



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Rehabilitación social de mujeres en tratamiento por
dependencia del alcohol: una propuesta de intervención
desde el Trabajo Social en grupo

Autoras

ELISA GARCÍA BALBÍN
YOLANDA PAÚL CABRERO

Directores

Antonio Eito Mateo
Elena Fernández del Río

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Grado en Trabajo Social
2015

Agradecimientos

La realización de este proyecto no hubiera sido posible sin la colaboración de aquellas personas que nos han ayudado y enseñado tanto durante la realización del Prácticum de Intervención del Grado en Trabajo Social, como en la elaboración del trabajo. Por ello, en este apartado queremos hacer especial mención a las personas que directa e indirectamente han contribuido para la realización del presente Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, queremos dar las gracias a los profesores, Antonio Eito Mateo y Elena Fernández del Río, directores de este trabajo, por acompañarnos, orientarnos y ayudarnos a lo largo de todo el proceso de elaboración. Gracias también por animarnos durante estos cuatro meses a luchar por la creación de este proyecto.

Agradecer de todo corazón a los profesionales de Cruz Roja Zaragoza y del Hospital Nuestra Señora de Gracia, en especial a Patricia Borraz Jaria y a Mayte Pueyo Bastida, nuestras trabajadoras sociales de referencia, quienes nos han enseñado la importancia del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones. Gracias por vuestra paciencia, cariño e interés por enseñarnos durante los cuatro meses de prácticas.

Contenido

Agradecimientos	1
Introducción	5
Metodología	6
1. Marco teórico.....	7
1.1. Algunos conceptos clave en la adicción al alcohol	7
1.2. Los trastornos por uso del alcohol: la dependencia alcohólica	9
1.2.1 Contextualización del consumo de alcohol en nuestra sociedad	10
1.2.2 Características de la dependencia al alcohol	11
1.2.3 Prevalencia del consumo de alcohol: análisis de la cuestión en Europa y España.....	11
1.3. Mujer y alcohol	15
1.3.1 Comparativa de datos entre el consumo de alcohol de hombres y mujeres	15
1.3.2 Evolución del perfil de la mujer dependiente del alcohol	19
1.3.3 Factores específicos de riesgo de abuso de alcohol en mujeres	20
1.3.4 Consecuencias del abuso y dependencia del alcohol en mujeres	22
1.3.5 La importancia de la sociedad en la dependencia alcohólica en población femenina.....	22
1.4. Trabajo Social en el ámbito de las adicciones: una perspectiva desde el Trabajo Social en grupo.....	23
2. Proyecto de intervención	26
2.1. Introducción.....	26
2.2. Análisis de la realidad	27
2.1 Objeto de estudio	27
2.2 Contextualización	27
2.3. Objetivos	27
2.3.1. Objetivos generales	27
2.3.2. Objetivos específicos	27
2.4. Actividades.....	28

2.4.1. Desarrollo de las actividades.....	29
2.5. Metodología y organización.....	34
2.6. Cronograma.....	36
2.7. Recursos.....	37
2.7.1. Personales.....	37
2.7.2. Materiales.....	37
2.7.3. Técnicos.....	37
2.8. Presupuesto.....	37
2.9. Evaluación.....	38
3. Conclusiones.....	40
4. Referencias bibliográficas.....	42
Índice de tablas.....	47
Índice de figuras.....	47
Anexo 1. Listado de informantes.....	48
Anexo 2. Entrevistas.....	49
Anexo 2.1. Entrevista 1 (E1).....	49
Anexo 2.2. Entrevista 2 (E2).....	52
Anexo 3. Ficha de evaluación de las actividades.....	55

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación trata de hacer frente, al menos en parte, a la exclusión social de las mujeres dependientes del alcohol, a través de un proyecto de intervención en grupo con perspectiva de género, cuyo objetivo principal es la rehabilitación social de estas mujeres.

La justificación de la elección del tema que nos ocupa se puede explicar contestando a tres preguntas: ¿por qué alcohol?, ¿por qué mujer? y ¿por qué tratamiento en grupo?

Con respecto a la primera cuestión, el principal motivo es que el alcohol es la droga legal más consumida en nuestro país y en el resto del mundo, y su aceptación social es enorme. Contestando a la siguiente pregunta, a lo largo del Prácticum de Intervención del Grado en Trabajo Social (ambas autoras las realizamos en Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones del Hospital Nuestra Señora de Gracia y de la Cruz Roja Zaragoza), pudimos observar que había menos usuarias mujeres que asistían a tratamiento por dependencia del alcohol. Sin embargo, al contrastar con los datos obtenidos en estudios previos, advertimos que el consumo de alcohol en mujeres ha ido en aumento a lo largo de las últimas décadas, llegando a convertirse en un problema social realmente importante en este colectivo. Por último, creemos que es importante que el tratamiento individual se complemente con uno grupal, principalmente por los beneficios que conlleva. Entre ellos, según Villalbí y Brugal (2012) destacan: una mayor rentabilidad, resulta ser un tratamiento más integral y con efecto socializante, una mayor disminución de la negación y huida de las personas dependientes del alcohol, mejora de la autonomía personal, etc.

A continuación, se presenta la estructura de nuestro Trabajo Fin de Grado. Éste se divide en dos apartados generales: Marco teórico y Proyecto de Intervención. El Marco teórico se fundamenta en cuatro apartados: principales conceptos clave en adicciones; delimitación conceptual de los trastornos por uso de alcohol; mujer y alcohol; y, por último, Trabajo Social en el ámbito de las adicciones.

En el segundo apartado, se describe el objeto principal de este trabajo: un proyecto de intervención en grupo para la rehabilitación social de mujeres con dependencia al alcohol desde la perspectiva del Trabajo Social. Dentro de este apartado, se describen la justificación y contextualización del proyecto, los objetivos (generales y específicos), las actividades, la metodología, el cronograma, los recursos (materiales, humanos y técnicos), el presupuesto y su evaluación.

