones que me surgieron mientras colaboré en la institución y observé sus métodos de trabajo, como por mis inquietudes profesionales de dar respuesta a realidades que se me planteaban y presentaban, acordé que mis líneas de investigación se orientarían a las posibles necesidades futuras de readaptar los modelos de intervención hacia una perspectiva que incluya el factor ambiental y sistémico. Considero que estos son agentes muy importantes tanto en la detección de la adicción como en su rehabilitación. Además, aprovechando mi estancia de unos meses en Reims (Francia) valoraría los enfoques y modelos de actuación que se dan allí para establecer una comparación que fundamentara el Trabajo.

Fueron necesarias dos sesiones, una con el tutor del Trabajo de Fin de Grado Luis Vilas, y otra con M^a Ángeles Calvo Ezquerra, trabajadora social de ASAREX, para delimitar los distintos objetivos que quería alcanzar en la investigación que he llevado a cabo, y para orientar mis pretensiones y obtener una formulación de fines y problema claros. Frecuentemente se dice que un problema bien formulado es un problema semirresuelto.

- **Qué investigar, formulación de los objetivos**

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

- Analizar el plan de intervención español y el francés para realizar una comparativa de los modelos de actuación y valorar las posibles diferencias de cada uno.
- Identificar si existen variaciones notables en las necesidades actuales

de la población que guíen actuaciones futuras en la prevención del alcoholismo.

- Conocer las distintas entidades que existen tanto en Zaragoza como en Reims que trabajen con colectivos de dependientes del alcohol, es decir, analizar las diferentes estrategias y fundamentos que se llevan a cabo en las instituciones.
- Presentar una alternativa a la prevalencia biomédica y ser capaz de iniciar un cambio en el enfoque, que comprenda los factores externos y la rama sistémica, para subrayar el papel importante de una intervención más amplia y una mayor presencia de elementos no valorados habitualmente.

- **A quién investigar, la población o universo**

La investigación está centrada en el colectivo de las personas alcohólicas y sus familias. En el capítulo 2 abordaré la delimitación conceptual del término "alcohólico" y el contexto de aplicación. No obstante, me gustaría aclarar que un problema fundamental es el de las edades que se analizan, porque son muy diferentes las perspectivas en función de que estemos abordando la prevención en adolescentes o el tratamiento en personas jóvenes y/o adultas que ya sufren la dependencia.

- **Cuándo, acotación temporal**

La recogida de datos se inició a principios de octubre de 2012 en Zaragoza y finalizó a finales del mes de junio en Reims; paralelamente se fue estableciendo el marco teórico. En los días posteriores se terminó de realizar el análisis e interpretación de los datos, sus relaciones con la teoría utilizada así

como las conclusiones de la investigación.

- **Por qué, para qué; significado e interés del tema seleccionado**

A lo largo de la historia el alcohol se ha encontrado presente en todas o casi todas las sociedades, de la misma forma que la dependencia se ha desarrollado únicamente en ciertos individuos.

El interés del tema reside en que la visión del alcohol que tiene la mayoría de la población en la actualidad no hace justicia a los riesgos y peligros que acarrea su consumo. Su fácil acceso y su barato coste hacen de él una droga que se debe tener muy en cuenta a la hora de diseñar modelos de prevención.

Un repaso rápido a las noticias que se vienen publicando en los últimos tiempos describe un panorama preocupante, porque la mayoría de las veces tienen por protagonistas a los jóvenes, como se puede apreciar en estos tres titulares recientes extraídos aleatoriamente: "Alcohol y menores, un peligro"⁸, "Los expertos alertan de un aumento de consumo de alcohol en mujeres y adolescentes"⁹, "Los padres luchan contra la permisividad del consumo de alcohol entre menores"¹⁰.

1.2.4. SISTEMAS DE CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A lo largo del Trabajo de Fin de Grado, el sistema de citas utilizado se ha basado en las normas internacionales APA (American Psychological

⁸ <http://www.abc.es/toledo/ciudad/20130628/abci-menores-alcohol-201306281204.html> , revisado el 30 de junio de 2013.

⁹<http://www.20minutos.es/noticia/1857863/0/prevencion/consumo-alcohol/adolescentes-y-mujeres/>, revisado el 28 de junio de 2013.

¹⁰ http://www.eladelantado.com/noticia/local/175547/los_padres_luchan_contra_la_permisividad_del_consumo_de_alcohol_entre_menores, revisado el 13 de julio de 2013.

Association), concretamente las de la sexta edición, que se han ido generalizando en la mayoría de las universidades para obtener así una uniformidad y un rigor académico y científico propios de investigaciones de esta naturaleza.

En cuanto a las referencias bibliográficas, también he seguido las directrices que rigen las normas anteriormente citadas. Cabe destacar que la gran mayoría de documentos consultados se encuentran en formato digital. Esto es debido a que, como ya he dicho, una parte del trabajo ha sido realizada durante mi estancia en Francia y no podía acceder fácilmente a la bibliografía en formato papel. No obstante, es cierto que en los últimos tiempos se está imponiendo la difusión de los textos científicos y universitarios a través de Internet tanto o más que a través de los libros tradicionales. Un ejemplo de esta situación lo encontramos en nuestra propia Universidad con la herramienta virtual Zaguán.

Tanto en los diferentes apartados metodológicos y de estructura, como en la inclusión de citas y la consulta de fuentes y referencias bibliográficas, me ha sido de gran ayuda el documento *Guía para realizar una Investigación para los alumnos de la Asignaturas del área de Sociología, Grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza* del profesor Luis Vilas Buendía.

1.2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Como punto de partida, etimológicamente la palabra *hipótesis* tiene su origen en el griego. Procede de la unión de *thesis*, que significa 'lo que se pone' e *hipo* que significa 'debajo'. Literalmente es, 'lo que se pone debajo' o se supone. Son suposiciones.

Steve Taylor y Robert Bogdan, citados por J.L. Álvarez -Gayou¹¹ (2003), enuncian un decálogo de la investigación cualitativa. La característica número 6 afirma que para el investigador cualitativo todos los enfoques son válidos con el fin de obtener información, ya que en este tipo de estudios lo que se busca es la comprensión del problema de manera holística.

En las primeras fases de mi trabajo, al reflexionar sobre el objeto de la investigación se me plantearon muchos interrogantes. Mis respuestas eran meras conjeturas porque todavía no había realizado el trabajo de campo en Francia ni me había documentado bibliográficamente de manera rigurosa. Pero tenía claro que debía encarar el estudio intentando contrastar la información que obtuviera en los dos contextos, el español y el francés, para conocer y entender las diferentes estrategias relativas al alcohol.

Así pues, las suposiciones previas o hipótesis que se han formulado desde el principio son:

- Existe una excesiva importancia de la perspectiva médica en los casos francés y español.
- La intervención profesional del trabajador social es prácticamente inexistente
- En cuanto a la prevención del consumo de alcohol, se puede apreciar una visión "resignada", que acepta la derrota frente a las drogas, en las campañas de los distintos planes.
- Se insiste demasiado en la actuación individualizada frente al "enfermo", y no se adopta una estrategia sistémica que implique a sus

¹¹ Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer una investigación cualitativa: fundamentos y metodología*.

redes de apoyo más cercanas.

1.3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El índice detalla las partes que contiene este trabajo de investigación. He considerado pertinente ceñirme a las pautas orientativas que figuran en el documento *Directrices sobre metodología* que se puede encontrar en el portal web de la Facultad.

Solo he introducido alguna pequeña variación añadiendo ciertos epígrafes que no aparecen en el citado texto, pero que a mi juicio son relevantes para concretar ciertos aspectos de la investigación. Se trata, por ejemplo, del apartado siguiente.

En el primer epígrafe general se ha glosado la elección del objeto de estudio. Seguidamente, se ha pormenorizado la metodología, objetivos, instrumentos y herramientas aplicados a la investigación. Se han descrito las normas utilizadas para las citas y bibliografía y después se han tratado las hipótesis y limitaciones que se han ido encontrando en la elaboración del trabajo.

A continuación, se han concretado las delimitaciones terminológicas y teóricas que han servido de base para obtener progresivamente datos y conclusiones. Asimismo, se han descrito los marcos espaciales y sociológicos en los que se sitúa el análisis.

En la tercera parte, se ha profundizado en la exposición de los datos obtenidos en España y en Francia en cuanto a la prevención y el tratamiento de la dependencia alcohólica y a la relación entre el alcohol y la sociedad, y se han interpretado esos hechos.

Por último, se han comparado los dos países, se han contrastado las hipótesis iniciales, se han extraído conclusiones que reflejan los resultados del trabajo y se han propuesto medidas de mejora. Se completa con el índice bibliográfico y los anexos.

1.4 DIFICULTADES

Como se ha indicado, el método empleado sigue los parámetros de la investigación cualitativa. Esto se debe a que hay pocos datos en torno a la comparación de las actitudes frente al alcohol que se dan en los dos países.

Otro obstáculo ha sido el idioma francés que obligaba a traducir constantemente, sobre todo en los encuentros con las personas responsables en las instituciones visitadas, y en menor medida los documentos facilitados por ellas.

Ya se ha hablado en un apartado anterior de los impedimentos para consultar bibliografía "física" en las bibliotecas que uno encuentra cuando realiza un informe de estas características en otro país; del mismo modo, resulta complejo mantener contacto a distancia, a pesar de las nuevas tecnologías de la comunicación, para avanzar en el desarrollo del Trabajo de Fin de Grado. No obstante, se han podido subsanar algunas de estas trabas parcialmente, gracias a la buena predisposición y motivación por obtener una investigación digna ante un tema que me interesa especialmente.

También podría cuestionarse que la elección de una muestra representativa en número y calidad de informantes garantizará siempre la mayor fiabilidad de los resultados. Con todo, es obvio que siempre entraña complicación añadida la selección de las personas a quienes acudimos en busca de referencias. Además, "en la investigación cualitativa no interesa la representatividad; una investigación puede ser valiosa si se realiza en un solo

caso (estudio de caso), en una familia o en un grupo cualquiera de personas” (J.L. Álvarez-Gayou, 2003, p. 11). Esto no significa que se haya recurrido a un solo testimonio, por supuesto, pero sí que se ha intentado exprimir al máximo la información que proporcionaba cada sujeto, en aras de una mayor profundización.

2. FUNDAMENTACIÓN TERMINOLÓGICA, CONCEPTUAL Y CONTEXTOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. DEFINICIÓN DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Ezequiel Ander-Egg¹ (1995) establecía con claridad la mutua dependencia entre los dos apoyos que ha de utilizar cualquier investigador: "Teoría e investigación no son elementos contrapuestos porque la teoría que no se basa en la realidad degenera fatalmente en especulación arbitraria sin contenidos concretos. La investigación sin los 'iluminantes contactos' de la teoría acumula hechos sin darle significado alguno" (p. 13).

Esa reciprocidad entre los conceptos y los datos empíricos es imprescindible para que cualquier estudio social tenga rigor y coherencia. En las llamadas "ciencias puras" la relación entre los dos ámbitos siempre ha estado presente; pero en las ciencias humanas existe el riesgo de la dispersión. La realidad que se examina en ellas es muy heterogénea, y se hace precisa una base teórica muy clara para no perderse ante la acumulación de hechos.

Por consiguiente, los resultados de cualquier trabajo en torno a lo social están muy condicionados por la elección del marco conceptual. A pesar de eso, las ideas que se adoptan como referente no necesariamente imponen su despotismo a lo largo del trabajo. En cualquier proceso de investigación es bastante frecuente que se den giros, descubrimientos inesperados, excepciones, etc., y el investigador ha de ser abierto y flexible. Los datos que se van recogiendo no están al servicio de la teoría, sino que esta se

¹ Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de una investigación social*.

retroalimenta e incluso se puede llegar a modificar según va contrastándose con aquellos.

Pese a todo, existen algunas dificultades para delimitar en qué consiste la investigación en Trabajo Social. Estas dudas surgen a la hora de responder a las cuestiones de cuáles deben ser la función, la finalidad y los perfiles que se han de investigar.

Ciertos autores parten de un mismo punto de vista restrictivo, ya que solo tienen en cuenta los estudios en los que la finalidad es la identificación de los problemas sociales. Pero ya Mary Richmond, una de las pioneras del Trabajo Social, defendía la conveniencia de "entender que sin investigación no se hace Trabajo Social, ya que ninguna acción profesional es válida, si previamente no conocemos científicamente el problema que queremos resolver" (citada por Arteaga, 2006, p.3).²

En la misma línea, J. F. Tezanos reafirma la necesidad de compaginar las dos facetas, la abstracción y la concreción, sin que prevalezca una sobre la otra: "Como en tantas ocasiones, la práctica cotidiana ha ido por delante de la conceptualización académica, y ahora es necesario restablecer el equilibrio para impulsar el desarrollo riguroso de la investigación" (citado por Marco, p. 2).³

Se puede decir que la investigación en Trabajo Social no solo va orientada a conocer el fenómeno que nos interesa, sino sobre todo a las diversas intervenciones y concepciones que se pueden adoptar y en las que se aplica de manera práctica la información obtenida.

El papel del investigador social va más allá, por tanto, del estudio

2 Arteaga, C. (s.f.). *La investigación como estrategia de intervención del Trabajo Social*.

3 Marco, M. (2010). *Consideraciones en torno al concepto de exclusión social (revista Acciones e Investigaciones Sociales)*

estrictamente científico; no se limita a mirar y tomar notas. Se espera de él una implicación mayor y un compromiso que le hagan formar parte de la realidad concreta que está observando. García, Gil y Rodríguez⁴ (1996) sostienen que

“La investigación cualitativa se desarrolla básicamente en un contexto de interacción personal. Los roles que va desempeñando el investigador y los elementos de la unidad social objeto de estudio son fruto de una definición y negociación progresiva. De esta forma, el investigador va asumiendo diferentes roles (investigador, participante) según su grado de participación” (p. 74).

De este modo sus conclusiones suelen tener un componente empático con el colectivo al que se dirigen las indagaciones, e incluso pueden derivar en un cierto grado de búsqueda de mejora de la situación, aunque ese objetivo desborde sus posibilidades y afecte a instituciones superiores, generalmente de orden político.

2.1.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: EL ALCOHOLISMO

En este apartado se está repasando la terminología técnica del objeto de estudio. A lo largo de la investigación se han usado o se van a utilizar conceptos que en primera instancia podría parecer que tienen un tinte peyorativo o ambiguo, si tenemos en cuenta las directrices en cuanto a nomenclatura que la OMS ha dado para referirse al consumo del alcohol⁵.

4 García, E. Gil, J. y Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*.

5 Las recomendaciones de la OMS sobre el uso de palabras y expresiones relacionadas con las drogas se pueden encontrar en *Glosario de términos de alcohol y drogas*, publicado por el

El empleo de términos como “alcoholismo”, muy extendido en la lengua coloquial e incluso en escritos científicos, posee a veces un matiz estigmatizante; su uso en este trabajo pretende evitar la repetición excesiva del sintagma “dependencia alcohólica”, que es el recomendado por dicho organismo internacional, a fin de favorecer la lectura y comprensión del tema que se trata. Y lo mismo ocurre con “alcohólico” frente a “persona dependiente”. Por descontado, cuando se habla de “alcohólico”, el masculino es una palabra genérica que incluye a los dos sexos. En cualquier caso, en el apartado siguiente, donde se abordan tanto el enfoque biomédico como el biopsicosocial, se realizará una aproximación más concreta a las expresiones que se deberían abandonar.

Cuando hablamos de alcohol en este texto en realidad nos estamos refiriendo al etanol (C_2H_5OH) y a todas las bebidas donde este se encuentra. Para que una bebida sea considerada alcohólica, ha de tener un contenido de alcohol igual o superior a 1,2 grados. Esta cantidad es la que se toma como referencia para los impuestos, por ejemplo. Y también está en el origen de algunos equívocos sobre las llamadas “bebidas sin” que, como se verá más adelante, no son recomendables en los procesos de rehabilitación y en la abstinencia.

Los médicos empezaron pronto a emplear el alcohol-etanol como desinfectante y para el tratamiento de algunas dolencias. Pero su consumo excesivo fue visto históricamente como un vicio condenado por la mayoría de las sociedades, para pasar a ser considerado una enfermedad más recientemente.

En la actualidad conviven las dos perspectivas. Sin perder su dimensión moral, se ha abierto paso y se ha impuesto el dominio de la Medicina en todo lo relacionado con el alcoholismo. Así, las investigaciones se han centrado casi

Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008.

siempre en los efectos tóxicos y en las encefalopatías (psicopatologías) provocadas por el uso desproporcionado y continuado de esta sustancia.

Con el paso del tiempo ha ido evolucionando el concepto de la enfermedad: hubo periodos en que tenían más fuerza las teorías en las que prevalecían los factores genéticos y hereditarios, después primaron otros aspectos médicos, y hoy se considera al alcoholismo como el resultado de muchos factores, no solo personales sino también sociales, entre los que se da mayor relieve a la permisividad, el acceso fácil (a pesar de las prohibiciones legales) para los menores, el prestigio cultural de ciertas bebidas, las costumbres que se han ido consagrando en torno al ocio y lo lúdico, etc.

No cabe ninguna duda de que el alcoholismo es un problema de salud para el bebedor, pero también es un problema social que afecta a la familia, al trabajo, a las leyes, al entorno próximo y al general.

Una de las manifestaciones más claras de la gravedad del consumo es la pérdida progresiva de la autonomía de la persona que ingiere bebidas alcohólicas. Es lo que se denomina "dependencia".

Este estado se reconoce como un conjunto de reacciones físicas y psíquicas, a consecuencia del consumo desmesurado y constante de una droga, cuyos síntomas más acentuados son la incapacidad para refrenar los deseos de beber, y la pérdida total o parcial de responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones y compromisos familiares, laborales y sociales.

El proceso por el cual una persona se hace alcohólica es paulatino. Nadie quiere ser alcohólico de manera intencionada y con todas las consecuencias. Pero cuando el consumo degenera en abuso, el abuso desemboca muchas veces en la dependencia. En los intentos por averiguar cuál o cuáles son las

circunstancias que se encuentran en el origen de esa transformación, han vuelto a cobrar fuerza las ideas deterministas, frecuentes por ejemplo en la novela naturalista del siglo XIX, que señalaban a la influencia del medio y de las leyes hereditarias como principales causas del vicio que trastornaba a muchas personas. En los últimos años “se ha profundizado mucho más que en periodos anteriores, en el conocimiento de la genética de los trastornos relacionados con drogas”⁶ (Torres, Santodomingo, Pascual, Freixa, Álvarez, 2009, p. 76).