Por último, se describen las principales conclusiones, y se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

Metodología

La población a la que va dirigida este proyecto de intervención son las mujeres que se encuentran inmersas en un tratamiento individual por dependencia del alcohol en alguno de los recursos asistenciales disponibles, con el objetivo de crear un grupo de rehabilitación social que complemente ese proceso.

Para la realización de este Trabajo Fin de Grado contamos con nuestra experiencia de prácticas en dos Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones¹ (Hospital Nuestra Señora de Gracia y Cruz Roja Zaragoza). Gracias a los contactos que realizamos en las prácticas, decidimos empezar el trabajo con una entrevista a cada una de las trabajadoras sociales que nos habían guiado en las mismas (véase Anexo 2). Con las respuestas que nos proporcionaron pudimos conocer, más detalladamente, el perfil y la situación de las mujeres que acuden a ambas UASAs por tratamiento de dependencia del alcohol.

A continuación, llevamos a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre alcohol, alcohol y mujer y Trabajo Social en grupos, apartado que se realizó en los primeros meses del proyecto (véase Cronograma). Tras esta selección de información, comenzamos a elaborar el marco teórico, el cual fuimos perfeccionando a lo largo de todo el diseño del mismo.

Como apoyo a la realización de nuestro trabajo, y con el objetivo de incluir la perspectiva de género en el mismo, ambas autoras nos inscribimos en el curso que ofertaba la Casa de la Mujer: “Diseño de proyectos sociales con perspectiva de género”. Además, para reforzar nuestros conocimientos sobre mediación en prevención de adicciones, también realizamos el “Curso de formación en prevención de adicciones para mediadores sociales” impartido por el Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (CMAPA) de Zaragoza.

Una vez finalizada la parte teórica del trabajo, comenzamos con el diseño del proyecto de intervención. Para ello, primero delimitamos el objeto de estudio, elaboramos la contextualización y justificación y establecimos los objetivos. Posteriormente, nos centramos en el diseño de actividades, el análisis de los recursos necesarios, la elaboración del cronograma y el presupuesto. Finalmente, elaboramos el apartado de evaluación del proyecto.

¹ En adelante: UASA

1. Marco teórico

1.1. Algunos conceptos clave en la adicción al alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud² (1994), el concepto de *droga* se puede definir como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia.

Esta *dependencia* se define como una necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia y que puede ser de naturaleza física y/o psicológica. Además de factores biológicos, sociales y psicológicos, en ella influyen aspectos como la personalidad, el entorno educativo, la dificultad o no de acceso a la sustancia, el entorno social, el proceso de la adicción y los factores de riesgo (Becoña y Cortés, 2011).

Ambos conceptos forman el de *drogodependencia*, que se define como “el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una sustancia psicoactiva” (Instituto para el Estudio de las Adicciones, 2015). Según indica este organismo, las consecuencias que puede tener una persona drogodependiente son modificaciones del comportamiento y la acción irreprimible a tomar la sustancia en forma continua o periódica.

Por otra parte, por la temática de nuestro proyecto, es necesario definir conceptos como:

- *Alcohol*: droga cuyo principal componente es el etanol, un depresor del sistema nervioso central que adormece progresivamente las funciones cerebrales y sensoriales (Rioja Salud, 2014). La finalidad de esta sustancia es ser ingerida por una persona. Debido a su graduación, Pascual (2012a) señala dos tipos de bebidas: las fermentadas (como el vino, la cerveza, la sidra y el cava) y las destiladas (bebidas con una mayor graduación de alcohol). Otro aspecto a destacar es que, en la mayoría de los países, su consumo está normalizado y existe una legislación vigente al respecto (Pascual, 2012a).
- *Adicción*: consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtenerla por cualquier medio (OMS, 1994).

² En adelante: OMS

Las adicciones, según Marlatt (1985) son consideradas “como medios desadaptativos de enfrentarse a las situaciones” (citado en Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2001, p. 20). Esto quiere decir que la adicción no es una conducta desadaptada si no se acompaña de otros factores como son: la frecuencia con la que se realiza el consumo, el uso repetitivo de la sustancia y el nivel de conciencia del problema (Luengo et al., 2001).

- *Recaída*: momento en el cual una persona, considerada anteriormente como dependiente del alcohol, no habiendo consumido durante un periodo de 90 días, vuelve a hacer uso del alcohol o cualquier otra sustancia sin habérsela prescrito (Del Río y Pinto, 1990).

Debido a la dificultad de encontrar una definición global de este concepto, en 1996, Donovan (citado en Luengo et al., 2001) señala una serie de cuestiones generales que deberían tenerse en cuenta a la hora de redactar el término de recaída: es un *proceso* que ocurre tras un *evento discreto* con la *misma intensidad* de consumo que en la etapa de adicción, *diario* y con la consecuencia del *inicio del tratamiento de nuevo*.

Por otro lado, Marlatt (citado en Luengo et al., 2001) realiza una diferenciación entre el consumo puntual de la sustancia (denominado “caída”) y el consumo posterior a un periodo de abstinencia (denominado “recaída”).

- *Dependencia psicológica*: hace referencia a la necesidad creada por el contacto con la droga y que lleva a buscar compulsivamente los efectos que ésta produce. La consecución y el consumo de la sustancia se convierten en la conducta prioritaria, desplazando cualquier actividad o centro de interés que hubiera sido importante para el individuo anteriormente. Todas las drogas producen dependencia psicológica (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.).
- *Dependencia física*: algunas drogas, después de su consumo continuado, producen en el organismo cambios debidos a la adaptación que el cuerpo experimenta con la presencia de la droga en su interior. La interrupción del consumo habitual genera una serie de síntomas físicos que varían de intensidad según el tipo de droga, la cantidad de sustancia consumida y el estado del organismo; y que constituye lo que se conoce como síndrome de abstinencia. La dependencia física es relativamente fácil de romper tras un periodo de desintoxicación ya que, con ayuda o no de fármacos, desaparece al cabo de unos pocos días (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.).
- *Tolerancia*: necesidad de aumentar la dosis para poder conseguir efectos similares, debido a un proceso de adaptación del organismo al consumo habitual de la droga. La tolerancia no es ilimitada (para algunas drogas hay dosis mortales), ni igual para las diferentes sustancias o individuos (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.).