Tampoco se debería caer en la simplificación y en el estereotipo, muy extendido en otras épocas, que asociaba al alcoholismo con las clases bajas y con los individuos en riesgo de exclusión de la estructura social. Es difícil que hoy encontremos aseveraciones como las que se escucharon en 1914, durante la IIª Internacional, donde Vandervelde y Wurm sostenían que

“Entre las causas de la afición a la bebida podemos destacar la miseria y la falta de expectativa del proletariado, señalando los bajos ingresos del proletariado como origen de una alimentación monótona e insuficiente lo que les llevaba a buscar en el alcohol un medio de enmascarar la insipidez misma o de hacerse la ilusión de saciarse, que solamente una alimentación normal podría realmente darles” (citados por Álvarez et al. 2009, p. 15).

En la definición del concepto de alcohol no se puede pasar por alto su consideración como droga. Es un asunto controvertido; a pesar de que la Organización Mundial de la Salud incluyó el “uso nocivo del alcohol” en la

⁶ Álvarez, C., Freixa, F., Pascual, F., Santodomingo, J., Torres, M.A. (2009). *Historia de las adicciones en España contemporánea*.

categoría de las drogas y ha alertado de sus peligros y efectos muy negativos en la sanidad de los países, todavía existe en la sociedad la creencia de que solo son drogas las que aparentemente tienen consecuencias más “duras”⁷ en la salud de las personas, como la cocaína o la heroína, es decir, las *ilegales*.

Pero hay consenso entre los científicos, tanto de la Medicina como de las Ciencias Sociales, sobre el carácter adictivo del alcohol y su pertenencia al campo de la drogodependencia. Uno de los criterios que se aplican para delimitar el término “droga” es el de la incidencia en la calidad de vida de las personas. Desde este punto de vista, el alcoholismo entraría de lleno en esa categoría, dado que los

“efectos negativos, que pueden constituir el fundamento legítimo de una política preventiva, educativa y de información, son los perjuicios para la salud del consumidor y el riesgo de dependencia; pero estos efectos pueden producirse tanto con el uso de las drogas ilegales como con el de las legales”⁸ (Baratta, 1991, p. 205).

2.1.3. ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL FRENTE A BIOMÉDICO

Una de las finalidades que se han querido alcanzar durante todo el Trabajo de Fin de Grado es explicar que también se puede atender e intervenir en la dependencia alcohólica mediante las directrices técnicas y profesionales

⁷ Esta adjetivación no se debe confundir con la clasificación, cada vez más en desuso, que dividía a las sustancias en “blandas” y “duras”. La diferencia se definía en relación a los efectos, relevantes o no, que las drogas tienen en la conducta y en la salud de la persona que las consume. Actualmente no se utiliza debido a su imprecisión en cuanto a los impactos y riesgos que las drogas generan. Ahora la distinción se establece entre las legales y las ilegales. Esto puede comprobarse en documentos como el *Plan de Acción sobre drogas. España 2013-2016*.

⁸ Baratta, A. (1991). *Introducción a una sociología de la droga: Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias*.

del Trabajo Social. Esto se consigue buscando una visión alternativa y complementaria a la *biomédica*⁹ que es la que se aplica continua y mayoritariamente, a veces de manera exclusiva, para tratar la adicción al alcohol.

Si bien no se pretende discriminar ni desechar las ideas que aportan la Medicina o la Psiquiatría, puesto que son relevantes en el desarrollo del estudio y en el tratamiento de los afectados, creo conveniente ampliar a otras dimensiones y circunstancias la manera en que se concibe la dependencia alcohólica, y no redactar lo que sería "otra investigación más" de carácter sanitario. Por ello, he intentado centrarme en los agentes externos y en los factores más o menos condicionantes del alcoholismo; en sus redes y entornos, como el laboral, el familiar, las compañías y amistades..., es decir, la intervención sistémica (explicada posteriormente) que conforma el caso de cada persona.

No puede soslayarse la concepción del alcohol como droga *multidimensional*, y esta intervención sistémica debería incluirse en todos los planes y actuaciones para tratar sus redes como agentes que tienen un gran protagonismo en el desarrollo y asentamiento de la dependencia alcohólica y/o rehabilitación.

Por consiguiente considero, como estudiante de la disciplina científica de Trabajo Social, que este cambio en el enfoque de comprensión y realización del estudio no puede pasar inadvertido cuando se actúa en este colectivo, ya que a los trabajadores sociales les compete valorar y analizar la interacción del individuo con su entorno además de su malestar psicosocial. Esta es una idea

9 Por biomédica se entiende aquella perspectiva que abarca los factores biológicos que se diagnostican y reciben un tratamiento médico, sanitario, clínico. Es decir, la que se basa únicamente en una visión del dependiente como "paciente" que sufre una patología y que requiere una curación basada muchas veces en fármacos. Véase por ejemplo el texto *Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia para profesionales de atención primaria*.

clave en el razonamiento de porqué se debe modificar la visión biomédica frente a esta última. Incluso los profesionales de la rama clínica asumen la relevancia de esta modificación del paradigma tradicional: “Todos los problemas de salud son biopsicosociales, e individuales, grupales y comunitarios a la vez. La enfermedad en todos los casos es una alteración o disfunción de las relaciones de comunicación entre actores y contextos (seres humanos, percepciones, ambientes, etc.)” (Turabián y Pérez, 2008, p. 1).¹⁰

Ello no implica que la Medicina no pueda aportar, como ya se ha dicho, conceptos, instrumentos y estrategias muy valiosos en todas las fases de la dependencia alcohólica. No son de recibo opiniones radicales como las que recoge Hansen¹¹: “En efecto, hay quien opina que el tratamiento médico y las intervenciones centradas en el tratamiento, al ser soluciones poco convincentes, han de ser evitadas e incluso, si es posible, eliminadas” (1995, p. 3).

Indudablemente, existen situaciones, intervenciones y estudios que basan sus supuestos teóricos exclusivamente en lo terapéutico-médico, pero pienso que el alcoholismo debe ser abordado en la línea que exigen sus causas y consecuencias, y unas y otras tienen como referentes ámbitos más amplios. Este es uno de los fundamentos del Trabajo de Fin de Grado, articular un análisis que sea capaz de aportar información global y no sólo clínica en la intervención de la dependencia alcohólica. Estoy de acuerdo con Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo¹² en que

“Una clara implicación de esta formulación bio-psicosocial y multifactorial

10 Pérez, B. y Turabián, J.L. (2008). *Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo*.

11 Hansen, W., B. (1995). *Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. Psicología Conductual, Vol. III*.

12 Carballo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., García-Rodríguez, O. y Secades-Villa, R. (2007). *Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*.

(...) es que los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y que, por tanto, requieren con frecuencia un abordaje de igual modo multimodal, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales” (2007, p. 32).

Este cambio se empezó a plantear ya en la década de los 70 con, entre otras, las aportaciones de un científico procedente de la Psiquiatría, George L. Engel¹³. Él se posicionaba ante este tipo de modelo médico puro tachándolo de incompleto y redirigiendo sus planteamientos hacia un concepto que acuñó como modelo *biopsicosocial* y que, según acabamos de ver, se orienta hacia una actuación más integral.

Engel creía que, junto a los factores biológicos, en la salud intervienen también los sociales y personales (psicológicos). En aquellos años se estaba produciendo una eclosión de nuevas disciplinas que unían elementos procedentes de diversas ramas científicas (la ecología sería un ejemplo) y de nuevas teorías como la General Sistémica, que se caracteriza también por esa fusión. Fue un periodo en que lo multidisciplinar se generalizó en muchas áreas, y los problemas empezaron a ser encarados desde múltiples puntos de vista. En el campo de la sanidad surgieron tendencias que otorgaban mayor importancia a lo psicológico y lo social. El psiquiatra americano lo expresó así: “La perspectiva biopsicosocial nos ha lanzado una grave advertencia: tenemos que incorporar al paciente como sujeto –no mero objeto– del proceso asistencial” (Engel, 1977, p. 132).

La rehabilitación de personas alcohólicas debe entenderse de forma conjunta para tener en cuenta factores como el componente emocional de las personas, sus circunstancias sociales y, como sugería Engel, hay que saber

¹³Engel G. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*.

empatizar con el paciente para conocer lo que constituye la realidad de cada caso.

El Trabajo Social viene reivindicando esta evolución en el papel del *usuario* como sujeto y protagonista¹⁴. Se decanta a favor de una intervención que permita a las personas comunicar sus preocupaciones más importantes, facilitar su expresión emocional a través de la empatía y, por consiguiente, conocer las expectativas sobre sus problemas mediante la aplicación de un componente emocional intrínseco.

Más allá de la relación profesional que se pueda establecer con un *cliente*, la tarea consiste en conocer a las personas que se tienen delante y valorar la perspectiva sociofamiliar para conocer la red social de apoyo con la que cuentan estas. El profesional deberá trascender la demanda inicial de rehabilitación para tratar de entender cada caso e identificar los factores de riesgo, modelos de conducta, dinámica familiar..., a fin de detectar los estilos de vida que hay detrás de ellos, los posibles factores de amenaza o de colaboración, etc. En otras palabras, la eficiente intervención consistiría en identificar la estructura que se encuentra debajo de los hechos (Borrell, 2002)¹⁵ para comprender a las personas y que estas puedan vencer la dependencia.

Aun con todo, esto no solo es una responsabilidad que el trabajador social debe plantearse para intervenir eficientemente, sino que también se trata de un deber impuesto de manera explícita por el Código Ético Profesional.¹⁶

14 De este modo viene expresado en el artículo 7, Principio general nº 6, del Código Deontológico del Trabajo Social aprobado por la Asamblea general extraordinaria el día 9 de junio de 2012.

15 Borrell F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*.

16 Tal y como viene indicado en el artículo 7, Principio general nº 7, del Código Deontológico del Trabajo Social aprobado por la Asamblea general extraordinaria el día 9 de junio de 2012.

Como técnicos que somos, debemos elaborar un diagnóstico e historia de carácter social, y no limitar la atención al dependiente a uno exclusivamente clínico que podría restringir la valoración; esto permitirá orientar la actuación profesional hacia un modelo diferente e interdisciplinar que valore aspectos que a priori se toman en consideración únicamente desde el prisma biomédico; pero sin pretender rivalizar ni ejercer ninguna hegemonía, más bien colaborando en plano de igualdad para alcanzar una actuación eficaz.

Así no tendrían sentido afirmaciones como la que hace Becoña¹⁷ en la Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, *Papeles del Psicólogo*: "La mayoría de los programas preventivos eficaces han sido realizados por psicólogos, al menos los de última generación que funcionan adecuadamente" (2006, p. 18). Los programas preventivos, los diagnósticos, los tratamientos y terapias, las rehabilitaciones, todas las actuaciones sobre dependientes deberían ser realizadas conjuntamente por especialistas de la Psicología, pero también de la Medicina, del Trabajo Social, etc.

Para terminar este apartado es conveniente hablar también de la rigidez en unos casos, y la frivolidad en otros, con las que se emplean los términos cuando hablamos de dependencia alcohólica.

Si se echa un vistazo al campo semántico de los tecnicismos que aparecen en los tratados sobre el problema del alcohol, se comprueba que la mayor parte de ellos están tomados de la Medicina. Se habla de "enfermo", "patología", "paciente", "tóxico", "terapéutico", "adicción", "enfermedad", etc. Son, para muchos expertos, "términos no recomendados": "En el lenguaje coloquial y a menudo también en el terreno profesional, se emplean una serie de términos que deberían evitarse por imprecisos y confusos y carentes de una

17 Becoña, E.(2006). *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas, Papeles del psicólogo*.

definición específica” (Rodríguez-Martos y Rosón, 2008, p. 44)¹⁸. La OMS desaconseja la utilización de muchas de ellas, y propone otras opciones. Son las que, en la medida de lo posible, se han usado en este trabajo, aunque ocasionalmente aparezcan las no deseables, por respetar la literalidad de las citas o pertenecer al resumen de las fuentes bibliográficas.

En el epígrafe anterior se ha explicado la sustitución de “alcoholismo” por “dependencia alcohólica”. Se analizarán ahora algunas expresiones, frecuentes incluso en los textos científicos, que contienen contradicciones e imprecisiones.

“Consumo responsable”. La OMS no menciona esta fórmula lingüística engañosa. No obstante, es la que más se encuentra en los anuncios de alcohol, junto a “consumo prudente”, “consumo moderado”, “disfruta con moderación” y un sinnúmero de variantes. Presuponen que ese consumo se opondría al “excesivo”, y que por lo tanto no tiene ningún efecto, cuando no es así (ya se ha dicho que el concepto “bebida sin alcohol” encierra una verdad a medias y un peligro real encubierto). Por ello, habría que sustituirlas por “consumo de riesgo bajo”.

“Abuso”. Nuevamente, se trata de una palabra ambigua y vaga. Plantea muchas dudas: ¿quién determina el límite entre el “abuso” y la “moderación” (el uso y el abuso)? ¿La persona que bebe? ¿Depende de la graduación del alcohol? ¿O de la edad/sexo/situación del bebedor? La OMS sugiere las alternativas “consumo de riesgo” y “consumo perjudicial”, que rehuyen la inexactitud y son más descriptivas de los efectos perniciosos.

No tienen sentido estas palabras. Y tampoco lo tienen las que deshumanizan, porque desde el punto de vista de Trabajo Social, “cliente”, “usuario”, “paciente”, implican una relación distante y fría con la persona. Se

18 Rodríguez-Martos, A. y Rosón, B. (2008). *Definición y Terminología*.

debería evitar esta terminología si se actúa en coherencia con la empatía y el apoyo que se quiere prestar. Uno de los primeros pasos para que la persona dependiente se decida a pedir ayuda es la ruptura de esas barreras semánticas.

2.1.4. EL ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque de sistemas apareció entre los métodos científicos cuando los investigadores, sobre todo los procedentes de las Ciencias Sociales, comprobaron que las herramientas e instrumentos que se utilizaban en las Ciencias "exactas" se mostraban incapaces de abordar la complejidad de los problemas que aparecen en cualquier estudio social.

El fracaso de esos métodos se debía a que la Ciencia no puede controlar todas las variables que intervienen en un conflicto humano; en las Ciencias Sociales hay mayor probabilidad de que actúen factores inesperados y no controlables, por lo que los experimentos son más complicados; el método científico tradicional se suele basar en la repetición de procesos; la observación cuantitativa de los fenómenos es más vulnerable y no es capaz de dar respuesta al gran número de elementos humanos, tecnológicos, económicos, etc. interconectados. Es casi imposible realizar experimentos sociológicos en sentido estricto, debido a la naturaleza de los casos que se analizan porque las personas, que constituyen su objeto de estudio, somos imprevisibles, racionales, libres (Paredes, 2008)¹⁹.

Este trabajo aborda el problema del alcohol desde una perspectiva sistémica. En efecto, el análisis de la drogodependencia alcohólica debe cambiar su planteamiento y no basarse exclusivamente en el método científico clásico, para dar paso a un modelo que confiera protagonismo a estructuras

19 Paredes, I.B. (2008). *Influencia del enfoque sistémico en el Trabajo Social*.

como la familia, que normalmente están en segundo plano. Aquí es donde “el enfoque sistémico constituye un modelo explicativo, heurístico y de evaluación familiar, que también sirve para fundamentar la intervención familiar, cuya eficacia valida empíricamente el modelo teórico.” (Espinal, Gimeno, González, 2001, p.12)²⁰.

Así pues, la investigación se fundamenta en las aportaciones que la Teoría General de Sistemas (TGS) ha prestado a esta nueva línea de intervención social. La TGS concibe al sistema como un grupo de elementos cuya situación dentro del conjunto depende de la situación de cada uno de los demás miembros. Las variaciones que se pueden producir en los constituyentes individuales repercute siempre en los demás, por lo que están conectados entre sí, y el funcionamiento general no es una mera acumulación o suma de unidades, sino que hay que enfocar el sistema como una totalidad (Paredes, 2008).

Estas ideas son muy importantes en el tratamiento del alcoholismo. No se puede aislar a la persona alcohólica de su ambiente familiar, laboral y social. Cualquier actuación que se emprenda con un individuo tiene repercusiones en su entorno, y al mismo tiempo lo que rodea a esa persona influye directamente en su comportamiento.

2.1.5. INTERVENCIÓN FAMILIAR SEGÚN EL ENFOQUE SISTÉMICO

Uno de los principales campos de actuación del trabajador social, desde los orígenes de la profesión, ha sido la resolución de los conflictos individuales y familiares. Al principio, los trabajadores sociales intentaban observar los problemas personales *internos* que producían trastornos. El individuo

²⁰ Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2001). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*.

problemático era catalogado como "inadaptado social", y la misión del profesional era devolverlo a la sociedad mediante la adquisición de unas habilidades que le permitiesen desenvolverse correctamente, solventadas las carencias que previamente experimentaba.

En los años recientes se han sucedido grandes transformaciones en las sociedades, que poco a poco han supuesto un giro en el paradigma del análisis de los hechos. Las ciencias han constatado que las interacciones entre los individuos podían explicar, de un modo más eficiente que el diagnóstico de los problemas internos de las personas, esos cambios. Una de las disciplinas científicas más favorecidas por el nuevo método ha sido el Trabajo Social.

La intervención en los núcleos familiares se constituye así en un ámbito central de los trabajadores sociales. Por supuesto, no se trata de desligarlo de los otros marcos (entorno laboral, amistades, etc.), pero sí de reconocer la importancia de la familia en la explicación de los desajustes personales.

El método sistémico aplicado a la familia examina sobre todo las interconexiones entre sus componentes, sus funciones y las contradicciones que aparecen en la superficie o están ocultas. Los comportamientos se analizan cualitativamente, y las conclusiones que se extraen pretenden contestar a "¿qué está pasando en este momento y en este lugar?", más que a la pregunta tradicional "¿por qué?"