- *Habitación*: se caracteriza por la existencia de un deseo no compulsivo de consumir droga, en el que, generalmente, no existe la tendencia a incrementar la dosis consumida. Por el contrario, la *deshabitación* es el proceso en el cual se potencian todos aquellos factores personales a nivel psicológico y social que hagan al individuo resistente a la recaída. Además, en este proceso se busca eliminar y/o modificar aquellos factores o causas que aumentan el deseo de consumo (Aliseda, 2006).
- *Síndrome de abstinencia*: privación del consumo de drogas, ya sea por cuestión de principios como por otros motivos. El término “abstinente actual” indica que la persona no ha consumido nada en los últimos 12 meses (OMS, 1994).
- *Circuito de recompensa*: representa un papel muy importante en el inicio, el mantenimiento y en las recaídas, ya que su finalidad es mantener aquellas conductas que a la persona le producen placer, indistintamente si son positivas o negativas para la misma (Becoña y Cortés, 2011).

1.2. Los trastornos por uso del alcohol: la dependencia alcohólica

Magnus Huss comenzó a utilizar el término “alcoholismo” en 1849 como forma de explicar un conjunto de afecciones gastrointestinales, cardiológicas, neurológicas y psiquiátricas que tenían como factor común el consumo excesivo de alcohol (Acero, 1995).

En 1975, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) reconoció que el alcohol es la sustancia que más daño hace y a mayor número de personas (citado en Pereiro, Villalbí, Gurrea y Luna, 2013). Sin embargo, no será hasta 1994 cuando la American Psychiatric Association (APA) defina “dependencia alcohólica” como una enfermedad que lleva a unos comportamientos limitados y desadaptativos, consecuencia de diversos estados, comportamientos y hábitos (citado en Pascual, 2012a).

Veinte años más tarde, en 2014, la misma asociación publicó la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), en el que se define el trastorno por consumo de alcohol como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la tolerancia, la abstinencia y el deseo intenso de consumo. Además, se indica que la abstinencia de alcohol se determina por indicios que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, posterior de una ingesta prolongada e intensa; y que el deseo intenso de consumo de alcohol se caracteriza por una gran urgencia o necesidad de beber, dificultando la elección de no continuar con ese abuso.

Con respecto al modo de entender la dependencia del alcohol, existen diversas perspectivas, dependiendo de los síntomas que se estudien: biológica, psíquica y social. Sin embargo, estos

factores no se deben estudiar por separado, pues el alcohol es una sustancia que afecta a los tres ámbitos a la vez. Así, el modelo bio-psico-social es, bajo nuestro punto de vista, el más apropiado a la hora de entender de forma completa e integral la dependencia alcohólica, pues ofrece una visión global, lejos de aquellas perspectivas que sólo se centran en un elemento del problema, ofreciendo soluciones parciales (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.). Este modelo recalca tanto los aspectos biológicos como el entorno social y las características psicológicas de la persona, haciendo hincapié en la importancia de todos estos factores por igual (Aliseda, 2006; López y Sánchez, 2009).

1.2.1 Contextualización del consumo de alcohol en nuestra sociedad

El alcohol, entendido como una droga, lo podemos encontrar en la clasificación de las sustancias depresoras según los efectos que producen sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). En esta clasificación se sitúan también los ansiolíticos o tranquilizantes, los hipnóticos y los opiáceos (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.). Se trata de una de las drogas más consumidas por la sociedad, caracterizada por su permisividad, accesibilidad, aceptación social y por su disponibilidad (Trinidad y Ureña, 2009). Su consumo es considerado por la sociedad como algo normal, sin ser conscientes ni consecuentes de los efectos que llega a producir en nuestro organismo y en nuestra forma de vida. Esto se debe, según Gómez (2004), a su carácter institucional, por el cual su consumo carece de sanción social y su abuso no se considera un problema.

Este consumo pasa a ser un problema social en el momento que se generaliza su uso en un contexto normalizado, es decir, en el día a día de los individuos, y cuando aparecen distintas opiniones acerca del mismo: por un lado, se acepta un consumo moderado pero, por el otro, se rechaza a aquel que abusa de la sustancia, llegando a producirse una exclusión social en las personas que consumen alcohol (Pascual, 2012b). Por otro lado, Luengo et al. (2001) señalan que, para la sociedad, los efectos negativos del alcohol aparecen cuando las consecuencias sociales son visibles y graves. Es entonces cuando las personas empiezan a plantearse si esa conducta es apropiada o si, por el contrario, sería necesario terminar con ella.

La construcción social del concepto sobre la persona alcohólica ha ido transformándose y adaptándose a la consideración social y a las variaciones que la percepción de la sociedad ha ido atribuyendo a través del tiempo y que, en nuestros días, todavía gravitan sobre el fenómeno del alcoholismo (Gómez, 2004). Sobre este punto, Medina-Mora y Rojas (2003) añaden que, a pesar de que el alcohol es una sustancia que se consume en todos los sectores de la población, es en aquellos colectivos más desfavorecidos, donde se concentran mayores problemas a causa del alcohol, tanto a nivel económico y de salud, como de exclusión social.

1.2.2 Características de la dependencia al alcohol

Diferentes autores señalados por Aliseda (2006) coinciden en describir la tipología de consumo de alcohol diferenciando entre:

- Experimental: consumo fortuito y durante un periodo de tiempo muy limitado.
- Ocasional: consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal a través de mayores niveles de desinhibición personal. Puede ser socio-recreativo y/o circunstancial-situacional.
- Habitual: consumo diario, con el doble propósito de aliviar malestar psicoorgánico y mantener un rendimiento.
- Compulsivo: consumo muy intenso, varias veces al día.

Esta tipología, también es recogida por el Ayuntamiento de Zaragoza en la Guía de información sobre drogas (s. f.), pero añade la sobredosis como un punto y aparte dentro de esta clasificación.

El alcoholismo se puede catalogar en tres grupos diferentes: primario, secundario y reactivo. El primero surge entre los 25 y 35 años debido a la existencia de antecedentes familiares con dependencia al alcohol. El segundo es consecuencia de un trastorno psíquico, como puede ser un trastorno bipolar o una personalidad antisocial. Por último, en el grupo de alcoholismo reactivo se encuentran aquellas personas que han sufrido una grave crisis y, como respuesta, han comenzado a abusar de esta sustancia (Acero, 1995).

1.2.3 Prevalencia del consumo de alcohol: análisis de la cuestión en Europa y España

Una de los efectos más destacados del consumo de alcohol es que reduce la esperanza de vida de las personas en 10 años y puede llegar a producir hasta 200 mil muertes por enfermedades derivadas (del corazón, del hígado, cáncer...), suicidios, accidentes de tráfico y homicidios (Martínez, 2002).

En el caso de España, el consumo de alcohol ha cambiado a lo largo de los años, pasando de ser un consumo exclusivo de bebidas autóctonas (sobre todo vino), a introducirse bebidas de alta graduación y destilados importados.

A continuación, mostraremos una serie de datos de diferentes fuentes que ponen de manifiesto que el alcohol es la sustancia que representa un mayor problema a nivel mundial, europeo y español, por dos motivos muy importantes: su elevada prevalencia de consumo y la falta de factores de protección, que se comentarán más adelante.

Diferentes encuestas e investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, sugieren que tras una disminución en su consumo global desde finales de los años 70 hasta mediados de los 90, le siguieron unos años de cierto estancamiento. Tras esos años de estabilidad, se puede observar una nueva disminución, aunque su consumo sigue suponiendo un factor de riesgo sobre la salud. Aun así, González (2012) afirma que a nivel mundial el consumo de alcohol ocupa el tercer puesto en gasto económico y de salud.

Según el último informe publicado por la Oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU, en el que se recogen datos de diferentes países, la prevalencia del consumo de alcohol es del 42% (teniendo en cuenta que es legal en la mayoría de los países). Este informe indica, además, que el consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas ilegales (Pascual et al., 2013).

Según Anderson y Baumberg (2006), en distintos países de Europa se ha demostrado que de un 7% a un 80% de los delitos, y de un 16% a un 71% de la violencia doméstica o de género, están relacionados con el consumo excesivo de alcohol (Farke y Anderson, 2007).

Si seguimos observando datos de países de la Unión Europea, las cifras reflejan que el abuso de esta sustancia tiene como consecuencia 2.000 homicidios (4 de cada 10 muertes), 17.000 muertes en accidentes de carretera (1 de cada 3 muertes por accidentes de tráfico), 27.000 muertes accidentales, 10.000 suicidios (1 de cada 6 suicidios) y el 16% de los casos de malos tratos y abandonos infantiles (Farke y Anderson, 2007). Por todo ello, Zatonski y Manczuk (2007) señalan que el alcohol es la causa del 7,4% de muertes prematuras e incapacidades en Europa (citado en Farke y Anderson, 2007). En la Tabla 1, se recogen datos del consumo de alcohol encontrados en las últimas encuestas disponibles en diversos países europeos.

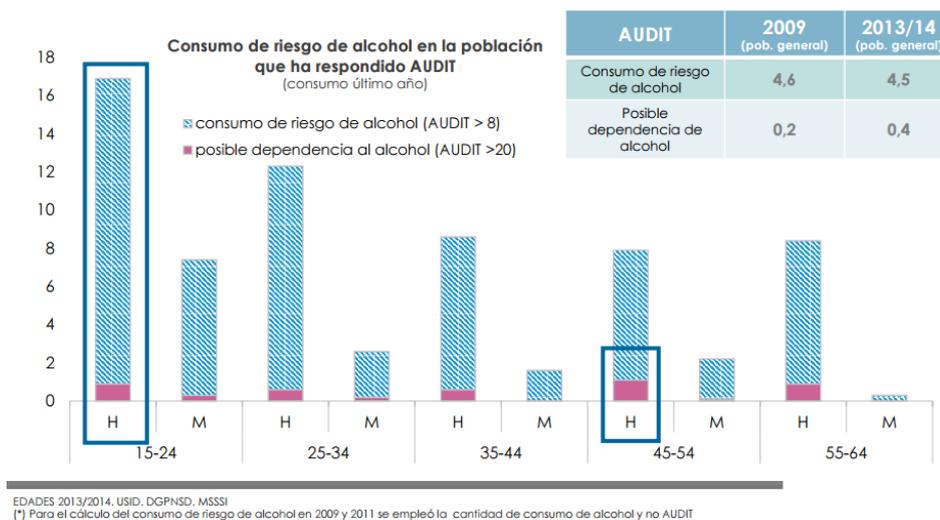
En el caso de España, la Encuesta EDADES 2013/2014 nos muestra los resultados de los porcentajes de sustancias consumidas por la población española de entre 15 y 64 años de edad. El alcohol encabeza esta lista con un 78,3%, aumentando su resultado un 1,7% desde la anterior encuesta. En este sector de la población, utilizando el AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), se observa que tienen un consumo problemático de alcohol el 4,9% de encuestados, de los cuales presentan consumo de riesgo el 4,5% (1.600.000 personas: 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y el 0,4% (120.000 personas) presentan una posible dependencia (véase Figura 1). El porcentaje de hombres consumidores de alcohol sigue siendo mayor que el de mujeres.

Tabla 1. Prevalencia de datos del consumo de alcohol entre 15-64 años en diferentes países europeos

País	Año	Tamaño de la muestra	Hombres	Mujeres	Total
Dinamarca	2013	10470	No se indican datos	No se indican datos	No se indican datos
Bulgaria	2012	5325	86,5 %	61,8 %	74,3 %
Croacia	2012	4756	81,1 %	62,5 %	71,8 %
Chipre	2012	3500	88,5 %	69,7 %	78,8 %
Republic Checa	2012	2134	88,8 %	79,4 %	84 %
Alemania	2012	9084	87,7 %	85,5 %	86,6 %
Italia	2012	18898	76,1 %	57,4 %	66 %
Lituania	2012	4831	85,9 %	78,2 %	82 %
Noruega	2012	1668	91,1 %	87,4 %	89,3 %
Polonia	2012	3428	No se indican datos	No se indican datos	No se indican datos
Portugal	2012	5335	73,6 %	49,3 %	61,1 %
Eslovenia	2012	7514	84,4 %	76,6 %	80,6 %
España	2011	22128	83,2 %	69,9 %	76,6 %

Fuente: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015).