El trabajador social intenta, pues, captar las relaciones y estructuras de muy diversos tipos que presiden y organizan a la familia. Esto es posible gracias a la observación de cómo se comunican, o cómo no lo hacen, los formantes de ese grupo. Mediante la comunicación se cohesiona, se crea una interdependencia y una identidad colectiva que permiten organizar los roles, el funcionamiento interno, las pautas o las actividades para llegar a la resolución de un conflicto.

En este contexto, la persona dependiente dejaría de verse como un ser “perturbado” o “inadaptado”, y habría que poner el énfasis en la perturbación o alteración de las relaciones familiares. Generalmente, la clave de la identificación del problema se encontrará ya desde el análisis de la petición de ayuda (o la inexistencia de esta), porque desvela la trama de dificultades y enfrentamientos que subyacen en su seno. Para conocer y solucionar los conflictos personales siempre habrá que situarlos dentro de la esfera familiar, entendida como una entidad global y abierta (Palomar y Suárez, 1993).²¹

López y Sánchez (2009) han analizado las ventajas del enfoque sistémico centrado en el ámbito familiar, tanto para la pareja como para el núcleo formado por padres e hijos, en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Según ellas, la intervención multidimensional y la multisistémica mejoran notablemente las conductas, hacen que disminuya el consumo y reducen los riesgos. Aportan además un estudio de Becoña y Cortés, publicado en 2008, donde también se demuestra que la “terapia” familiar normaliza el funcionamiento personal y social, reduce el consumo y consolida el compromiso de los afectados (citados por López y Sánchez, 2009).²²

Y no solo es importante en el tratamiento. El Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo ha elaborado una guía que pormenoriza el papel de la familia en la prevención de las drogodependencias. Dicho documento expone sobre todo la influencia del padre y de la madre en el consumo de drogas de los hijos; a partir de los datos arrojados por diferentes experiencias e investigaciones, tanto en España como en el resto de Europa, se llega a la conclusión de que el círculo familiar desempeña una función muy relevante como factor de protección ante las conductas de riesgo de los

21 Palomar, M. y Suárez, E. (1993). *El modelo sistémico en el Trabajo Social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas*.

22 López, A. M. y Sánchez, S. (2009). *Enfoque sistémico*.

jóvenes (Carballo et al., 2011).

2.2. CONTEXTO GEOGRÁFICO

La investigación inicialmente se concibió para desarrollarla únicamente a partir de la Fundación Doctor Valero Martínez, en la localidad de Zaragoza. Pero, tras conocer el destino dentro del programa Erasmus y saber que iba a realizarlo en una localidad perteneciente a la Champaña francesa, consideré relevante también incluir la ciudad de Reims. Me pareció pertinente realizar un estudio también de la situación francesa, siempre y cuando no me dificultase en exceso el avance del trabajo, debido al volumen de información existente y el tiempo limitado para desarrollarlo.

- España, Fundación Doctor Valero Martínez ASAREX

Empezó con el nombre de Asociación Aragonesa de ExAlcohólicos (de ahí el acrónimo ASociación-ARagonesa-EXalcohólicos) en 1975. Era de naturaleza privada y no tenía fines lucrativos. La crearon varios dependientes alcohólicos, todos ellos varones, que recibían tratamiento en el Ambulatorio de Zaragoza. Antes del año 1974 ya se reunían cada semana para realizar terapias de grupo.

En 1976 se formó el primer grupo de hombres y mujeres. Los grupos fueron creciendo, y en 2001 la Asociación fue declarada de interés para el Plan Nacional sobre Drogas. Ese mismo año, la Asociación pasó a ser Fundación con la denominación actual. En 2002 recibió del Gobierno de Aragón la Medalla del Mérito Social.

Lo característico de las fundaciones es que cuentan con un patrimonio económico encaminado a alcanzar un objetivo (en este caso, la rehabilitación del alcohol), se rigen por las decisiones de los fundadores y las mantienen aunque estos desaparezcan.

Una de las señas de identidad de ASAREX es que funciona gracias a la colaboración entre especialistas y personas rehabilitadas. Los objetivos son la atención a las personas que acuden, su rehabilitación y la información y prevención. La información sobre la dependencia que se transmite, hace hincapié en los tres aspectos: médico, familiar y social. Aunque su fundador era médico, y por ello lo sociosanitario tiene un gran peso, el sistema adoptado para el tratamiento recurre también a instrumentos propios de la perspectiva biopsicosocial. Los familiares forman parte muy activa tanto en las tareas organizativas como en los grupos de autoayuda y ayuda mutua específicos para ellos.

La acogida a la persona que se dirige a la asociación para pedir ayuda es una de las labores más importantes que se realizan dentro de la misma. En esa primera entrevista, se pueden detectar ya las necesidades del dependiente y fijar una estrategia de actuación inicial. Después de muchos años de experiencia, los terapeutas, o responsables de los grupos, que se caracterizan por ser exalcohólicos, saben qué hacer en cada momento.

Además de las personas rehabilitadas, los recursos humanos con que cuenta ASAREX están integrados por una trabajadora social y un psiquiatra. La actitud desinteresada de todos los miembros se plasma en el esfuerzo e implicación que todos aportan altruista y voluntariamente. El mantenimiento económico se consigue gracias a las contribuciones y cuotas de los socios, así como a la subvención oficial del organismo correspondiente de la DGA.

Otro elemento relevante es la función socializadora que la asociación presta a todos los que forman parte de ella. Existen numerosas actividades (como rastrillos para poder financiarse, obras de teatro) y salas en las que poder relacionarse para, de esta manera cohesionar a los participantes de las dinámicas de grupo, etc. Con ello, se consigue que la persona dependiente del

alcohol se integre, adquiera habilidades sociales que le permitan desenvolverse y de este modo, se encuentre en condiciones para afrontar su dependencia.

– Francia

Durante mi estancia en Reims, entré en contacto con algunas entidades homólogas de ASAREX, con el fin de conocer su funcionamiento, sus directrices y todos aquellos aspectos que pudieran compararse con la realidad que yo había conocido en Zaragoza.

Como se ha dicho, Reims pertenece a la región de Champagne-Ardenne, conocida en todo el mundo por su producción de champán. La economía de la zona gira en buena medida en torno a esa bebida espumosa. Es previsible que, de entrada, la visión que se tiene del alcohol esté determinada por la tradición cultural y el peso económico y social del champán. Muchas familias viven de él o poseen viñedos más o menos extensos en los que elaboran la bebida para consumo propio o venta a pequeña escala.

Sin embargo, en Reims, como en todos los lugares, existe el problema de la dependencia alcohólica y han ido creándose entidades de prevención, ayuda, rehabilitación, etc.. Igual que en España, unas instituciones son privadas y otras dependen de las administraciones públicas municipales, regionales y estatales.

A.N.P.A.A. Es una delegación local de la "Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie". Atiende a drogodependientes de alcohol, tabaco, cannabis, ludópatas... Es una entidad muy veterana: se creó en 1872 y tuvo varios nombres (Ligue Nationale contre l'Alcoolisme-1905-, Comité Nationale de Défense contre l'Alcoolisme, -1950-). Sus fundadores la crearon a partir de bases científicas y pretendían difundir con una revista los riesgos del alcohol, aunque posteriormente (2002) se amplió su campo de

intervención al resto de drogas y adicciones y se rebautizó con el nombre actual. Cuenta con un recurso específico, el Centro de Cuidados Especializados en Alcohol, C.S.A.P.A.

Presta servicios de acogida, información y análisis médico-psico-social mediante la praxis de médicos especialistas, psicólogos, educadores, enfermeros, dietistas y consejeros de economía social y familiar. Además, en su consulta desarrollan estrategias para la prevención en jóvenes y la intervención en adolescentes que presentan situaciones preocupantes.

En sus primeros años era una entidad privada, pero a partir de 2002 goza de un estatus de asociación con el Ministerio de Salud francés, los organismos sociales y las administraciones territoriales.

Centre d'Adictologie Médico-Psychologique, C.A.M.P. Es la unidad de acogida y de cuidados ambulatorios para dependientes del alcohol. Creado en 1996, se mantiene con fondos públicos y depende del Ministerio de Salud. Dispone de un equipo especializado e interdisciplinar constituido por un médico especialista, dos psicólogos, tres psiquiatras, doce enfermeros, dos asistentes sociales que afianzan una continuidad del tratamiento, especialmente la actividad médica en el hospital de Reims y en la clínica Henri-Ey.

Sus competencias están orientadas a personas con dificultades por el alcohol, a familiares, amigos, etc. Además, facilita consejo y orientación y un diagnóstico médico, psicológico, familiar y social.

A.A., Alcooliques Anonymes, tiene sede también en Reims. Sus miembros se definen como "hombres y mujeres unidos por el deseo de no beber". Su mantenimiento se basa en las aportaciones personales de los socios, no dependen de ninguna institución pública. Como en ASAREX, no se obliga a nadie a pagar por los servicios prestados.

El método de trabajo consiste fundamentalmente en reuniones donde los asistentes hablan y escuchan (la conocida terapia de grupo), además de contar con despachos donde son atendidos por médicos. Conceden también mucha importancia al apoyo espiritual, no necesariamente de una determinada confesión religiosa.

3. DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MODELO ESPAÑOL

En España, en estos momentos se encuentra en fase de ejecución la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Esta, a su vez, se subdivide en dos planes cuatrienales: uno para el periodo 2009-2012 y otro para 2013-2016; este último se sitúa dentro de las directrices europeas de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020, aprobada el 29 de diciembre de 2012 (además de las pautas europeas, se siguen las orientaciones de las distintas Comunidades Autónomas).

En el prólogo del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, se resalta que las drogodependencias repercuten por supuesto en el plano individual, pero también afectan directamente a los ámbitos social y familiar, produciendo un impacto en toda la ciudadanía.

Es significativo que los documentos oficiales, al menos teóricamente, contemplen la necesidad de afrontar la realidad de las drogas mencionando los diferentes contextos que se ven influidos. Parece que se ha asimilado que las drogodependencias se deben encarar desde una perspectiva múltiple y sistémica.

Aprovechando este reconocimiento explícito a la dimensión integral del problema, los trabajadores sociales pueden y deben reclamar una participación más activa, que hasta hace poco se reservaba únicamente a los profesionales procedentes de las ramas médicas.

3.1.1. PREVENCIÓN

El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 se plantea 36 acciones, que desarrollan los 6 ejes y 14 objetivos generales propuestos en la Estrategia nacional sobre Drogas 2009-2016.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016		
36 acciones		
EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación	1. Coordinación Nacional.	2
2. Reducción de la demanda	2. Conciencia Social.	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	1
	5. Reducir el consumo.	5
	6. Reducir daños asociados al consumo.	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
	3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales.
10. Blanqueo de capitales.		3
4. Mejora del conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
5. Formación	13. Formación.	1
6. Coord. Internacional	14. Coordinación Internacional.	3

(Fuente: *Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016*, 2013, p. 10)

El segundo de los objetivos persigue una concienciación social sobre la gravedad del problema de las drogas. Los expertos que asesoraron al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la elaboración de dicho Plan coincidieron en que la mayoría de los españoles no perciben todavía el daño que estas sustancias provocan, e insistieron en la conveniencia de reforzar los programas de prevención.

Las perspectivas en cuanto al consumo de alcohol para el corto plazo, según estos expertos, son muy preocupantes: “Los problemas que señalan como más relevantes en la actualidad y en el futuro son el abuso de alcohol por menores, la banalización del cannabis, los trastornos mentales asociados al consumo” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 46)¹.

La familia es, junto a la comunidad educativa y el grupo de amigos, la red más cercana en la que se debe fundamentar la prevención del consumo entre menores, a juicio de los especialistas que redactaron una de las obras de referencia en cuanto a las estrategias de prevención. Sin embargo, según esos mismos autores, “lamentablemente, en nuestro país la prevención familiar no se ha extendido como práctica preventiva bien aplicada y sistematizada. No existen fuentes de información fiables sobre el uso de programas preventivos en España” (Carballo et al., 2011, p. 12).

La situación que se describe en el párrafo anterior se complementa con la que presentan las autoras de la guía *Habla con ellos, ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol*: “No es extraño encontrar a padres y madres desorientados, incluso perplejos en ocasiones, sin saber qué decir ni cómo reaccionar ante situaciones como la llegada a casa del hijo con evidentes signos de embriaguez a altas horas de la noche” (Arbex y Comas, 2003, p. 3).²

Los investigadores sobre prevención detectan fallos en los programas y campañas dirigidas a los padres. Hay acuerdo general en que la familia es el centro de las actuaciones que pretenden evitar y/o reducir el consumo de alcohol entre los jóvenes, junto a todo lo que se pueda hacer en los centros educativos, medios de comunicación, centros sanitarios, etc.

1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Plan de Acción sobre Drogas, España 2012-2013*

2 Arbex, C. y Comas, R. (2003). *Habla con ellos. Ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol*.

Una de las medidas en las que hay coincidencia de opiniones científicas sobre cómo prevenir es el retraso de la edad de inicio en el contacto con el alcohol. Cuanto antes comienza el consumo, es más probable el desarrollo de la dependencia y más nocivos los efectos sobre la salud. “Los programas de prevención deberían iniciar a edades más tempranas. Está comprobado que en la actualidad se comienza a una edad, en la que en algunos casos, los menores ya han tenido algún contacto con las drogas” (Gómez y Gómez, 2012, p. 23).³

Hoy, los adolescentes tienen muchas más alternativas de ocio que hace unos años, pero paradójicamente la diversión nocturna sigue basándose en la ingesta de alcohol en fenómenos como el botellón, que incluso muestra una tendencia a aumentar. En estos grupos resulta muy difícil cambiar costumbres que casi se imponen socialmente, en el sentido de que no hay nadie que obligue a hacerlo, pero tácitamente se acepta como algo natural, por verlo en los demás y haberse convertido en un elemento socializador. Parece que quien no bebe se separa del grupo y es señalado como “raro” o “aburrido”. Se añade así al alcohol una connotación positiva que enmascara sus peligros.

Por ello, son importantes las campañas orientadas a los pequeños. Esta afirmación puede resultar polémica: hay maestros y padres que estiman contraproducente llevar a los colegios a personas (exdependientes, policías, trabajadores sociales, sanitarios...) que den charlas y compartan experiencias sobre los efectos del alcohol. Sin embargo, en estas edades todavía se puede conseguir que el alumnado adquiera hábitos saludables e ideas de rechazo a las drogas. La prevención, por definición, se ha de hacer cuando todavía no hay consumo, en este caso en edades tempranas. Después, la estrategia ha de ser otra, porque los adolescentes empiezan a beber alcohol a partir de los 14 años. En 2011, la droga más consumida por los jóvenes de entre 14 y 18 años era el alcohol: un 76,6% lo había bebido alguna vez en los 12 meses

³ Gómez, O. y Gómez, R. (2012). *Conclusiones de la Campaña de Prevención de Consumo de Alcohol en estudiantes de Primaria*.

anteriores a la encuesta, seguido a mucha distancia por el tabaco (40,2%). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

La gravedad del problema de los consumos de tipo intensivo como intoxicaciones etílicas, borracheras, etc., se ha intensificado en los últimos años en España, hasta el punto de que un numeroso grupo de instituciones, empresas y personas de prestigio en el ámbito científico y de la dependencia, se pronunciaron y firmaron un Manifiesto que rechazaba el consumo de alcohol por los adolescentes. En él se solicitaban medidas como evitar cualquier tipo de consumo de bebida alcohólica por parte de menores e impedir las informaciones y anuncios que asocian el uso del alcohol con el éxito en la sociedad o en la vida sexual, la mejora de la actividad física y la imagen personal, por un lado, y los que presentan la sobriedad y la abstinencia como algo negativo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).⁴

Otro factor capital para prevenir y reducir el consumo de alcohol, en opinión de los expertos, es el económico. Las administraciones consiguen ingresos gracias a los gravámenes sobre las bebidas que contienen un cierto nivel de alcohol, pero además los precios, si son elevados, pueden llegar a disuadir a los compradores: “El precio y los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas han sido utilizados por los gobiernos (...) para controlar los problemas derivados del consumo del alcohol, habiéndose comprobado sistemáticamente que los aumentos de precio se siguen de una reducción del consumo” (VV. AA., 2008, p. 66). Así, los gobernantes pueden aumentar la fiscalidad sobre el alcohol para recaudar más dinero y al mismo tiempo dificultar el acceso a las bebidas alcohólicas, con lo que contribuyen a las políticas de salud pública, aunque generen conflictos de intereses con los productores, distribuidores, etc. de esta importante industria en España.

⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores*.

En relación con lo anterior, también puede contribuir a la prevención la restricción en la venta de bebidas alcohólicas a menores. Habría que extremar los controles en aquellos establecimientos que, a veces sin poseer licencia para ello, dispensan alcohol de cualquier graduación a jóvenes que no alcanzan la edad legal, sin preocuparse de comprobarla o sabiendo que no la tienen.

Otra forma de plantear la prevención es presentar alternativas al consumo y no únicamente actuando en el campo del alcohol. Esto es, ofreciendo actividades de ocio y tiempo libre para menores en las que primen los valores deportivos y culturales, por ejemplo.

A nivel local, en muchos ayuntamientos españoles ya se están empezando a organizar programas, cursos, competiciones, concursos, talleres creativos y artísticos y otras ofertas de carácter lúdico, que favorecen el desarrollo de los adolescentes en otros hábitos que no sean el consumo de alcohol en grupo. Por eso, se suelen establecer en horarios vespertinos y nocturnos durante los fines de semana, para evitar que participen en botellones. Estas actuaciones también ayudan a crear una necesaria cultura preventiva y de reducción del consumo.

Además de la población juvenil, hay otros sectores de la sociedad que son particularmente vulnerables a las dependencias. Son los que, por diversas circunstancias, más pueden sufrir las consecuencias de la situación social y económica de España en este momento de crisis:

“Entre estos colectivos cabe señalar poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, así como la población con problemas de salud mental, jurídico-penales y, en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que

hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 64)⁵.

Esto no significa que en estos grupos haya una proporción mayor de dependientes o afectados por problemas de drogas que en otros incluso en lo que al tráfico se refiere; lo que puede suceder es que a ellos les repercutan con rasgos propios. Además de la drogadicción, estos colectivos pueden encontrarse en situación de marginación social, lo que dificulta aún más su integración y por ello se justifica esta prevención específica.