Figura 1. Consumo de bebidas alcohólicas



Fuente: Encuesta EDADES 2013/2014 (2015).

Para calcular el nivel de alcoholemia de una persona, se dividen los gramos de alcohol entre el peso en kilogramos del sujeto y, el resultado, se multiplica por 0,7 si es hombre y por 0,6 si es mujer.

Por otro lado, para medir el consumo de alcohol ingerido en España, la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol y otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL) determinó la Unidad de Bebida Estándar (UBE) (Pascual, 2012a). La relación para comprender cuánto supone 1 UBE³ es (Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, 2015; Gómez, 2005):

- a) 1 cerveza/vino/aperitivo = 1 UBE
- b) 1 consumición con destilados = 2 UBE

El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (2015), recoge el máximo de consumo en UBEs tanto para hombres como para mujeres, quedando de la siguiente manera:

Tabla 2. Comparativa de UBEs entre género.

Sexo	Límite diario	Límite semanal
Hombre	4	20
Mujer	3	15

Fuente: Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, 2015.

³ La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando éstas por 12.

Según recogen Pascual et al. (2013), en España la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 92,7% en hombres y 87,6% en mujeres; en los últimos 12 meses es de 82,4% en hombres y 71,3% en mujeres; en los últimos 30 días es de 73,7% en hombres y 53,8% en mujeres; y el consumo diario es de 15,3% y de 4,7% en hombres y mujeres respectivamente.

Se consideran bebedores de riesgo (más de 20 cc/día para las mujeres y más de 30 cc/día para los hombres) al 12,2% de los hombres y al 4,9% de las mujeres, y bebedores de alto riesgo (> 50 cc/día hombres y > 30 cc/día mujeres) al 5,0% de los hombres y al 2,3% de las mujeres. Por otro lado, se han emborrachado en el último año el 26,5% de los hombres y el 14,0% de las mujeres. El atracón de alcohol o *binge drinking* (consumo de 5 o más unidades estándar de alcohol en un intervalo aproximado de dos horas) se sitúa en el 19,7% y 7,7% en hombres y mujeres respectivamente (Pascual et al., 2013).

1.3. Mujer y alcohol

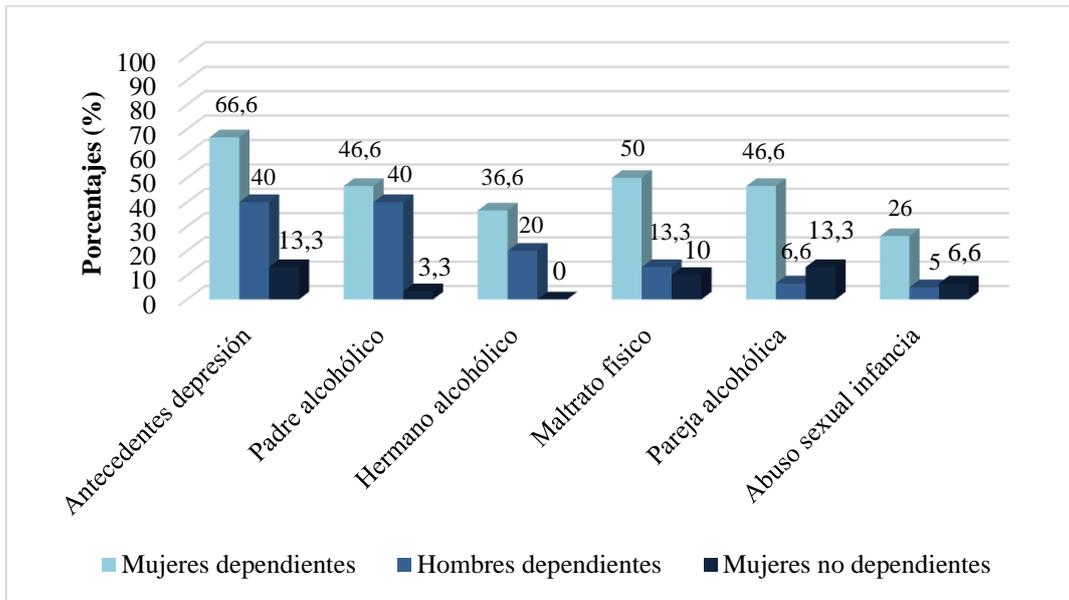
1.3.1 Comparativa de datos entre el consumo de alcohol de hombres y mujeres

La perspectiva de género diferencia entre las características de la dependencia del alcohol de los hombres y de las mujeres. La dependencia alcohólica femenina presenta diferentes patrones de consumo, un inicio más tardío del mismo y de la búsqueda de ayuda⁴ y distintas consecuencias. De ello se deducen diversas diferencias de género que han de ser tenidas en cuenta tanto en el inicio de la dependencia alcohólica, como en la evolución y el tratamiento de la misma (Montero, 2006).

Según recoge Montero (2006), existen diferencias de consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres, así como en las consecuencias que dicho consumo tiene a nivel individual, social y en su entorno más próximo. En la Figura 2, se puede observar que un porcentaje significativo de las mujeres dependientes de alcohol han tenido depresión (el 66,6% frente al 40% de los hombres) o antecedentes de esta dependencia en su entorno. También hay que destacar que la mitad de las mujeres con dependencia a la bebida han sufrido maltrato físico y un porcentaje nada desdeñable (el 26%) afirma haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. Con respecto a la agresión sexual, Llopis, Castillo y Rebullida (2003), Martínez-Raga et al. (2002), el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2005) y Wietchelt y Sales (2002) indican que el trastorno adictivo y los rasgos psicopatológicos en la mujer están relacionados con un abuso sexual, una violación o malos tratos (citado en Montero, 2006).

⁴Además, en relación a la petición de ayuda, las mujeres alcohólicas acuden a los servicios de salud o sociales después de consumir durante una media de 16 años y los abandonos suelen ser a los 6 meses, motivados por la familia o por la misma usuaria.

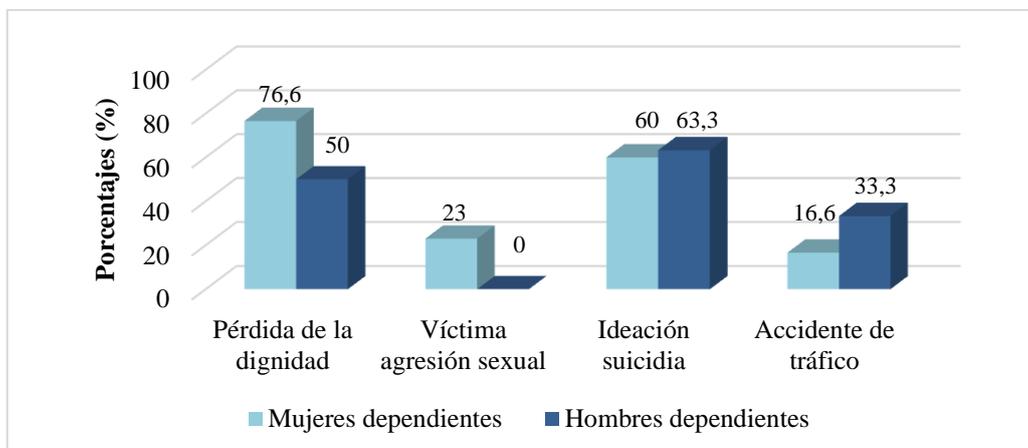
Figura 2. Acontecimientos vitales previos



Fuente: Montero (2006).

Por otro lado, en la figura 3, se muestran las consecuencias a nivel personal que las mujeres sufren por la dependencia a esta sustancia. La pérdida de la dignidad es la consecuencia más alta, seguida de la idea suicida, siendo ésta la más relevante en los hombres. En esta misma línea, según Martínez (2002), varios estudios reflejan que los pacientes con un consumo excesivo de alcohol e historia familiar de dependencia a esta sustancia, tiene un riesgo muy alto de suicidio. Además, en las entrevistas con las trabajadoras sociales de las UASAs (véase Anexo 2), estos acontecimientos se pusieron de relieve, destacando la depresión y los antecedentes familiares alcohólicos.

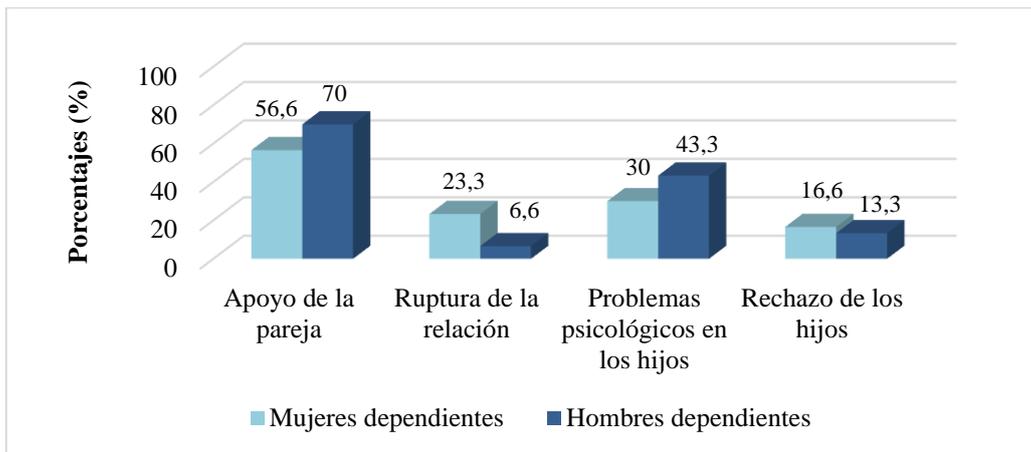
Figura 3. Consecuencias personales de la dependencia de alcohol



Fuente: Montero (2006).

La figura 4 muestra las consecuencias de la dependencia alcohólica en el entorno más próximo en función del género. Tanto mujeres como hombres encuentran apoyo por parte de su pareja (aunque los hombres cuentan con casi un 15% más de apoyo), pero hay un mayor porcentaje de rupturas cuando la persona consumidora de alcohol es la mujer. Otro dato importante que se puede ver en esta figura es el elevado índice de hijos con trastornos psicológicos a consecuencia de la dependencia del alcohol de uno de los padres.

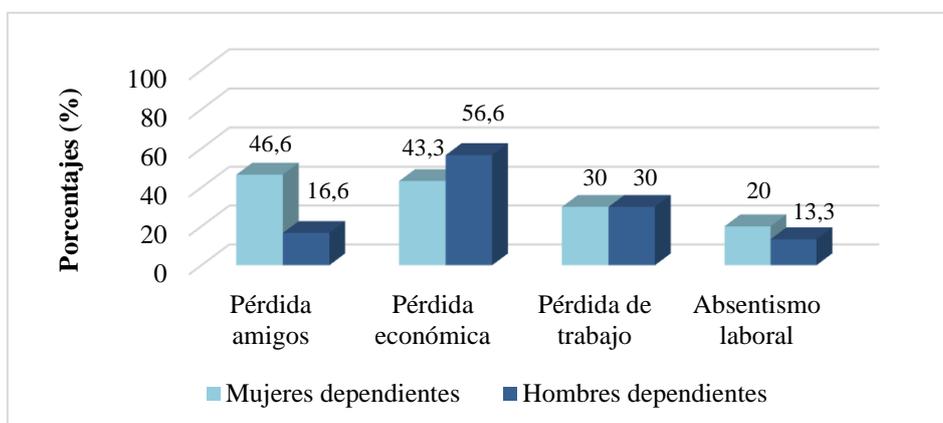
Figura 4. Consecuencias familiares y de pareja en la dependencia de alcohol



Fuente: Montero (2006).