Si a esto sumamos el hecho de que se observa un mayor volumen de población inmigrante en estos últimos años, es recomendable que se les incluya en la elaboración y ejecución de políticas preventivas que ayuden también a reducir su exclusión.

Otros factores o conductas que pueden aumentar la fragilidad ante las drogas son los embarazos no deseados, el paro, actitudes violentas, el fracaso escolar, la mala relación familiar... Ante estas situaciones, se ha de intensificar la prevención en todas las dimensiones de la drogodependencia. Asimismo, se tendrían que extremar las campañas de sensibilización entre conductores, mujeres embarazadas, trabajadores expuestos a riesgos laborales, etc., mediante la acción conjunta de los sindicatos, empresarios, administraciones y el resto de implicados en estos supuestos.

Una de las estrategias concretas de prevención son las charlas informativas que organizan las instituciones públicas y privadas. La Fundación Doctor Valero Martínez ASAREX celebra desde hace veintiocho años unas

⁵ Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016*.

“Jornadas Aragonesas de Información Alcohólica”. En ellas intervienen exdependientes, familiares y técnicos/especialistas en el tema. A través del intercambio de testimonios, experiencias y ponencias, los asistentes pueden conocer de primera mano lo que se está haciendo en Zaragoza para prevenir y tratar la dependencia alcohólica.

Tuve la oportunidad de participar con una comunicación en diciembre de 2012. En ella pude dar mi visión, como estudiante y *profesional* a través de las prácticas, del fenómeno del uso nocivo del alcohol entre los jóvenes (se puede ver en el Anexo 1, “Trabajo Social, juventud y alcohol”).

3.1.2. TRATAMIENTO

En este apartado se van a analizar las diferentes actuaciones y prácticas profesionales que se llevan a cabo en el modelo español de intervención. Aparte de las asociaciones de exalcohólicos y de las organizaciones que dependen directamente de las administraciones, se puede nombrar entre las más activas a Proyecto Hombre (relacionada con Cáritas y la Iglesia Católica) a partir de 1985, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), creada en 1986, y la sección de Cruz Roja Española Fundación para la Atención a las Toxicomanías (CREFAT), que inició su andadura un año después (Álvarez et al., 2009).

La dependencia del alcohol se reconoce por una serie de síntomas producidos por el abuso de esta sustancia. Unos son fisiológicos, otros psicológicos y otros de conducta/sociales. Desde el punto de vista clínico, se aprecia un deseo irrefrenable de beber, una pérdida del control, una dependencia física (manifestada en el síndrome de abstinencia: temblores, sudores, náuseas y ansiedad que aparecen al dejar de beber) y un aumento

creciente del consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).⁶

Las alteraciones en el comportamiento son muy evidentes. La personalidad y funcionamiento psíquico del dependiente cambian y se trastornan a medida que va perdiendo su autonomía personal por la "atadura" que le produce el alcohol.

En casa, en el trabajo y en los lugares de ocio, el alcohólico no pasa inadvertido y exterioriza en su manera de actuar su falta de control, hecho que le dificulta desenvolverse con naturalidad y le produce limitaciones en sus quehaceres diarios. En definitiva, el alcohol pasa a convertirse en el centro de la vida del dependiente.

Cuando una persona ha caído en la dependencia del alcohol, necesita una atención y un tratamiento. Previamente habrá tenido que acudir, en demanda de ayuda, a alguien que le haga una valoración y un diagnóstico, o simplemente una entrevista de aproximación al problema que le haga tomar conciencia de la gravedad de su situación. Pero esto no ocurre siempre así: en muchas ocasiones, el dependiente no se atreve, o no quiere, o no puede pedir el apoyo que necesita por su propia iniciativa. Por eso es frecuente que sean los familiares o amigos los que se dirigen al hospital, al centro de salud o a la asociación de exalcohólicos en busca de una solución al problema del marido, de la esposa, del hijo, etc.

En mi periodo de prácticas de ASAREX era común que a las primeras entrevistas acudiese la persona dependiente del alcohol acompañada por un familiar cercano, a quien las circunstancias le superaban y no sabía cómo actuar, por lo que había decidido ir con su pariente a la Asociación. De hecho, lo más habitual era que el alcohólico viniese a la fuerza, presionado por alguien

⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Informe sobre alcohol*.

próximo a él o a ella, quizás porque hay mucho escepticismo en torno a la efectividad de este tipo de instituciones.

El proceso en el tratamiento comenzaba con una entrevista en el despacho de la trabajadora social, en el que ella realizaba la acogida junto al doctor Valero Martínez. En ese primer encuentro se recopilaba la información necesaria a través de una ficha breve (ver en el Anexo 2, "Documento de acogida"). Esos datos nos permitían tener ya desde el principio una idea más o menos precisa de cómo había que iniciar y orientar la actuación. Se le hacía ver al dependiente la dimensión de su problema y el funcionamiento de la Asociación, las dinámicas de grupo y la posibilidad de que, en su caso, el acompañante asistiera a las terapias dedicadas a familiares y amigos.

El objetivo principal de esta primera entrevista era conocer las fortalezas y debilidades que podían ser esenciales en el desarrollo de la dependencia, y también que la persona recapacitara y supiera que ya nunca iba a probar el alcohol y que a partir de ese momento iniciaba su abstinencia. Por respeto al resto de integrantes de las dinámicas, aquellos que estaban empezando a rehabilitarse no podían participar y entrar ese día en el grupo si habían vuelto a probar el alcohol.

El doctor Valero o el médico de cabecera, dependiendo de cada individuo, se encargaban de recetar los fármacos que le iban a ayudar a evitar el consumo en la fase de abstinencia; los más prescritos eran Antabus® y Colme® .

Al salir del despacho, se le presentaba al responsable o terapeuta de los grupos, con el que tenía la posibilidad de exponer su caso con más confianza, por tratarse de un rehabilitado.

Una vez a la semana, el dependiente asistía a la terapia que le

correspondía, y cuando se consideraba conveniente se concertaba una cita con la trabajadora social o con el médico en el despacho, para evaluar el seguimiento de su recuperación.

La Fundación ASAREX se caracteriza, pues, porque siempre ha intentado combinar el enfoque biomédico y el biopsicosocial, y ha sido un modelo innovador al reconocer el componente social, si bien utiliza todavía una terminología procedente de la rama clínica (paciente, terapia, enfermedad, etc.). No hay que olvidar que fue creada por un médico y que en ciertos rasgos mantiene ese origen sanitario.

En el modelo español, el enfoque únicamente médico ha prevalecido hasta hace poco. Esto se puede deber, en parte, a que durante muchos años era la visión imperante, dictada por la OMS, entre los científicos de todo el mundo. Por ejemplo, el informe de mediados del siglo pasado *Alcohol y alcoholismo* fue encomendado por este organismo a un comité de expertos constituido por ocho médicos, un neurólogo y un psiquiatra; por ello, el documento pone el énfasis en la intervención de los sanitarios, y no contempla otros campos que podrían contribuir a alcanzar un modo de trabajo óptimo para la rehabilitación de dependientes (Duchêne et al, 1955).⁷

En 2007, un manual de orientaciones para los médicos de atención primaria ante los casos de alcoholismo que se pudieran presentar en sus consultas, remite exclusivamente a medidas sanitarias, farmacológicas, etc., y no se plantea en ningún momento la intervención de profesionales de otras disciplinas (Córdoba y Robledo, 2007).⁸

Ese mismo año, el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a un grupo

⁷ Duchêne, H., Isbell, H., Lundquist, G., McLeod, L., Mardones, J., Staehelin, J., Tiebout, H. (1955). *Alcohol y alcoholismo. Informe de un comité de expertos.*

⁸ Córdoba, T. y Robledo, R. (2007). *Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia*

de especialistas un tratado sobre el alcohol, dentro del Plan Nacional sobre Drogas. Dichos especialistas provenían del ámbito médico, y constituyeron una Comisión Clínica que se planteó

“la realización de una serie de Informes que actualizaran la información disponible sobre aquellas sustancias psicoactivas de consumo más extendido en nuestro país, para proporcionar a los profesionales de la salud, a los formadores de opinión y, en general, a todas las personas interesadas, una revisión y puesta al día de los principales estudios e investigaciones sobre el particular” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 6).

El informe correspondiente al alcohol deja en manos exclusivamente sanitarias la *curación de las patologías de los enfermos*, mediante fármacos y estrategias desarrolladas por personal médico y en centros médicos, incluyendo las hospitalizaciones. Tampoco aquí se menciona la participación de personas cualificadas de otros sectores (psicólogos, trabajadores sociales).

La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) publicó dos años más tarde, en 2009, un documento donde se podía apreciar un giro en la estrategia del tratamiento de la dependencia alcohólica. Fue el resultado de un trabajo en equipo e interdisciplinar donde participaron alcohólicos rehabilitados y especialistas de distintas áreas.

En el prólogo, el presidente de la FARE pedía expresamente que se avanzara en el uso del tratamiento integral para abandonar el alcohol, colaborar con las familias e investigar en las causas que lo provocan para profundizar en la prevención del consumo y la atención a los dependientes. Se

habla de un enfoque "holístico" y se insiste en la necesidad de unir las perspectivas de profesionales procedentes de diversas ramas: Medicina, Psicología y Trabajo Social.

El objetivo era implementar las aportaciones de todas las personas que formaron parte de este estudio sin predominio de ninguna y, como ya se ha explicado a lo largo del Trabajo de Fin de Grado, afrontar la problemática del alcohol interpretándolo como multidimensional.

Este enfoque en España se había iniciado décadas atrás, y tuvo a algunos de sus principales valedores entre los miembros de Socidrogalcohol, organización no gubernamental que se fundó en 1969 con el nombre de Socioalcohol. Socidrogalcohol convoca todos los años unas Jornadas Nacionales en las que presentan sus ponencias científicos especialistas en la prevención y el tratamiento del alcoholismo. En las XVI Jornadas de 1988, su coordinador, el doctor Bombín, leyó un informe en el que se exponían claramente las nuevas ideas sobre el abordaje de la dependencia a partir de unos planteamientos biopsicosociales, lo que se conoce como tratamiento integral:

"La enfermedad alcohólica no es sólo un problema médico, ni es sólo un problema psicológico, ni sólo un problema social, sino que viene a ser un evento antropológico, con raíces, aspectos, implicaciones y consecuencias de naturaleza múltiple, médica, psicológica, social, sanitaria, política, económica, jurídica, ética..." (citado por Trinidad y Ureña, 2009).⁹

Por consiguiente, si se quiere alcanzar un tratamiento eficaz para la

⁹ Trinidad, C. y Ureña, A. (2009). *Tratamiento social*.

persona dependiente, este ha de ser apropiado según las características que cada una tenga en relación a su edad, sexo, grupo étnico, etc. Por ello, es de gran importancia conseguir que el acceso sea fácil y haya solventado las posibles barreras que se pueden encontrar según su procedencia social o su falta de voluntad y constancia en las primeras fases de la rehabilitación; también se debería obtener un tipo de actuación adaptada al contexto, dificultades y necesidades específicas de cada una.

No hay que olvidar que la dependencia alcohólica es una *enfermedad crónica* “en la que la recuperación no siempre es completa ni duradera. El peligro de recaídas es relevante, por ello se debe trabajar, tanto individual como grupalmente, una prevención de recaídas por parte de la persona implicada” (López y Sánchez, 2009, p. 103).

De ahí la importancia que tienen las asociaciones de exalcohólicos y el papel que desempeñan los alcohólicos rehabilitados en estas: atesoran una gran experiencia y prestan ayuda altruistamente a la configuración de unos planes de actuación, acordes con las carencias que perciben en las personas que comienzan su tratamiento.

Además de los tratamientos médico y psicológico, en nuestro país cada vez hay más estudios y experiencias que propugnan el tratamiento social, entendido como una intervención que valora los factores sociales del contexto en el que se mueve el dependiente: familia, trabajo y ambientes de esparcimiento y relación con los demás. A partir del conocimiento e interpretación de la situación del alcohólico, el trabajador social elabora un diagnóstico y un diseño de la actuación, que tiene en cuenta todos los datos obtenidos y la propia opinión del afectado.

Cada persona que tiene problemas con el alcohol precisa un tratamiento integral e individualizado, donde intervienen diversas disciplinas en un sentido

o en otro, según el perfil del dependiente. Y el trabajador social, en la asociación de exalcohólicos o en la institución donde desarrolla su labor, opera en coordinación con los otros especialistas (médicos, psicólogos) y con los empleados de las administraciones del entorno.

3.1.3. ALCOHOL Y SOCIEDAD

Los datos que se pueden obtener de las encuestas y estadísticas en torno a las drogas en España sufren con frecuencia manipulaciones y lecturas interesadas, que ponen el énfasis y dirigen la atención a aspectos parciales y sesgados de la realidad, “y esto acaba empobreciendo el debate, incluso en el ámbito profesional, en el que las diferentes percepciones del problema transmiten la sensación de cierta insensibilidad hacia los fenómenos relacionados con las drogas” (Vilas, 2011, p. 101).¹⁰

Al hablar de la prevención vimos que uno de los temas más controvertidos es el de la relación de los jóvenes con el alcohol. Casi todas las semanas aparecen noticias sobre botellones, intoxicaciones etílicas o accidentes de tráfico protagonizados por chicos y chicas que “circulaban a altas horas de la madrugada bajo los efectos del alcohol”.

La encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) arroja resultados que pueden inducir al pesimismo o a la esperanza, con arreglo a quién los analiza o a cuáles de ellos focalizamos. Por ejemplo, la proporción de consumo de alcohol entre jóvenes españoles de 14 a 18 años, en 2010, es de 48,0% a los 14 años, 80,3% a los 16 y 86,4% a los 18. Por otra parte, la evolución en el consumo de alcohol entre los adolescentes de 14-18 años es: en 1994 habían bebido alcohol en los últimos

10 Vilas, L. (2011). *La otra visión sociológica del problema de la droga. Trabajo Social y Salud*

30 días el 82,8% entre los chicos y el 82,7% entre las chicas; en 2010, esa cifra se había reducido a 73,3% y 73,8% respectivamente (ESTUDES, 2010).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol en 1994 eran los 13,5 años en la encuesta ESTUDES; ahora, según el informe EDADES 2010-2011 (Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España), es a los 16,7 años; en cambio, hay un ascenso en el consumo de los "últimos 12 meses" (0,7 puntos porcentuales) y en los "últimos 30 días" (4,5 puntos porcentuales).

Otra fuente que aporta datos contrapuestos: el Instituto Nacional de Estadística (INE), en marzo de 2013 publicó en su boletín *Notas de Prensa* los resultados más sobresalientes de la encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Uno de los titulares es este: "Desciende el consumo habitual de alcohol y destaca el consumo intensivo de riesgo entre los jóvenes" (INE, 2013, p. 6).¹¹

Además de la valoración de los datos estadísticos, se pueden someter a análisis diversos fenómenos sociales en torno al consumo de alcohol en España.

Nuestro país se encuentra situado estratégicamente en un punto de encuentro de las redes de tráfico ilegal de drogas, tanto las procedentes de África del Norte como las que vienen de América. Sin embargo, el alcohol disfruta de una posición privilegiada pues evita, por su naturaleza legal, la persecución y prohibición a la que se ven sometidas sustancias prohibidas como la cocaína o el hachís.

Es difícil establecer un control que impida los efectos nocivos del alcohol, sin menoscabar el derecho a su consumo en una sociedad culturalmente ligada al vino o a la cerveza como la española. Al mismo tiempo, se debe regular el

¹¹ Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Notas de prensa*.

acceso al alcohol de los menores de edad: hay legislación, pero se incumple sistemáticamente. En el caso del menor que ingresa en un hospital por coma etílico tras una noche de abuso desahogado, cabe preguntarse quién es el responsable del suceso; el adolescente que ha tenido una conducta de riesgo, los amigos, el vendedor inmoral, el mayor de edad que le ha comprado la botella o las administraciones que han fallado en la vigilancia del cumplimiento de la normativa.

Las autoridades han comprendido que las medidas actuales son insuficientes. En su estrategia para los próximos años, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas establece entre las prioridades la “-Homogeneización y refuerzo de la legislación sobre alcohol y menores. -Vigilancia y cumplimiento legislación vigente -proyectos integrales para menores en el ámbito local. -Unificar ordenanzas, reglamentos. -Control de la venta de drogas por internet” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 39).

Mientras llega el momento de que esas propuestas se cumplan, ya se están poniendo en marcha normas que intentan impedir las facilidades que tienen ahora los menores de edad: “La Ley que unificará la edad de acceso al alcohol a los 18 años prohibirá el consumo, la venta y la dispensación a menores”.¹² El objetivo de esa Ley es aumentar la sensibilización y que los que no alcanzan la edad no consuman nada de alcohol, el llamado “consumo 0”.

Un concepto clave es el de “responsabilidad social”. Hay avances que se producen en la regulación y el control del consumo mediante leyes y normas, pero lo más importante es que la sociedad en su conjunto asuma e interiorice la obligación que tienen los ciudadanos de intervenir en la solución de estos

¹² www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MinisterioSanidadServiciosSocialesIgualdad/2013/290413ReunionPNSD.htm . Revisado el 29 de junio de 2013. Esta medida también se contempla en el Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.

problemas.

La legalidad del alcohol se convierte, pues, en un “arma de doble filo”, que autoriza a los españoles a ejercer su derecho de vender y comprar bebidas alcohólicas, aunque respetando una serie de prohibiciones establecidas en cuanto a distintas actividades -por ejemplo, la conducción de vehículos-; pero no son los reglamentos, sino la concienciación social, la que permite que se pueda hablar de prevención y se pueda dar una convivencia entre el consumo de alcohol sin abuso y las prácticas que entrañan riesgos. Todo ello sin que se pierda de vista que esa aceptación y normalización conllevan, en algunos casos, la consecuencia no querida de que aparezca el problema de la dependencia alcohólica.