Con respecto a las consecuencias sociales y laborales de la dependencia de alcohol (Figura 5), se puede observar que, debido a la dependencia de alcohol, más mujeres que hombres pierden sus amistades, al contrario que sucede con las pérdidas económicas (aunque en ambos son muy destacadas). Por último, se ve que en la pérdida de trabajo y en el absentismo laboral están bastante igualados.

Figura 5. Consecuencias sociales y laborales de la dependencia de alcohol



Fuente: Montero (2006).

En este sentido, Gómez (2004) señala la importancia de los apoyos, tanto institucionales como informales, en la rehabilitación de la dependencia del alcohol en la mujer.

A pesar de que el número de mujeres y hombres que consume esta sustancia se ha ido equiparando a lo largo de las últimas décadas hasta llegar a la cifra de una mujer por cada tres hombres (Gómez, 2004; Martínez, 2002; Montero, 2006), en la actualidad todavía la consumen más hombres que mujeres. En los hombres, el abuso del alcohol es más intenso entre los 18 y 20 años, mientras que en las mujeres es entre los 25 y los 29 años. En ambos casos, el consumo se reduce en los 10 años siguientes, para aumentar en la cuarta y quinta década respectivamente (Martínez, 2002).

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), explica la importancia de la existencia de una atención integral y coordinada hacia la incorporación social de las personas, y el acceso y disfrute de los derechos sociales. Además, es importante tener en cuenta los diferentes perfiles de las personas, tanto desde el punto de vista de sus capacidades y potencialidades como de sus necesidades, para una mayor personalización en la atención y tratamiento (Becoña y Cortés, 2011).

En la actualidad, Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert (2007) dejan entrever que la mayoría de los tratamientos por dependencia del alcohol están diseñados, en líneas generales, para hombres, dejando de lado todas esas diferencias en la etiología, curso, tratamiento y prevención de las adicciones, suponiendo un agravamiento de salud en las mujeres. Como dice Gómez (2008), la existencia de programas y políticas que olvidan las diferencias de las mujeres con dependencia al alcohol, ayudan a continuar con la invisibilidad de este problema.

Por todo lo dicho en este apartado, consideramos que las características que deberán tener los programas de alcoholismo en el que estén incluidas las mujeres son (Gómez, 2008):

- Proporcionar información precisa y sencilla acerca de los efectos del alcohol sobre el organismo y la mayor susceptibilidad y riesgo que presenta la mujer ante la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Mantener una actitud cuidadosa, imparcial, empática y de motivación ante las consecuencias positivas de dejar de beber.
- Evitar críticas que puedan aumentar los sentimientos de baja autoestima y ocultación del problema.
- Informar sobre los efectos del alcohol en el embarazo y la necesidad de abstinencia durante éste.
- Reorganizar los apoyos sociofamiliares, laborales y comunitarios.

1.3.2 Evolución del perfil de la mujer dependiente del alcohol

A lo largo de los años se han producido cambios en el estilo de vida de la mujer. Por ejemplo, su incorporación al mercado laboral supuso un importante cambio en el ámbito familiar, ya que la mujer pasó a desarrollar parte de su vida cotidiana fuera del hogar. Así, la mujer comenzó a ser más visible de cara a la sociedad y se empezaron a tratar aspectos como la maternidad, su lugar dentro de la pareja, etc. Debido a todos esos cambios y a la influencia de la publicidad (industria que pasó de dirigir sus mensajes sólo al público masculino, para introducir a la mujer en este hábito), el concepto social de mujer ha ido cambiando hasta el día de hoy (Muñoz, 2012).

En la actualidad, todavía existen diferencias significativas en aspectos como los ingresos, la educación y el empleo, por lo que muchas mujeres todavía siguen padeciendo una marginación a consecuencia de su género. Volviendo al ejemplo anterior, es en el trabajo donde muchas mujeres se ven obligadas a demostrar más que sus compañeros hombres por la misma cantidad de ingresos, lo que puede llevar a una baja autoestima y desmotivación y, como consecuencia de éstas, a la posible búsqueda de evasión en un abuso del alcohol.

Por todo lo dicho, podemos deducir, como indican Gómez (2004; 2005) y Castaños et al. (2007), que la mujer se encuentra con más dificultades que los hombres para conseguir la rehabilitación sólo por su condición de género. Una de las causas de ello, según la primera autora, y en la que nos adentraremos más adelante, es que la dependencia del alcohol en las mujeres conlleva una menor aceptación y tolerancia por parte de su entorno y de la sociedad en general.

Actualmente, las mujeres que abusan del alcohol (como de otras sustancias) destacan su uso como un modo de huida ante los problemas familiares o personales, búsqueda de placer y la necesidad de hacer algo prohibido (Gómez, 2004; 2005). Además, González (2012) diferencia entre dos formas de consumo: recreativo (fenómeno *binge drinking*, como consecuencia de los nuevos estereotipos sociales y de la presión social) y paliativo (que se suele dar en mujeres mayores de 40 años como forma de paliar sentimientos negativos y con la invisibilidad como norma general, de la que se hablará más adelante).

Por otro lado, Llorca Ramón (citado en Aliseda, 2006), indica una serie de características propias de la mujer dependiente del alcohol. Estas son: una vida psicosexual alterada, el uso del alcohol para expresar sus problemas, la realización de intentos autolíticos en mayor proporción que los hombres y la existencia oculta de trastornos de la personalidad.

Desde una perspectiva social, Aliseda (2006) menciona otros factores importantes que están presentes en la actualidad. Estos son: el papel subordinado de la mujer dentro de la familia, la hipertrofia de su rol de ama de casa, una mayor competitividad debida a su marginación de género y la asimilación de esta exclusión.