Los poderes públicos han de garantizar que la información y la publicidad del alcohol se atengan a unos marcos éticos. En cuanto a la publicidad, los Estados Miembros de la Unión Europea se comprometieron en una Carta a

“aplicar controles estrictos, reconociendo las limitaciones y prohibiciones existentes en algunos países, sobre la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y garantizar que no haya formas de publicidad específicamente dirigidas a los jóvenes, por ejemplo asociando el alcohol a acontecimientos deportivos” (Lizarbe, 2008, p. 50).¹³

En España, se intentó que la publicidad de bebidas alcohólicas fuera retirada del patrocinio y de los espectáculos deportivos siguiendo esas recomendaciones, para evitar que se mezclaran el mensaje positivo del deporte como hábito saludable y el negativo de la incitación al alcohol. Sin

13 Lizarbe, V. (2008). *Antecedentes y estado actual: (Ámbito internacional estatal, autonómico y otros)*.

embargo, la difusión de anuncios de productos alcohólicos en los medios de comunicación sigue siendo masiva, y los medios influyen directamente en las actitudes, las costumbres y las ideas de la población. Así, las retransmisiones televisivas y radiofónicas de la Liga española de fútbol y de la *Champions League*, por ejemplo, siguen incluyendo imágenes y anuncios de bebidas alcohólicas (cerveza, sobre todo).

La promoción del alcohol hace de él un producto atractivo emitiendo un mensaje ambiguo a la sociedad, y la influencia que ejerce se basa en la transmisión de valores como la mejora de la relación entre amigos, la atracción sexual, la desinhibición, la diversión o el nivel de vida. Se difunde una percepción del alcohol como un objeto de consumo normal e inocuo, a pesar de los mensajes de advertencia escondidos en lugares poco visibles y con letra demasiado pequeña.

“Hecha la ley, hecha la trampa”. La publicidad tiende a ir un paso por delante de las restricciones legales, y elude las prohibiciones utilizando trucos como los mensajes subliminales y la aparición en películas y series. Por descontado, en España se ha progresado mucho desde los anuncios de los años sesenta y sesenta donde aparecían niños bebiendo cerveza o elogiando las virtudes de un vino dulce de 15 grados (pueden verse en el Anexo 3, “Publicidad”).

Las marcas de alcohol utilizan todos los recursos y soportes para emitir sus mensajes y logotipos: la radio, la televisión, la prensa escrita, las vallas publicitarias, las camisetas... y, en los últimos tiempos, internet. Este medio está poco a poco atrayendo a las empresas y a las agencias por su bajo coste y su amplia difusión. Es relativamente reciente y muy cambiante, y por ello no se tienen todavía datos sobre la presencia del alcohol en la Red; pero en las nuevas tecnologías (ordenadores, móviles y todas sus variantes) se está produciendo un desembarco de la publicidad de bebidas alcohólicas.

Uno de los efectos más dramáticos del alcohol en la sociedad es la mortalidad. De un lado, por el agravamiento de las enfermedades y trastornos asociados. De otro, por los accidentes de tráfico. En España, el consumo de drogas al volante, en especial el alcohol, ha llegado a afectar a un 17% de los conductores, una cifra superior a la de la mayoría de los países, según datos del proyecto europeo DRUID (Driving Under Influence of alcohol and Drugs, Conducción bajo la influencia de alcohol y otras drogas), que se conocieron en 2011.

No obstante, como veíamos al principio de este apartado, hay datos para la preocupación pero también para la confianza: "Entre 2001 y 2011 se han multiplicado por 3 las pruebas preventivas de alcoholemia realizadas y la tasa de pruebas positivas casi se ha reducido en un tercio" (Dirección General de Tráfico, 2012, p. 66).¹⁴

Otro asunto importante es la dificultad de rehabilitación que se da en la dependencia alcohólica, la pérdida de habilidades sociales cuando se cae en el alcoholismo y su consiguiente distanciamiento de muchos de los factores/ámbitos que actúan con el dependiente. El alcoholismo tiene la peculiaridad de encadenar a la persona, pero lo verdaderamente complejo es cómo superar la cronicidad de la dependencia y de esta pérdida de la voluntad.

Solo se consigue la rehabilitación dejando de beber día a día, con mucha paciencia y constancia; por ello, hay que andar con mucho cuidado en la continuidad de la abstinencia y superar el tabú de las recaídas, ya que esa es la única solución que el dependiente puede tener para su reinserción. Únicamente así la persona estará en disponibilidad de recuperar su propio control y "reinsertarse", de estar en plenas facultades para volver a

¹⁴ Dirección General de Tráfico (2012). *Las principales cifras de la siniestralidad vial en España 2011*.

desenvolverse con normalidad en el plano familiar y de recuperar su estatus sociolaboral.

Resultan duras pero son ciertas las afirmaciones que se leen en el *Manual de autoayuda para consumidores dependientes de bebidas alcohólicas*: “El alcoholismo no se puede “curar” en sentido estricto, es decir, no podemos conseguir que la persona vuelva a beber moderadamente. Una vez que se ha desarrollado la adicción no existe marcha atrás” (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de La Bañeza, 2010, p. 9).¹⁵

Ante esto, no es de extrañar que a veces se apodere de la sociedad española una sensación de pesimismo y resignación, de que la batalla contra la dependencia alcohólica está perdida y que solo se puede intentar que los daños no sean muchos. Así se entiende que el eslogan propuesto por la OMS sea “Alcohol, cuanto menos, mejor”, cuando desde otras muchas esferas se intenta transmitir la idea de que para ciertas personas (embarazadas, enfermos que toman medicamentos) y en determinados contextos (trabajo, conducción) lo deseable es que no se beba (“Alcohol 0”); o que en un folleto municipal dirigido a los padres se afirme que, puesto que las drogas van a estar siempre ahí y no se puede luchar contra ellas, los padres y las madres han de conformarse con que el contacto de sus hijos con las drogas se produzca lo más tarde posible (ver el Anexo 4 “Escuela de padres”).

3.2. MODELO FRANCÉS

En Francia, el vino y el alcohol en general son uno de los símbolos de la gastronomía y están asociados a la fiesta, a la convivencia en familia o entre amigos. Acompaña todos los acontecimientos importantes de la vida social

¹⁵ Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de La Bañeza (2010). *Manual de autoayuda para consumidores dependientes de bebidas alcohólicas*.

como los nacimientos, los matrimonios, los éxitos deportivos y profesionales, etc. Es apreciado por su sabor pero también por sus virtudes socializadoras, relajantes y euforizantes. Esta importancia que se le da al alcohol se refleja también en el peso económico de su producción, consumo y contribución a la economía francesa. Francia es el principal país productor y exportador mundial de vino.

En la introducción al Plan gubernamental de lucha contra las drogas y las toxicomanías 2008-2011, se reconocía un cierto fracaso de las medidas políticas frente al abuso del alcohol y el resto de drogas. Se hablaba de la mejora en la atención sanitaria a los dependientes, “pero los usuarios de otras drogas ilícitas y los abusos del alcohol se han mantenido a un nivel elevado, si no han conocido un alza significativa” (Ministère de la Santé et des Sports, 2008, p. 10).¹⁶

Con la llegada al poder de Hollande, en 2012, hubo cambios y remodelaciones ministeriales. Ese año se empieza a elaborar el futuro Plan gubernamental de lucha contra las drogas y la toxicomanía que abarcará hasta 2015, mediante la obtención de datos e información proporcionados por la Misión Interministerial de Lucha contra las Drogas y la Toxicomanía (MILDT) y las distintas asociaciones e instituciones. Este proyecto de Plan pretende fundamentarse en una política voluntarista que mejore las medidas de prevención y actuación concernientes al alcohol, tabaco, sustancias psicotrópicas y resto de drogas cuyo uso reducirse en la sociedad francesa.

Anticipando la implantación de este Plan, se ha desarrollado en el año 2013 una política anual transversal que incluye a distintos ministerios. La MILDT coordina la acción de los departamentos y permite reorientar el esfuerzo general del Estado a favor de esta política interministerial contra la droga.

¹⁶ *Ministère de la Santé et des Sports (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.*

También se refuerza el observatorio francés de drogas y toxicomanías (OFDT) y el centro interministerial de formación antidroga (CIFAD).

3.2.1. PREVENCIÓN

En Francia, el último Plan que se diseñó para el cuatrienio 2008-2011 comprendía 193 medidas ordenadas por su ámbito de aplicación. Las referentes a prevención, comunicación e información eran 38. Muchas de esas medidas iban dirigidas a proteger la salud de los jóvenes de edades entre 16 y 25 años.

Actualmente, en la Política de Lucha contra las Drogas y las Toxicomanías se enuncian objetivos concretos en el modelo de prevención; el número 3 persigue valorar la importancia de los adultos como primeros actores responsables de la prevención, y de los padres a quienes se les ayuda a ejercer este papel. Se reconoce la dificultad que tienen los padres, como primeros educadores, en la situación social actual. Ya se habían señalado en el Plan anterior los conflictos que atraviesan los padres en la sociedad francesa: "Frente a las problemáticas de uso de sustancias ilícitas y de consumo de alcohol entre sus hijos, a veces muy jóvenes, muchos padres se sienten desorientados y tienen el sentimiento de no estar legitimados para imponer una exigencia educativa" (Ministère de la Santé et des Sports, 2008, p. 26).

No obstante, las menciones a la intervención de la familia y de los padres en particular en la prevención de la dependencia alcohólica son escasas. Además, el objetivo número 3 no solo se refiere a los padres, sino que también mezcla con ellos a la seguridad en el trabajo (el absentismo y los accidentes laborales son ligados al consumo del alcohol).

Sí que existe una acción concreta dirigida a las familias más desfavorecidas y "vulnerables". Esta medida iría encaminada a proteger a los

menores que viven en el seno de familias desestructuradas, relacionadas con la delincuencia, etc., y a reforzar la lucha contra el maltrato infantil: en el documento francés, se vincula la violencia que padecen los hijos con el consumo de alcohol.

La prevención entre los jóvenes se inicia ya en la escuela elemental. El Gobierno está elaborando una guía para la prevención de conductas adictivas en ese nivel educativo. La guía intentará promover la discusión en los colegios en torno a las dependencias. No consiste en una acción aislada, porque tendrá continuidad en los sucesivos niveles educativos hasta la universidad.

Asimismo se implica a la judicatura mediante el organismo PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), sobre todo en el fenómeno denominado "alcoholización masiva", que sería el equivalente al "botellón" español. También se le encomienda la supervisión del tratamiento y prevención de menores consumidores a través de los centros de acogida y de rehabilitación (C.S.A.P.A.).

En el ámbito universitario existen organismos de prevención y promoción de la salud (SUMPPS) que se encargan de coordinar las políticas sobre el consumo de drogas entre los estudiantes.

Con todo, entre los jóvenes franceses lo habitual, por razones culturales, de climatología y de horario, es la reunión en casa de alguno para beber vino y cerveza, o en los *pubs*. Por ello, las administraciones lanzan campañas dirigidas particularmente a la juventud (la más conocida es "Boire Trop", "Beber demasiado", que se basa en anuncios de televisión y que en los últimos años utiliza preferentemente internet) y organizaron un encuentro de especialistas titulado "Salud de los jóvenes", que se dedicó exclusivamente al alcohol.

En Francia se ha generalizado la costumbre de comprar el alcohol para consumirlo en el hogar: el 80% del alcohol ingerido proviene de su adquisición en grandes superficies, supermercados, tiendas especializadas o pequeños comercios, más que en bares o discotecas. La autorización de venta de bebidas alcohólicas dependía del tipo de alcohol y del lugar donde se compraban, y eso se prestaba a la confusión y a las trampas (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008).¹⁷

En consecuencia, otro tipo de medidas para restringir el acceso de los menores a las bebidas alcohólicas, y por lo tanto prevenir su consumo, es el de la prohibición de la venta en lugares públicos, tanto para beber en el local como para llevárselo al exterior del mismo. Así, se aclara también el equívoco que plantean las barras libres u "open bars", que permiten el acceso y consumo sin límites al pagar el precio único de la entrada, o los bonos que ofrecen un descuento si se consume un número elevado de copas.

También se prohíbe el consumo de alcohol en las vías públicas que se encuentran cerca de los centros educativos, la venta de alcohol a menores de 18 años, la entrada en bares a menores de 16 años que no vayan acompañados por sus padres o una persona responsable, la oferta de reducciones en el precio durante un periodo restringido (las popularmente conocidas como "happy hours"), si al mismo tiempo no se ofrece lo mismo en las bebidas no alcohólicas, o la permanencia de personas en estado de embriaguez en locales de ocio.

Además de las medidas coercitivas, se utilizan campañas de sensibilización social. El INPES (Institut National de Prévention et Éducation por la Santé) es un organismo público que se creó en 2002. Coordina las políticas estatales en publicaciones, propaganda, difusión en centros

¹⁷ Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. (2008). *Renforcement de la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive des jeunes.*

educativos y demás actuaciones en torno a la prevención de enfermedades y la educación en hábitos saludables. Uno de sus campos de actuación prioritarios es la prevención de la dependencia alcohólica. Asimismo, realiza encuestas y estudios para conocer la opinión de los ciudadanos y sus comportamientos en torno a la salud. Una de las campañas del INPES consistió en el lanzamiento en 2010 de "Alcoolinfoservice", un portal de internet cuyo objetivo es transmitir información sobre el alcohol, indicar los riesgos de su abuso y ofrecer la ayuda de profesionales.

El Conseil de Modération et de Prévention (CMP) se fundó como organismo estatal en 2006. Asesora a los poderes públicos sobre el consumo de alcohol. Uno de sus cometidos principales es emitir una valoración sobre las campañas de comunicación y los proyectos legislativos y reglamentarios en torno a las bebidas alcohólicas. Como sus integrantes proceden de la mayoría de los campos relacionados con el alcohol, a menudo chocan las opiniones de los médicos con las de los viticultores.

Las organizaciones para el tratamiento y la rehabilitación de dependientes también tienen entre sus funciones la prevención del alcoholismo. En Reims cuentan con delegaciones todas las asociaciones nacionales, y realizan campañas para los jóvenes y los adultos.

Pero este despliegue de recursos corre el peligro de la dispersión. Así lo vio la Cour des Comptes (el equivalente del Tribunal de Cuentas español) que denunció, en su revisión del informe público anual de 2003, que no se había progresado respecto a los fallos detectados unos años antes. No se habían corregido la falta de armonización en la política sanitaria, los escasos avances en la reducción del consumo de bebidas alcohólicas (o el aumento del consumo de cerveza), la descoordinación entre administraciones locales, regionales y nacionales e incluso la poca claridad en la gestión de los gastos destinados a la prevención. En parte, la culpa de este fracaso era del peso económico que

tiene el sector de la producción y de la comercialización del alcohol (Cour des Comptes, 2007).

3.2.2. TRATAMIENTO

Las principales organizaciones francesas para el tratamiento de la dependencia alcohólica son la A.N.P.A.A. (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), el C.S.A.P.A. (Centre de Soins, Accompagnement et Prévention en Addictologie), A.A. (Alcooliques Anonymes) y C.A.M.P. (Centre d'Addictologie Médico-Psychologique).

Durante mi estancia en Reims entré en contacto con la delegación regional del C.S.A.P.A. Sus siglas significan "Centro de cuidados, acompañamiento y prevención en adictología". Es una institución que depende orgánicamente de la A.N.P.A.A.51 (51 son los dos primeros números del código postal de la región de Champagne-Ardenne). Es decir, A.N.P.A.A. se ocupa básicamente de la prevención, información y educación de la salud frente al alcoholismo y las demás drogas, mientras que C.S.A.P.A. es una red de centros en todo el territorio francés que realizan la acogida, el diagnóstico y el tratamiento de los dependientes que acuden a su sede. En Reims A.N.P.A.A. y C.S.A.P.A. comparten el mismo edificio.

La A.N.P.A.A. se sostiene con fondos públicos (subvenciones del Ministerio de Sanidad) y con una ayuda de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; además del C.S.A.P.A., gestiona también el C.A.A.R.U.D. (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues), que se encarga de informar y ayudar a los heroinómanos.

En la región hay dos centros "medicosociales" C.S.A.P.A.: el C.S.A.P.A. A.N.P.A.A. 51 y el C.S.A.P.A. C.A.S.T. El segundo está especializado en

toxicomanías mientras que el primero, el perteneciente a Reims, se ocupa el alcohol, tabaco y cannabis. Cada uno de los centros desarrolla proyectos innovadores en el sentido de la mejora del acceso a los cuidados, información y orientación, gracias a la conexión e interacción entre ambos que les permite compartir y descubrir nuevos puntos de actuación así como perfiles de “usuarios”.

Los valores y objetivos que se marca el C.S.A.P.A. son: la individualización del acompañamiento a través de lo que sería algo parecido a una “historia social” mediante la interpretación de datos de sus recursos, experiencias, competencias, contextos de vida...; la pluridisciplinariedad y la especialización de la atención tanto en cuanto a los profesionales como en el centro de tratamiento; la mejora de la calidad de vida de la persona y la reducción de las consecuencias sociales y somáticas de sus prácticas adictivas; la continuidad en el tratamiento a las personas necesitadas de atención y sus círculos cercanos; la proximidad territorial, incluidas las visitas domiciliarias; y la simplificación en el acceso a los cuidados y servicios por la gratuidad de las prestaciones.

El C.S.A.P.A. brinda también apoyo a las familias y amigos a través de citas individuales. Está dotado con recursos materiales suficientes y dispone de un amplio equipo interdisciplinar formado por un médico especialista en adictología, tres psicólogos, una educadora especializada en salud, una enfermera, una dietista, un consejero en economía social y familiar, dos secretarios y un contable. Sin embargo, a diferencia de otras instituciones como C.A.M.P., no hay en la plantilla ningún profesional relacionado con el Trabajo Social.

De las 718 demandas de intervención que se produjeron en 2011, 300 correspondieron a casos de dependencia alcohólica. Este dato es significativo ya que del volumen total de actuaciones casi la mitad corresponden a

alcohólicos. De esas 718 personas demandantes 566 fueron hombres y 152 mujeres.

En los últimos años se ha observado una presencia cada vez mayor de jóvenes y de mujeres, y una diversificación de las necesidades. La tasa de absentismo es elevada, muchos dependientes solo acuden una vez; es una de las características de las personas que sufren adicciones. Asimismo, muchos de los casos que son tratados en el Centro son derivaciones de la consulta del médico (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de la Marne , 2012).

Los médicos franceses “generalistas” atienden regularmente en sus centros a personas que tienen problemas con el alcohol: “Más de la mitad de entre ellos dice haber sido consultado por un alcohólico en el curso de una semana de actividad” (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, 2009, p. 67). Por ello, dan mucha importancia a la llamada “intervención breve” en el tratamiento de las personas que se encuentran en proceso de desarrollar la dependencia plena. Su puesta en práctica ha demostrado que se trata de un recurso eficaz: “Los programas de proyección y de intervención breves producen un descenso del consumo de alcohol de riesgo o nocivo, un descenso de los daños causados por este y un descenso de la mortalidad” (Anderson, Colom, Gual, 2008, p. 96).¹⁸

La intervención breve es un método clínico cuyo objetivo es dotar a los pacientes de recursos y habilidades para cambiar sus hábitos y requiere de su implicación y de una puesta en marcha rápida de las estrategias de cambio. No es exactamente el simple consejo que el médico le da al paciente porque necesita más tiempo y más sesiones, además de utilizar la empatía y motivación. Como el paciente puede ya estar sufriendo los daños del alcohol,

¹⁸Anderson,P.,Colom,J., Gual,A. (2008). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.*

es indispensable informar sobre el hecho de que esta intervención es necesaria para prevenir sus consecuencias.

El proceso consiste en: primero, evaluar o explorar precozmente a las personas que presentan problemas o riesgos con el alcohol, sin renunciar a exponer la gravedad de la situación. Después se les da un consejo breve que advierta de los daños que puede producir el alcohol; resulta útil rellenar un cuestionario donde los síntomas se registren.

A continuación, se adapta el tratamiento al estado de motivación. Las etapas de cambio forman parte de un proceso supeditado al grado de compromiso que es capaz de asumir el dependiente. Se le pide que rellene una escala en la que puede apreciar los cambios en su consumo de alcohol.

Por último, tras explicar los objetivos (realistas y alcanzables), el posible alcohólico ha de mantener la constancia a pesar de las posibles recaídas; el médico ejercerá una vigilancia periódica apropiada al nivel de riesgo, durante y después de la intervención. Si el paciente experimenta dificultades, habrá que plantearse un tratamiento superior y la orientación hacia un centro especializado.

El enfoque biomédico y la actuación clínica, por tanto, son los que aparecen en la mayoría de tratamientos y de referencias bibliográficas en Francia. A continuación se van a describir las modalidades de acción y asociaciones de autoayuda o de voluntarios que se alejan de la visión sanitaria del tratamiento en la región de Champagne-Ardenne.

Las más conocidas reciben el nombre de "Mouvements d'entraide", Movimientos de apoyo (antiguamente se denominaban "nephalistes"), y son asociaciones de personas que intentan ayudar a aquellos que están expuestos a los peligros de la alcoholización. Ofrecen distintas formas de colaboración con

los dependientes del alcohol. Suelen usar sobre todo el trabajo en red y en grupo, lo que permite encontrar una respuesta adaptada a cada situación y una orientación, si se ve necesaria, hacia los apoyos especializados.

Una de estas ayudas es el "Acompañamiento" en el hospital, en el domicilio, en el centro penitenciario, etc., para paliar el aislamiento y la incomunicación que pueden sentir los alcohólicos a medida que pierden la capacidad de relacionarse con normalidad en la sociedad.

Otra modalidad de acción es la "Terapia de grupo". Los "movimientos de apoyo" consideran que es la herramienta más útil al permitir compartir experiencias personales con la seguridad de que no se van a divulgar y serán tratadas con respeto, sinceridad y libertad de expresión. Un rasgo destacable es que en el desarrollo de las dinámicas grupales no se pueden emitir consejos médicos o especializados, para favorecer la participación espontánea de todos los integrantes y no perder el tono "cercano".

Con el "Compromiso" se consigue adquirir conciencia e implicar a los rehabilitados para que sigan vinculados a las terapias, tratamientos y al Movimiento en general para ayudar a aquellas personas que aún dependen del alcohol. Al contar sus testimonios a los demás, los exalcohólicos reciben una motivación para perseverar en su abstinencia y un refuerzo en su mensaje esperanzador, y los que escuchan esas experiencias ven que es posible resolver su problema.

La "Solidaridad y Convivencia" pretenden mantener la cohesión y contacto entre las personas que forman parte del movimiento. Con llamadas telefónicas, envíos de SMS o mensajes en las redes sociales de internet, los miembros se comunican y estrechan sus lazos. Regularmente participan juntos en fiestas, excursiones, congresos, o simplemente quedan para tomar el café.

Las asociaciones que se incluyen en estas modalidades de acción y "Mouvements d'entraide" son: Alcool, Ecoute, Joie et sante; Alcooliques Anonymes; Societé Française de la Croix Bleue; Les Pelerins de l'eau vive; Mouvement revivre "l'amitié sans alcool"; Mouvement vie libre; Groupes familiaux Al-Anon; La Pause (Addica, 2013).¹⁹

Entre todos los documentos franceses consultados sobre tratamiento de la dependencia alcohólica, solo en unos pocos aparecía alguna mención aislada a los trabajadores sociales o a su profesión. Tampoco hay muchas alusiones a la visión "bio-psycho-sociale" del problema. Este hecho sorprende debido a que no faltan las menciones teóricas sobre la importancia de un enfoque "médico-social" para intervenir correctamente en la atención a los alcohólicos.

Como muestra, en un libro sobre medicina generalista y prácticas adictivas se puede leer la siguiente afirmación: "El plan MILDT [Misión Interministerial de Lucha contra las Drogas y la Toxicomanía] 2008-2011 ha invitado a los futuros médicos y a otros profesionales de la salud y de Trabajo Social a formarse en la exploración y el apoyo a las personas que tienen problemas de adicción" (Beck, Demortière, Durand, Ménard y Verger, 2011, p. 106).²⁰

Esta declaración de intenciones es un reconocimiento explícito de la falta de preparación y conocimientos específicos en los ámbitos de las dependencias que poseen los sanitarios y trabajadores sociales franceses. Se nombra (por fin) el Trabajo Social, aunque se da por supuesta una carencia en los planes educativos y en la cualificación de estos técnicos. Así, se propone una actualización en torno a cómo formarse para tratar a los dependientes, pero se sigue obviando la necesidad de aprender a trabajar en equipo y de unir los

¹⁹ Addica (2013). *Guide des mouvements d'entraide en alcoologie*.

²⁰ Beck, F., Demortière, G., Durand, E., Ménard, C. y Verger, P. (2011). *Médecins du travail / médecins généralistes: regards croisés*.

saberes de las diferentes ramas para actuar de una manera interdisciplinar.

3.2.3. ALCOHOL Y SOCIEDAD

El Observatorio francés de drogas y toxicomanías (OFDT), en su boletín de junio de 2013, ha sintetizado y publicado los resultados de las encuestas realizadas por organismos como el INPES, ESCAPAD 2011 (Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté), ESPAD 2011 (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) y HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Algunos de los datos más sobresalientes son los que siguen. El número absoluto de consumidores de alcohol en 2010 en la Francia metropolitana, entre 11 y 75 años, fue de 44,4 millones sobre un total de 49 millones de franceses entre esas edades.

La experimentación de intoxicaciones agudas entre los jóvenes de 17 años ha evolucionado así: en el año 2000 fue un 56,4%; en 2011, aumentó más de dos puntos (58,5%). El consumo regular de alcohol entre los jóvenes de 17 años ha crecido entre 2008 y 2011 casi 2 puntos (2008: 8,9%; 2011: 10,5%). Hay diferencia entre los muchachos y las muchachas: 15,2% de ellos, 5,% de ellas. El porcentaje de jóvenes de 17 años que sufrieron embriaguez al menos tres veces en un año se incrementó en 2011 (27,8%) respecto a 2008 (25,6%), después de un periodo de descensos continuados desde 2003. En cuanto a las alcoholizaciones en una misma ocasión, el 53,2% de los jóvenes de 17 años declara este comportamiento en 2011, frente al 48,7% en 2008.

Junto a estas cifras, en general negativas, hay otras que son optimistas. En la edad adulta, los episodios de embriaguez son netamente inferiores. En 2010, las embriagueces repetidas (3 o más al año) afectaron al 8,0% de las personas entre 18 y 75 años; en estas edades, también los hombres fueron

muchos más, cuatro veces (12,9%) que las mujeres (3,3%). La evolución de la mortalidad asociada al alcohol tendió a descender en las últimas estadísticas. Ha crecido considerablemente el porcentaje de adultos que consideran que el alcohol es peligroso: 6% en 1999, 11% en 2013. Aproximadamente 133 000 franceses visitaron las consultas de los centros C.S.A.P.A. En 2011 (Adès, 2013).²¹

Según se ve en las estadísticas citadas anteriormente, los problemas del alcohol afectan sobre todo a los jóvenes. Por eso hay que seguir insistiendo en los programas de prevención dirigidos a ese sector de la sociedad, ya que pueden evitar consecuencias, además de las producidas directamente por el alcohol o su combinación con otras drogas (policonsumo) tan graves como accidentes en la carretera, relaciones sexuales sin protección, tráfico de sustancias ilegales, depresiones, etc.

Dentro de la población juvenil, la más vulnerable es aquella que pertenece a sectores en riesgo de exclusión. En Francia ha habido durante las últimas décadas una inmigración masiva procedente sobre todo del África francófona. No todos los jóvenes inmigrantes tienen el mismo grado de integración, por lo que se debería tener en cuenta y hacer especial hincapié en la sensibilización de esos menores, para impedir que consuman abusivamente drogas de fácil acceso como el alcohol.

Es evidente que existe una relación muy estrecha entre el consumo del alcohol y ciertos elementos presentes en la sociedad como la publicidad. Durante buena parte del siglo XX el vino gozó de gran popularidad como alimento saludable, incluso entre los propios médicos. No obstante, el clima de tolerancia que rodeaba al vino se fue cuestionando a partir de los años 80; en esa década se creó un ambiente más propicio (por ejemplo con la aparición de

²¹ Adès, J.E. (2013). *Drogues, chiffres, clés. Saint- Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies.*

datos estadísticos sobre el consumo) para que años después apareciese la ley Evin.

Esa ley, aprobada en 1991 pretendía luchar contra los estragos del tabaco y del alcohol. Fue muy polémica, sobre todo por parte de los *lobbies* productores de vino, y tuvo que modificarse en 2004. Se basaba en la distinción estricta entre publicidad informativa y publicidad incitativa, y prohibía la segunda argumentando que, en casos concretos, la imagen y el mensaje de la bebida podían interpretarse como un llamamiento agresivo a su consumo; esto muchas veces obligó a los publicistas a cambiar sus anuncios por otros que respetasen la ley, a fin de evitar su retirada (Couderchon, 2007).²²

La última ley francesa sobre consumo de alcohol (ley del 21 de julio de 2009) ha vuelto a provocar enfrentamientos entre los distintos agentes sociales y ha introducido a internet como soporte de los anuncios. Ha sido restrictiva con los mensajes en otros medios,

“Pero la ley igualmente ha autorizado la publicidad, directa o indirecta, a favor de las bebidas alcohólicas en Internet, lo que ha sido fuertemente criticado en los debates parlamentarios así como por organizaciones comprometidas en la lucha contra el riesgo alcohólico” (École des Hautes Études en Santé Publique, 2013, p. 1).²³

Un asunto que preocupa mucho a la sociedad francesa son los accidentes en los que interviene el alcohol como causante directo. Se trata de los

22 Couderchon, P. (2007). *La regulación política de la publicidad sobre el alcohol y su repercusión en la percepción de las campañas publicitarias.*

23 École des Hautes Études en Santé Publique (2013). *Les jeunes et l'alcool. Dossier documentaire.*

accidentes de tráfico y los accidentes laborales.

El alcohol fue la primera causa de los siniestros ocurridos en las carreteras en 2010, en particular entre los jóvenes. Cerca de 1 de cada 4 de los jóvenes muertos en ruta había consumido un exceso de bebidas alcohólicas. Los escenarios y las circunstancias de esos accidentes son los consabidos: los trayectos entre el domicilio propio y el de los amigos, los recorridos de bar en bar o el regreso de una velada; la mayoría se produjeron de noche o en la madrugada (Observatoire national interministériel de la sécurité routière , 2011).²⁴

En los años 2007-2008 murieron unas 1400 personas en territorio francés en accidentes provocados por el abuso de bebidas alcohólicas. En 2011 se pasaron cerca de 11,2 millones de controles de alcoholemia (el 80% de ellos fue rutinario o preventivo); el 3,5% de esos controles dio un resultado positivo (Adès, 2013).

Una medida reciente, que perseguía reducir los accidentes y muertes en carretera causados por el consumo de alcohol en el país vecino, fue la implantación del "éthylotest" o el alcoholímetro obligatorio en los vehículos. Los conductores debían conducir obligatoriamente con un alcoholímetro sin usar, homologado y de disposición inmediata en el interior de su coche. Esta norma pretendía prevenir contra los accidentes ligados al alcohol y quería desarrollar el autocontrol entre los automovilistas, educándolos con pautas que respetasen y moderasen las situaciones de riesgo, como puede ser la combinación del alcohol y el volante.

Sin embargo, el "éthylotest" ya no será obligatorio para circular por Francia. El Ejecutivo francés decidió poner fin y dar marcha atrás a esa norma

²⁴ Observatoire national interministériel de la sécurité routière (2011). *Données détaillées de l'accidentalité*.

que había abierto un debate de concienciación social entre partidarios y detractores. Las causas de su suspensión son, por un lado, la fiabilidad dudosa de algunos aparatos, y por otro, las dificultades de suministro y los abusos en la inflación excesiva de precios debido a la demanda.²⁵

El trabajo tiene un gran impacto sobre el consumo de sustancias adictivas; es un factor de inserción social y puede ayudar a algunas personas a reducir o acabar con su dependencia. Por el contrario, la situación de desempleo es uno de los factores más influyentes que contribuyen a desarrollarla. Y, además, existe el fenómeno de los accidentes laborales en los que el alcohol tiene toda o parte de la responsabilidad.

En el Plan del gobierno francés de lucha contra las drogas y las toxicomanías 2008-2011, se hablaba del intento de reducir accidentes profesionales y absentismos debidos al uso de alcohol u otras drogas en el desempeño de las actividades laborales. Un porcentaje no despreciable de trabajadores confiesa ser consumidor cotidiano de bebidas alcohólicas. El alcohol forma parte de las rutinas en muchas profesiones y el entorno lo hace casi obligatorio, por lo que

“la influencia del medio profesional y de las condiciones de trabajo en los consumidores es algo a tener en cuenta: tolerancia a los acontecimientos festivos para el alcohol en ciertos medios, dimensión social e integradora de los productos, penosidad del trabajo, trabajo de noche, trabajo de esfuerzo o por fuerte calor, intensificación del trabajo, carga de trabajo...”
(Beck et al., 2011, p.30).

25 www.abc.es/motor-reportajes/20130204/abci-alcoholímetros-particulares-francia-aplazados-201302011104.html . Revisado el 20 de junio de 2013.

Esto obliga a extremar las precauciones en los centros de trabajo, especialmente en aquellas tareas que entrañan un riesgo físico en su desempeño. Por otra parte, el alcohol está en el origen de muchas de las horas de trabajo que se pierden por enfermedades relacionadas con su consumo (Cour des comptes, 2013).²⁶

En Francia crece la percepción del alcohol como un enemigo público al que hay que perseguir. A pesar de la tradición cultural en torno a las bebidas alcohólicas, las políticas gubernamentales de prevención y tratamiento piden cada vez más dureza con la publicidad, la venta ilegal o las infracciones cometidas bajo los efectos del alcohol.

Aunque las estadísticas no señalen expresamente una tendencia muy negativa, parece que la sociedad francesa es consciente de los riesgos que tiene el consumo del alcohol, aun cayendo en el tremendismo: "Para la conducción en estado alcohólico y la embriaguez en la vía pública, el alcohol es explícitamente la causa. Pero está igualmente presente en otras infracciones, en particular las agresiones (golpes, agresiones sexuales y crímenes)" (Alcoolinfoservice, 2010, p.1).²⁷

26 Cour des Comptes (2013). *Les accidents du travail et maladies professionnelles: les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale.*

27 Alcoolinfoservice (2010). *Les conséquences sanitaires et sociales la consommation d'alcool.*

4. VALORACIÓN COMPARATIVA DE ALGUNOS RASGOS

España y Francia han puesto en marcha Planes de acción contra el alcohol y las drogas inspirados en las pautas que establece la Unión Europea en su Estrategia aprobada en diciembre de 2012. Esa estrategia común empezó en 1995, cuando la Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol celebró en París una asamblea para ratificar la Carta Europea sobre el Alcohol. Fue un hecho histórico definitivo, porque a partir de entonces se coordinaron entre todos los Estados miembros las políticas globales relacionadas con el alcohol.

Por supuesto, los planes francés y español tienen muchos puntos en común, como el carácter "largoplacista" (son cuatrienales), si bien actualmente en Francia, por el cambio de gobierno, se está desarrollando una política provisional de un año de duración, hasta que entre en vigor el próximo Plan.

Otro aspecto que comparten los dos Planes es que hacen autocrítica de los errores anteriores y reconocen que las medidas adoptadas hasta el momento han sido insuficientes e ineficaces, y en consecuencia deben corregirse.

Sin perjuicio de esos aspectos semejantes, se pueden observar algunas diferencias. En España, la responsabilidad del Plan reside en un ministerio; en Francia, colaboran varios ministerios: de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Agriculture et de la Pêche, de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, de l'Intérieur, de la Défense, de la Justice, du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, du Logement et de la Ville y en menor medida otros ministerios. Así pues, se adopta una estrategia "transversal" que pretende involucrar a casi todos los departamentos y que da cuenta de la trascendencia que se le otorga al problema, al menos en la teoría.

En cambio, el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 español es competencia de un solo ministerio (el de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), aunque define su línea de actuación como "integral". En efecto, hay continuas alusiones al papel que desempeñan los padres y las redes cercanas del enfoque sistémico, que se han expuesto en el apartado correspondiente a la delimitación conceptual.

En lo relativo a la prevención hay disparidades. El Plan español se propone como uno de sus principales objetivos sensibilizar a la población y crear en ella una "responsabilidad social", ya que todavía no es consciente de la gravedad del problema.

En coherencia con el enfoque sistémico, subraya la importancia de la familia como uno de los principales agentes de la prevención; también reconoce que, para que el apoyo familiar sea eficaz, se necesitan más coordinación y datos que confirmen la validez de los proyectos.

El Plan francés nombra a las familias alguna vez, pero se alude a la desorientación de los padres y a sus dificultades para ejercer su papel debido a la falta de autoridad. Da la impresión de que los franceses confían más en su sistema educativo que en las familias: las acciones de prevención se inician ya en la escuela elemental o primaria, y se habla de hacerles reflexionar a los niños sobre las consecuencias de sus actos, de desarrollar sus competencias psicológicas, cívicas y sociales y de fomentar su capacidad de juzgar por sí mismos si les convienen o no las adicciones. En las enseñanzas de segundo grado y en la etapa universitaria se profundiza en esos valores, de manera que hay una continuidad a lo largo del proceso educativo. Se encuentran menciones explícitas a la forma en que se verá la prevención de las adicciones en distintas asignaturas y en todos los niveles.

Por otro lado, las asociaciones francesas que operan en el entorno de las adicciones organizan intervenciones planificadas y periódicas en los establecimientos escolares. Informan y contribuyen a la creación de hábitos saludables con materiales y recursos educativos atractivos en formato papel y digitales.

El Plan español cita también a los centros de enseñanza como ámbitos preferentes de la prevención, pero no les concede tanta importancia como el francés. La educación para la salud es un tema transversal en los currículos oficiales, aunque en la práctica es muy difícil introducir los contenidos que no son propios de las asignaturas. Al final, las actividades concretas se dejan en manos de visitas esporádicas a los colegios e institutos de algunas entidades (Cruz Roja, exalcohólicos).

Una fórmula que podría haber paliado esa carencia en España fue la implantación de la asignatura Educación para la Ciudadanía; su inclusión en los currículos no estuvo exenta de polémica, aunque era idónea para desarrollar en el alumnado una capacitación en habilidades para evitar situaciones de riesgo ante el consumo de drogas; se habrían introducido elementos de reflexión y pautas de comportamiento que de otra forma eran cuestionados en los institutos.

En Francia se han ido creando numerosas instituciones y organismos que se dedican a todo lo relacionado con las drogas. Existe, por ejemplo, dentro del sistema judicial, el PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), que se ocupa de muchos aspectos ligados a las adicciones. Y hay departamentos específicos, no solo en el ministerio de la Salud, que abordan cuestiones concretas sobre las adicciones. Unas se dedican a informar a la sociedad, otras se han especializado en el tratamiento mediático, otras desarrollan programas de tratamiento, algunas investigan científicamente y difunden los resultados de sus estudios para que sean aprovechados en todos los ámbitos, etc.

En España, hay muchas menos instituciones de ese tipo. Quizás se deba al sistema mucho más descentralizado que el francés, donde las Comunidades Autónomas tienen sus propias competencias en esta materia. En cualquier caso el Plan español asegura que sus decisiones y el diseño de sus actuaciones están consensuados con la mayoría de Autonomías.

El *lobby* viticultor francés, por la importancia que ha tenido tradicionalmente, es un agente económico que ejerce todavía bastante presión en las medidas que intenta implantar el Estado. Se ha podido ver en asuntos como las leyes que regulan la publicidad o las que administran la venta de alcohol a los menores, que han conseguido un trato más favorable a los intereses de las bebidas alcohólicas.

El caso español es algo diferente. Una muestra podría ser la polémica que se suscitó cuando, en 1994, el gobierno quiso eliminar las enormes siluetas del toro de cierta marca alcohólica que aparecen en algunas carreteras. Numerosos municipios y algunas Comunidades salieron en su defensa, hasta el punto de que la Junta de Andalucía pidió que fuera catalogado "bien cultural y artístico". En 1997 terminó siendo "indultado" y la sentencia del Tribunal Supremo dejó claro que ya no es un mero soporte publicitario sino un símbolo estético y cultural. Más que la presión de las bodegas, el toro se salvó por motivos artísticos y políticos.

El botellón como se concibe en España no está tan extendido en Francia. Los jóvenes suelen beber en casas y locales cerrados, pocas veces lo hacen en la calle en grupos numerosos. Estas distintas costumbres han originado políticas que actúan de manera diferente. La legislación francesa es muy estricta con la venta de y el consumo de menores en grandes superficies, en barras libres y pubs que ofertan promociones más económicas a los bebedores. La legislación española es más permisiva, o al menos su aplicación real es más

deficiente.

En cuanto a los tratamientos e intervenciones, mi exploración se ha focalizado en dos instituciones muy divergentes: Fundación Doctor Valero Martínez ASAREX y C.S.A.P.A.

ASAREX es una fundación que se financia con las cuotas de los socios y con una ayuda del Gobierno de Aragón. Aplica un enfoque biopsicosocial gracias a la presencia de una trabajadora social que aporta su propia perspectiva en la atención de los dependientes. Esta actuación contribuye a ampliar la visión sociológica del alcohol y busca la implicación de todas sus redes cercanas a través de las dinámicas de grupo y entrevistas.

El rol de los exdependientes es fundamental; son quienes verdaderamente ayudan a las personas que acuden a la Fundación. Y también las familias y los amigos desempeñan un papel decisivo en su recuperación.

C.S.A.P.A. tiene otro funcionamiento. Económicamente depende de las subvenciones estatales y de una compañía aseguradora. Su plantilla, más numerosa que la de ASAREX, incluye en su mayoría a profesionales y especialistas de la sanidad. No hay ningún trabajador social ni voluntarios; tampoco colaboran los exdependientes. Se puede afirmar que su planteamiento es completamente biomédico.

Un campo muy representativo de las relaciones entre el alcohol y la sociedad es el que atañe al tráfico rodado. A pesar de que se ha ido reduciendo el número de accidentes por consumo de drogas, en los Planes de los dos países aún se insiste en la idea de que hay que prevenir los siniestros que son debidos en una alta proporción a la ingesta excesiva de alcohol.

Las cifras que aparecen en las encuestas (ESPAD, ESCAPAD, ESTUDES.

EDADES,...) no presentan grandes disparidades estadísticas entre Francia y España. Uno de los datos más significativos es que ambas comparten un repunte en el consumo de alcohol por parte de los jóvenes. Por ello, en los Planes se pone mucho énfasis en los programas y medidas que los tienen como destinatarios.

5. CONCLUSIONES

En este capítulo se recogen las conclusiones de la investigación. Los argumentos se basan en los resultados de la observación directa, la consulta de bibliografía y el análisis de las experiencias e informaciones obtenidas en España y Francia entre los meses de octubre de 2012 y junio de 2013. Después, a partir de la reflexión sobre la teoría específica, los datos y los hechos estudiados, se comprueba si las hipótesis que sirvieron como punto de partida para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado se confirman o se desmienten en su desarrollo.

Una de las ideas que más me han atraído en el abordaje del problema del alcohol es la evolución que han experimentado mundialmente la visión y la terminología en torno al alcoholismo (vicio, borracho, enfermedad, paciente...). Se han superado prejuicios y en la actualidad es considerado un proceso en el que intervienen factores que deben ser tenidos en cuenta desde muchos ámbitos, y sobre todo con una participación más activa de todos los sectores de la sociedad: "Reducir el uso nocivo del alcohol mediante medidas normativas eficaces y la infraestructura necesaria para aplicarlas correctamente no es una cuestión que se circunscriba a la salud pública" (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 3).¹

En algunos de los trabajos bibliográficos se resaltaba la escasez o ausencia de datos recientes sobre los distintos fenómenos implicados en la dependencia alcohólica. Por ejemplo, no se tienen estudios (cifras, encuestas, estadísticas) sobre los proyectos de actuación contra las drogas que se están llevando a cabo en toda España; y aquellos que se conocen, particularmente a través de los medios de comunicación, no describen con rigor la realidad, sino que hacen que destaquen los detalles más inquietantes y alarmistas. Así, la

¹ Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol*.

sociedad percibe erróneamente la dimensión del problema y se perpetúan tópicos y estereotipos que ya tendrían que estar superados.

Aun siendo países parecidos en muchos aspectos y muy próximos en lo geográfico, España y Francia no afrontan la dependencia alcohólica con un mínimo de coordinación. Sí que se enuncia en los Planes la intención de emprender acciones conjuntas con los países miembros de la Unión Europea; pero casi todas las referencias a Europa en el Plan francés tienen que ver con la seguridad y la persecución del tráfico ilegal de drogas. En el Plan español sucede algo similar.

Parece indiscutible que las dos naciones se beneficiarían de un intercambio de conocimientos y de modelos de actuación. Sin embargo, en materia de alcoholismo no hay estudios conjuntos ni comparativos, y de momento tampoco hay una voluntad expresa de establecer políticas comunes.

Un rasgo que también me ha llamado la atención es la aceptación bastante generalizada del consumo del alcohol, en especial del vino, en la sociedad francesa. Si bien siempre se justifica por la influencia de la tradición, en el caso concreto de Francia es más notable debido a la importancia del sector vinícola. Este hecho me sorprendió los primeros meses ya que la figura del consumidor habitual es bastante frecuente. Además, no se trata de una cuestión generacional: la aparición del alcohol en todo tipo de situaciones está normalizada y en algunos contextos su abuso no es juzgado con severidad.

La imagen de un joven andando por la calle con una botella de vino en la mano, o con varias en la cesta del supermercado, que en España es cada vez más insólita y suscitara comentarios acusatorios, en Reims no es infrecuente. Allí, muchos jóvenes entienden que acompañar una comida con vino no es una anomalía gastronómica, sino algo natural y propio de un "bon vivant".

Un caso especial de este fenómeno lo constituye el servicio "Apéro" de venta a domicilio de bebidas alcohólicas (ver en el Anexo 5 "Reims Apéro, bar à domicile"); en Reims pude comprobar que es un negocio floreciente. Resulta paradójico que, al solicitar unas botellas, de champán por ejemplo, se advierta de la peligrosidad de su uso excesivo y se invite a consumir con moderación; y que la empresa se inhiba de su responsabilidad asegurando que invertirá una parte del dinero: "un euro por cada pedido a las consecuencias directas o indirectas del alcohol".

Tal vez estos ejemplos expliquen por qué en Francia la Política de Lucha contra las Drogas y las Toxicomanías de 2013 no nombra apenas a las familias como protagonistas en los programas de prevención y tratamiento de la dependencia alcohólica, y delegan en los centros educativos la mayor responsabilidad de formar en hábitos saludables y en el rechazo del uso excesivo del alcohol.

En España, por el contrario, empieza a extenderse la idea de que es indispensable afrontar las dependencias desde un enfoque familiar y sistémico. Esta diferencia en la forma de intervenir española frente a la francesa permite ampliar el campo de actuación, y con ello obtener una visión más completa del problema y de su posible solución.

En el caso supuesto (por desgracia, cada vez más frecuente) del menor ingresado por coma etílico, que se proponía en el apartado referente al alcohol y la sociedad española, se formulaban varias preguntas sobre en quién debían recaer las responsabilidades de dicho percance: el joven, los amigos, el vendedor que incumplía las normativas, los padres, las administraciones, etc. Pero esas preguntas no son las correctas, porque desvían la atención del verdadero interrogante que habría que plantearse. En un enfoque sistémico, más que "¿quién?" o "¿por qué?" habría que preguntarse "¿qué ha pasado aquí y ahora?", porque en realidad lo que interesa es actuar sobre el hecho en sí,

viéndolo como el resultado de muchos factores interconectados.

Por consiguiente, la respuesta a esas preguntas no se puede dar desde una perspectiva aislada o parcial. Solo con un prisma abierto y multidimensional se podría encontrar la explicación a los fenómenos sociales relacionados con el alcohol. En esa línea se plantearon las hipótesis que dieron origen a este Trabajo de Fin de Grado:

- Existe una excesiva importancia de la perspectiva médica en los casos francés y español.

Esta es la primera hipótesis que se formulaba al comienzo del trabajo. En general, existe una contradicción clara en la manera de abordar el problema del alcohol: si bien hay consenso en cuanto a que el desarrollo de la dependencia alcohólica en una persona se debe fundamentalmente a factores sociales, culturales, psicológicos, etc., no hay una actuación que los incluya, y si la hay es reciente y está todavía poco asentada. Tradicionalmente ha existido un dominio de la Medicina para tratar el alcoholismo y esto ha impedido que se actúe desde un campo de intervención más extenso.

A lo largo de la investigación se ha podido comprobar que hay diferencias entre Francia y España. Por ejemplo, en el modelo español, hasta hace pocos años ha predominado la perspectiva médica. Siempre se había hecho especial hincapié en los tratamientos sanitarios. Sin embargo, en el Plan de Acción Sobre Drogas 2013-2016 las referencias a los médicos han ido desapareciendo y las estrategias de actuación tienen un carácter más integral.

En el documento francés que establece las pautas para la prevención y tratamiento de la dependencia alcohólica (Política de Lucha contra las Drogas y las Toxicomanías) sucede todo lo contrario. Las alusiones a los médicos son constantes en todos los apartados del texto, y esto denota una evidente

inclinación hacia la perspectiva biomédica; la llamada “intervención breve” es una prueba de cómo el método clínico deja la atención a los dependientes alcohólicos en manos exclusivamente de los médicos. Estos no se plantean en ningún momento que puede haber soluciones más eficaces, casi siempre recurren al binomio enfermo-fármaco.

Una explicación a este fenómeno puede encontrarse en el sistema de trabajo que se sigue en la elaboración de los Planes respectivos. En Francia, a pesar de la participación de muchos ministerios y de afirmarse que se trata de un enfoque transversal, las pautas se ofrecen como algo definitivo, se imponen de “arriba a abajo”. En España, el Plan es resultado de la consulta y participación de muchos sectores: las administraciones central y autonómicas, por supuesto, pero también los expertos y las ONG. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad propuso unos temas de reflexión y recabó la opinión y las propuestas de esos agentes. Después recogió las aportaciones de todos e hizo una síntesis. Como se puede apreciar, en este caso el sistema fue de “abajo a arriba”:

“es importante señalar que también suponen novedades con respecto al anterior Plan de Acción (...). La primera ha sido la búsqueda de consenso de todos los actores implicados. Para ello se ha constituido un grupo de trabajo en el que han participado prácticamente todas (*sic*) los Planes Autonómicos (...), se ha pedido opinión a las ONGs del sector, a las Sociedades Científicas y a expertos de reconocido prestigio, así como a los agentes sociales y otros Centros Directivos” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 1).

Otra novedad fue que no solo colaboraron en la redacción del Plan, sino

que se les pidió también una mayor participación en la realización de las acciones con mayor implicación y responsabilidad.

Por lo tanto, la hipótesis es cierta en el caso francés, ya que en su Plan domina la visión médica y en las actuaciones concretas se aprecia el mayor peso de lo sanitario. En cambio, el modelo español, sin despreciar la contribución de las ciencias médicas, es algo más abierto y recoge las prestaciones de otras áreas.

- La intervención profesional del trabajador social es prácticamente inexistente

En Francia, la atención a los dependientes se gestiona mayoritariamente a través de los C.S.A.P.A. Estos centros están institucionalizados y dependen directamente del Ministerio de Sanidad. Se denominan a sí mismos interdisciplinarios ya que en ellos trabajan médicos, psicólogos, dietistas, enfermeras, secretarias, pero no hay ningún trabajador social. En realidad, las menciones a los trabajadores sociales son muy difíciles de localizar en la bibliografía específica sobre alcoholismo de este país.

Este hecho contrasta con algunas declaraciones teóricas que se pueden encontrar en los documentos oficiales franceses, como el Plan gubernamental 2008-2011; allí, se afirmaba que la medida número 21 para prevenir y tratar las dependencias alcohólicas era "Desarrollar la enseñanza en adictología para las profesiones paramédicas y los trabajadores sociales" (Ministère de la Santé et des Sports, 2008, p. 60).

Por otra parte, en un libro publicado por el INPES (Institut National de Prévention et Éducation pour la Santé) dirigido a los médicos del trabajo y "generalistas", se insinúa que los trabajadores sociales deben ser tenidos en cuenta en los casos de drogodependencias detectadas en el ámbito laboral:

“los médicos del trabajo deben poder solicitar y tomar la opinión de los enfermeros y trabajadores sociales de servicios de salud en el trabajo (cuando estos existan)” (Beck et al., 2011, p. 62). Pero es significativo que se matice entre paréntesis “cuando estos existan”: en Francia no está todavía muy extendida la disciplina científica de Trabajo Social, y menos aún en materia de actuación contra las drogas.

En España, las alusiones a los trabajadores sociales van siendo mucho más frecuentes, aunque este incremento se haya dado sobre todo en los últimos años. En otros epígrafes de esta investigación se han nombrado casos como la publicación de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) de 2009, en la que muchos de los artículos estaban redactados por trabajadores y trabajadoras sociales.

Poco a poco, las administraciones han reconocido el valor de las aportaciones de esta profesión, no solo en el tratamiento de los dependientes, sino también en la planificación de actividades de prevención, sensibilización y concienciación social.

Esto no implica que en nuestro país el Trabajo Social se encuentre en plano de igualdad o en una situación privilegiada respecto de las otras disciplinas que operan en el campo de la drogodependencia. Es cierto que los trabajadores sociales tienen un papel cada vez más participativo, pero se echa en falta un reconocimiento explícito de sus atribuciones, que concrete las competencias para evitar que se solapen con las de otros especialistas.

Esta hipótesis, pues, se confirma en el caso francés y es más opinable en el español. No cabe duda de que los franceses pretenden adoptar e implantar un punto de vista interministerial, en el que se recojan fórmulas que abarquen todas las caras del problema; pero hay un claro menoscabo del trabajador social como actor indispensable. Y no basta con introducir pequeñas reformas

en los planes de estudios para actualizar los conocimientos pertinentes.

Aquí, la situación es diferente: no se puede hablar de una "inexistencia" o un "menosprecio" del Trabajo Social, aunque hay que avanzar todavía en la determinación y valoración de la labor que esta profesión lleva o puede llevar a cabo y contar con el trabajador o la trabajadora social como otro especialista más en el equipo interdisciplinar.

- En cuanto a la prevención del consumo de alcohol, se puede apreciar una visión "resignada", que acepta la derrota frente a las drogas, en las campañas de los distintos planes.

Un análisis superficial de las campañas publicitarias contra el alcohol, que emprenden los organismos públicos de los dos países, podría dar la impresión de que se toman muy en serio la dimensión del asunto. Los anuncios que aparecen en los distintos medios insisten mucho en el tremendismo y el alarmismo. Pero una vez más, en la práctica, no hay una correspondencia entre esa visión y las medidas que se adoptan para evitar las situaciones de riesgo.

Una muestra patente son los cambios en la Ley de Tráfico y Seguridad Vial española, presentados en el Consejo de Ministros el 26 de julio de 2013. En ella se duplica la sanción económica por conducir bebido (pasa de 500 a 1000 euros); sin embargo, habría sido más coherente reducir también la tasa de alcohol permitida, y eso no se ha hecho. Se da por supuesto que se puede consumir "algo" al volante, en vez de tratar de prevenir los accidentes con un consumo cero. Además, hay muchas quejas en torno al cumplimiento irregular de las penalizaciones con que son castigados los infractores, hasta el punto de que se pueden cometer arbitrariedades y se impide finalmente el efecto

disuasorio de la ley.² En Francia, las multas y las tasas de alcoholemia son muy similares a las españolas.

Otra prueba es la falta de contundencia de las administraciones reguladoras en la publicidad de bebidas alcohólicas dirigida a los jóvenes. La Organización Mundial de la Salud, en su Plan Europeo de Actuación sobre alcohol publicaba este dato: "En 2007 la encuesta realizada por el Eurobarómetro aportó que el 76% de la población de la UE aprueba la prohibición del alcohol dirigida a jóvenes en todos los estados miembros" (citado por Tortosa, 2010, p. 37). Es decir, más de las tres cuartas partes de los europeos estarían de acuerdo en vedar los anuncios que incitan a los adolescentes a beber alcohol. No obstante, los gobiernos no impiden su difusión y no ejercen su autoridad.

También podría ser relevante la elaboración y aplicación de las medidas preventivas de España y Francia con carácter "colateral". Esto es, existe una falta de correspondencia entre los programas y acciones que se llevan a cabo para evitar el alcoholismo en menores y los gustos y las inquietudes de estos. En muchos casos, los responsables de diseñar esas campañas no recogen información de las personas a quienes van dirigidas, y se basan exclusivamente en sus propios estereotipos o conocimientos caducados sobre el colectivo juvenil; no se suelen hacer sondeos ni encuestas directas a este sector.

Por ejemplo, hay una tendencia bastante general a organizar actividades alternativas de ocio nocturno y tiempo libre entre los jóvenes para evitar la "diversión" basada en el consumo de alcohol. Pues bien, la asistencia a esos actos acostumbra a ser minoritaria, y pese a ello tampoco se sabe cómo modificar las estrategias para que tengan el efecto deseado.

² elpais.com/elpais/2013/07/26/opinion/1374863739_276943.html, revisado el 26 de julio de 2013

La hipótesis que se está analizando se verifica parcialmente. Sin caer en una visión demasiado catastrofista, se puede criticar la actitud tolerante o sumisa que aflora en las disposiciones preventivas del consumo de alcohol. Son convenientes medidas y planteamientos más eficaces en las campañas de sensibilización de la sociedad, en especial las destinadas a los grupos de riesgo. Además, hay que entender la prevención como un proceso y no únicamente como la suma de actividades y acciones que no tienen continuidad en el tiempo y pretenden conseguir resultados de inmediato.

- Se insiste demasiado en la actuación individualizada frente al "enfermo", y no se adopta una estrategia sistémica que implique a sus redes de apoyo más cercanas.

Como se ha podido apreciar en el análisis de la primera hipótesis, en Francia el predominio de una perspectiva biomédica produce un paradigma de atención parcial; en España, ya en 1988 (XVI Jornadas Nacionales organizadas por Socidrogalcohol), algunos médicos entendieron que se tenía que completar el tratamiento, para conseguir una actuación más holística e interdisciplinar, de lo que es considerado una patología en medios sanitarios.

El hecho de que, tanto en Francia como en España, siga dándose una intervención clínica mayoritariamente, ha dificultado la entrada y asimilación de ideas interesantes como la Teoría General de Sistemas (TGS), que aporta la Sociología entre otras disciplinas.

Al haber encarado la investigación desde un prisma sistémico y de redes, se ha constatado que existen diferencias en la interpretación que ambos países dan a la dependencia alcohólica. Se ha mostrado cómo en Francia la familia, por ejemplo, se encuentra en una posición secundaria frente a otras instituciones sociales, como la escuela, en las tareas de prevención e

intervención. Esto impide la inclusión o la participación de actores sociales próximos al alcohólico, que pueden contribuir y aportar recursos para su "rehabilitación", a través de la interconexión e interdependencia que estos vínculos generan.

Aunque haya algunas asociaciones, de carácter no gubernamental, que recaban el apoyo familiar en la atención en la ayuda a los dependientes, se encomienda casi exclusivamente al Estado francés, a su sistema hospitalario, su tratamiento , prevención y reinserción.

En España, se está superando paulatinamente esa visión reduccionista del problema. La familia, como entidad social que posee un papel importante mediante la *díada* (o lazo específico entre dos agentes) con el dependiente, forma parte de las terapias de grupo que sirven para ayudarlo y para involucrarla en la recuperación gracias al diálogo entre iguales.

Esta demanda de intervención más integral contra el alcohol no se centra únicamente en las instituciones sanitarias. Las entidades privadas (se ha examinado el caso de la FARE) asumen la importancia de la colaboración con las familias, e insisten en la exigencia de combinar las diferentes profesiones con el trabajo en equipo.

Se han confrontado el modelo francés y español, y se ha comprobado que también aquí hay distintos protocolos de actuación. En nuestro país, la TGS y la teoría de redes se están implantando en los últimos años y su buen funcionamiento hacen de ellas unos instrumentos necesarios con los que se cuenta en los Planes de Acción. En el país vecino, todavía no se incluyen las redes cercanas como posibles estructuras que ayudan y refuerzan los tratamientos, por lo que se basan en una intervención particularizada del alcoholismo.

6. PROPUESTAS DE FUTURO

Es muy difícil agotar todas las facetas del tema que me he propuesto investigar. En el apartado de "Dificultades" se han explicado los obstáculos de todo tipo que he ido encontrando tanto en Francia como en España. He aludido al problema del idioma, al acceso a la bibliografía, a la escasez de ciertos datos y a otros impedimentos que han complicado mi tarea.

Además, el propio asunto que he tratado es múltiple y heterogéneo, dado que si ya resulta arduo analizar el fenómeno y las actuaciones en torno al alcoholismo dentro de un país, lo es mucho más si se pretende comparar con otro. Pero mi motivación ha sido grande y he intentado suplir esas carencias con interés y constancia.

Así pues, voy a proponer de manera breve unas medidas de futuro concretas y otras generales que, modestamente, considero que pueden ser útiles para ayudar a corregir ciertos errores que he percibido en diversos aspectos del asunto tratado a lo largo de mi estudio:

- Abordar la presencia de hechos que trivializan el problema del alcohol en las redes sociales (Facebook, Youtube, Twitter...). Se están dando muchos casos de vídeos, fotografías, concursos en fiestas y muchas otras manifestaciones abundantes en la sociedad, que exhiben el consumo excesivo del alcohol como si se tratara de un juego, de una práctica sin riesgo, o que incluso lo ensalzan.
- Consultar, formulando encuestas, a los adolescentes y a otros grupos vulnerables sobre sus preferencias y necesidades, para adaptar las actividades y campañas institucionales de prevención y tratamiento de manera más efectiva.

- Recoger y ampliar los datos que se tienen y otros que faltan acerca del fenómeno de la dependencia alcohólica. Dos ejemplos, de los muchos que se podrían aducir: no he encontrado estadísticas sobre el porcentaje de personas dependientes que acuden a los centros de apoyo públicos o privados diferenciadamente; tampoco hay cifras sobre la participación de las ONG, las asociaciones de madres y padres, etc. en las actividades de prevención.

- Aprobar y aplicar con rigor una legislación más estricta en la venta, consumo y promoción del alcohol. Y no solo en cuanto a medidas punitivas; también en el incentivo o trato favorable a aquellas personas, entidades y empresas que apoyen las acciones de prevención, tratamiento y reinserción.

- Promover la colaboración bilateral entre las asociaciones francesas y españolas que actúan en el campo de la drogodependencia, y en concreto del alcohol. En estos momentos, pese a que son dos países muy próximos en lo geográfico, no existen líneas que permitan una comunicación directa y convenios entre ellas.

- Facilitar la coordinación entre los distintos sectores de la sociedad. El alcoholismo trasciende el ámbito de la salud y han de implicarse otros campos como el de la educación, el empleo, la justicia, la política fiscal, la agricultura, etc. La política interministerial del Plan Francés sería un buen punto de partida siempre y cuando se llevara a la práctica de manera real.

- Reivindicar una labor más visible y real del trabajador y la trabajadora social. El fenómeno de la drogodependencia alcohólica debe ser acometido desde las diversas especialidades a través de un equipo

interdisciplinar; en él no ha de faltar la figura de estos profesionales, ya que gracias a su formación académica y a su adopción del enfoque sistémico y del trabajo en red se consigue una praxis más coherente y fructífera.

Por último, no quisiera terminar este trabajo sin expresar mi reconocimiento a las personas e instituciones que me han ayudado a realizarlo. Son: la Fundación Doctor Valero Martínez ASAREX en Zaragoza, en especial la trabajadora social Angelines Calvo Ezquerra, y Salvador y José Mari, terapeutas dentro de la misma, entre otros; también, en Francia, la A.N.P.A.A.51 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) y su C.S.A.P.A. (Centre de Soins, Accompagnement et Prévention en Addictologie) de Reims. Muchas gracias a todas y a todos.

7. BIBLIOGRAFÍA

Adès, J.E. (coord.) (2013). *Drogues, chiffres, clés*. Saint-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Disponible en: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2013.pdf>

Addica (2013). *Guide des mouvements d'entraide en alcoologie*. Reims: Autor. Disponible en: http://www.addica.org/medias/mvt_rca.pdf

Alcoolinfoservice (2010). *Les consequences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool*. (s. l.): Autor. Disponible en: http://www.alcoolinfoservice.fr/IMG/pdf/Les_consequences_sanitaires_et_sociales_de_la_consommation_d_alcool_Doc.pdf.pdf

Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer una investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós.

Álvarez, C., Freixa, F., Pascual, F., Santodomingo, J., Torres, M.A. (2009). *Historia de las adicciones en España contemporánea*. Valencia: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf

Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de una investigación social*. Buenos Aires, Lumen. Disponible en: http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-content/uploads/2011/04/IT_Ander-Egg_1.pdf

Anderson,P., Colom, J., Gual,A. (2008). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. París: INPES. Disponible en:

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf

Anderson P, Baumberg B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies, disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

Arbex, C. y Comas, R. (2003). *Habla con ellos. Ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior. Disponible en:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Habla_con_ellos.pdf

Arteaga, C. (s.f.). *La investigación como estrategia de intervención del Trabajo Social* (s.l.) (conferencia magistral). Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/investra.pdf>

Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de La Bañeza (2010). *Manual de autoayuda para consumidores dependientes de bebidas alcohólicas*.

León: Junta de Castilla y León. Disponible en:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manualautoayuda_ARBA2010.pdf

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de la Marne (2012). *Rapport d'activité 2011*. Reims: Autor. Disponible en:

www.anpaa51.fr/doc/ANPAA_RA_2012.pdf

Baratta, A. (1991). Introducción a una sociología de la droga: Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias. En: Escohotado, A., Baratta, A., González, S., Escribano, M., Zaragoza, J., González, C. y Funes, J. *¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate*. Madrid: Editorial Popular, pp. 50- 67. Disponible en: http://www.revistajuridicaonline.com/images/stories/revistas/1993/07/7_introduccion_a_una_sociologia_de_la_droga.pdf

Beck, F., Demortière, G., Durand, E., Ménard, C. y Verger, P. (2011). *Médecins du travail / médecins généralistes: regards croisés*. Saint-Denis: INPES. Disponible en: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf

Becoña, E. (2006). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas, *Papeles del psicólogo*, vol. 28(1) 11-20. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>

Borrell F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica* 119 (5) Barcelona: Llobregat. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13034093&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=131&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v119n05a13034093pdf001.pdf

Carballo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., García-Rodríguez, O. y Secades-Villa, R. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias, *Papeles del psicólogo*, vol. 28(1), 29-40. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1426.pdf>

Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código deontológico de Trabajo Social*. Madrid: Autor. Disponible en:

http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo_deontologico

Córdoba, T. y Robledo, R. (2007). *Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia*. Barcelona: Sociedad española de Medicina de familia y comunitaria. Disponible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AlcoholAtencionPrimaria.pdf>

Couderchon, P. (2007). La regulación política de la publicidad sobre el alcohol y su repercusión en la percepción de las campañas publicitarias. *Pensar la Publicidad* (2), 33-62. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PEPU/article/download/PEPU0707220033A/15633>

Cour des Comptes (2007). *La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme*.

París: Autor. Disponible en:

<http://www.ccomptes.fr/index.php/fr/content/download/288/2217/version/1/file/LutteContreAlcoolisme.pdf>

Cour des Comptes (2013). *Les accidents du travail et maladies professionnelles: les faiblesses de la politique de prévention du régime général de sécurité sociale*. París: Autor. Disponible en:

http://www.ccomptes.fr/content/download/53167/1415957/version/1/file/2_2_4_accidents_travail_maladies_professionnelles.pdf

Dirección General de Tráfico (2012). *Las principales cifras de la siniestralidad vial en España 2011*. Madrid: Autor. Disponible en:

http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/es/seguridad_vial/estadistica/publicaciones/princip_cifras_siniestral/cifras_siniestralidadl013.pdf

Duchêne, H., Isbell, H., Lundquist, G., McLeod, L., Mardones, J., Staehelin, J., Tiebout, H. (1955). *Alcohol y alcoholismo. Informe de un comité de expertos.* (94). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

École des Hautes Études en Santé Publique (2013). *Les jeunes et l'alcool. Dossier documentaire.* Rennes: Autor. Disponible en: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/DossierDoc/2012/DO_ALCOOLJEUNE_2012.pdf

Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136. Disponible en: <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>

Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2001). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia.* Valencia. Disponible en: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (2009). *Les addictions dans les régions de France.* París: Autor. Disponible en: www.fnors.org/fnors/ors/travaux/addictions.pdf

García, E. Gil, J. y Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa.* Granada, Aljibe. Disponible en: <http://media.utp.edu.co/institutoambiental2011/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>.

Gómez, O. y Gómez, R. *Conclusiones de la Campaña de Prevención de Consumo de Alcohol en estudiantes de Primaria.* Madrid: UNAD. Disponible en: <http://www.elda.es/index.php/ca/conclusiones-campana-prevencion-consumo-alcohol-estudiantes-primaria-unad/2352/descargar/archivo-adjunto/2418>

Hansen, W., B. (1995). Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología Conductual* (3) 357-378. Granada: Autor. Disponible en:

<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1995/art05.3.03.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. *Notas de prensa*. Madrid: Autor. Disponible en:

<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

Lizarbe, V. (2008). Antecedentes y estado actual: (Ámbito internacional estatal, autonómico y otros). En VV. AA. *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. (pp. 49-59) Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

López, A. M. y Sánchez, S. (2009). Enfoque sistémico. En Pascual, F. y Velasco, A. (coord.). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. (pp. 123-153). Valencia: FARE. Disponible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MonografiaFARE.pdf>

Marco, M. (2010). *Consideraciones en torno al concepto de exclusión social* (revista Acciones e Investigaciones Sociales)

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. (2008). *Renforcement de la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation massive des jeunes*. París: Autor. Disponible en:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_mesures_alcool_jeunes.pdf

Ministère de la Santé et des Sports (2008). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. París: Autor. Disponible en: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000436/0000.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Autor. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Autor. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Autor. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores*. Madrid: Autor. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/Manifiesto.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016*. Madrid: Autor. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta sobre y drogas en población general en España EDADES 2011-2012*. Madrid: Autor. Disponible en:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>

Observatoire national interministériel de la sécurité routière (2011). *Données détaillées de l'accidentalité*. París: Autor. Disponible en:

http://www.securite-routiere.gouv.fr/content/download/21975/191432/file/partie%206%20donnees%20detaillees%20de%20l'accidentalite_web-5.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol*. Ginebra: Autor. Disponible en:

www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

Palomar, M. y Suárez, E. (1993). *El modelo sistémico en el Trabajo Social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas*. Alicante. Disponible en:

Disponible en:

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5868/1/ALT_02_10.pdf

Paredes, I.B. (2008). *Influencia del enfoque sistémico en el Trabajo Social*. México: Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en:

<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000309.pdf>

Pérez, B. y Turabián, J.L. (2008). Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista clínica electrónica en Atención primaria*. 16, 1-5. Disponible en:

http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m9n16/rceap_a2008m9n16a8.pdf

Rodríguez-Martos, A. y Rosón, B. (2008). Definición y Terminología. En VV. AA., *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España* (pp. 39-48). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1988). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós. Disponible en: <http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

Tortosa, V. (2010). Publicidad y alcohol: situación de España como país miembro de la Unión Europea. *Revista española de comunicación en salud 1 (1)*. 30-38. Disponible en: www.aecs.es/1_1_pub_alcohol.pdf

Trinidad, C. y Ureña, A. (2009). Tratamiento social. En Pascual, F. y Velasco, A. (coord.). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. (pp. 155-177). Valencia: FARE. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MonografiaFARE.pdf>

Vilas, L. (2011). La otra visión sociológica del problema de la droga. *Trabajo Social y Salud, 69*, 95-117.

Vilas, L. (2012). *Guía para realizar una investigación*. Zaragoza, Universidad de Zaragoza. Disponible en: http://luismvilas.es/archivos/Guia_un_informe_de_investigacion.pdf