Siguiendo esta línea, Gómez (2000; 2005) diferencia las características de las mujeres con dependencia del alcohol en:

- La clandestinidad: sino todas, la mayoría de las mujeres ocultan su problema por vergüenza, lo que conlleva una intervención tardía.
- El modo de beber: la integración social que ha vivido la mujer ha hecho que su forma de consumir alcohol se asemeje a la de los hombres, por lo menos en el inicio.
- La culpabilidad y justificaciones: esta característica está relacionada con las dos anteriores, ya que su modo de beber se ve afectado por los sentimientos de culpabilidad y, a su vez, esto hace que oculte su consumo. Además, suele consumir bebidas de alta graduación en poco tiempo, buscando conseguir un efecto rápido y así olvidar su realidad y rutina. La mayoría no suele presentar conductas violentas, sino sólo de ocultamiento.
- Apoyo familiar: la situación con su familia, y más concretamente con su pareja, suele favorecer la continuidad de su consumo, ya que la mayoría de las mujeres con dependencia al alcohol no encuentran apoyo en su hogar.
- El tratamiento: debe tener en cuenta la carga social que padece la mujer con dependencia al alcohol y su incorporación tardía al mismo.
- Antecedentes familiares alcohólicos: es importante tener en cuenta que en la mayoría de los casos, las mujeres cuentan con un miembro de su núcleo familiar (normalmente padre o, a veces, hermanos) que ha padecido o padece esta dependencia.
- Autoestima: el conjunto de las demás características lleva a la mujer a un sentimiento de lástima de sí misma y su familia y, por ello, a una baja autoestima.
- Control social: que desemboca en un fuerte enjuiciamiento de aquellas conductas que se consideran desviadas o fuera de las normas.

1.3.3 Factores específicos de riesgo de abuso de alcohol en mujeres

En el proceso de la dependencia alcohólica, existen varios factores que condicionan la dimensión de su consumo. Estos pueden ser de riesgo o de protección y actúan como calibradores del grado de vulnerabilidad (tanto psicológica como biológica) de la persona (Martínez, 2002).

Cuando se habla de factores de riesgo, se hace referencia a ciertos elementos que aumentan la posibilidad de que una persona inicie su consumo, en este caso de alcohol, y lo mantenga (Ayuntamiento de Zaragoza, s. f.). Dentro de estos factores, Martínez (2002) diferencia entre los psicológicos y los sociales. En el primer grupo incluye los conflictos emocionales, los rasgos de

personalidad y las teorías de aprendizaje. Por otro lado, en el segundo grupo distingue entre el desempleo, los conflictos sociales y sus consecuencias, la falta de atención médica y de educación, la violencia y delincuencia y las actitudes frente al alcohol.

Otra forma de clasificar los factores de riesgo para la dependencia alcohólica en población femenina es la que proponen Rubio y otros (citado en Gómez, 2005):

1. Factores biológicos: historia familiar de alcoholismo y vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.
2. Factores socioculturales: irrupción de la mujer en el ámbito laboral, aproximación a patrones de conducta masculinos, liberación de tabúes y aumento de la prevalencia en amas de casa.
3. Factores psicosociales: pareja con trastorno por abuso de sustancias, presencia de patología psiquiátrica: depresión, trastornos de alimentación, acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia/adolescencia), disfunciones sexuales (conflictos en el rol sexual), baja autoestima y estrés de vida adulta.

Además, Cortés, Giménez y Motos (2012) indican que también es importante diferenciar de forma clara los factores de inicio y de transición hacia el mantenimiento para plantear un tratamiento en este ámbito.

Cabe señalar que todos los factores mencionados en los párrafos anteriores se dan de forma diferente en cada mujer, ya que varían en función de la persona y sus vivencias, su entorno y el momento en el que se encuentra. Además, existen una serie de principios que marcan estos factores (Cortés et al., 2012):

- Un único factor de riesgo no hace que se produzca el consumo de una sustancia, ni su ausencia conlleva que no se dé.
- Cuantos más factores confluyan en una persona, mayor será la posibilidad de que ésta consuma.
- Cada factor, ya sea de riesgo o de protección, influye de manera independiente pero, a la vez, interacciona con los demás, caracterizando de manera global el consumo de la sustancia.
- Las intervenciones suelen llevarse a cabo gracias a los factores de riesgo detectados y éstas van dirigidas a la desaparición de los mismos, así como de aquellos ocultos.

En resumen, es importante acordarse del nivel bajo de autoestima y la marginación que se produce en la mujer dependiente del alcohol para su tratamiento. Además, es necesario añadir que, a nivel psicológico, la familia que ha sido consumidora de esta sustancia cobra un papel relevante, junto con las insuficientes estrategias para afrontar el estrés, las separaciones o divorcios y las dificultades sexuales. A todo ello, hay que agregar el papel de la mujer en la familia, en el trabajo,

en las relaciones sociales, en la maternidad (tanto en el embarazo como en el momento de la lactancia) y sus propias características fisiológicas (Castel-Branco, 2012).

1.3.4 Consecuencias del abuso y dependencia del alcohol en mujeres

Según Jiménez (2000), existen diferencias en la mujer con respecto al hombre, sobre todo, en el aspecto biológico. Esto tiene como consecuencia que, en lo que respecta al alcohol, las mujeres se vean más afectadas por esta sustancia que los hombres, ya que éstas tienen una mayor sensibilidad, menor cantidad de agua en su organismo, mayor porcentaje de tejido graso y menor actividad de la enzima (citado en Montero, 2006).

Con respecto a las características psicológicas, suelen aparecer patologías como el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos afectivos por ansiedad, depresión y fobias. Concretamente, en el caso de la mujer, se puede observar una mayor prevalencia de la conocida como personalidad *borderline*. Ésta se caracteriza por irritabilidad, escaso control de los impulsos y baja autoestima. Además, también pueden aparecer policonsumos, donde destacan el abuso de tranquilizantes, anfetaminas y somníferos (Martínez, 2002). En esta línea, Gómez (2000) afirma que la mayoría de los expertos consideran que las mujeres alcohólicas creen necesitar depender de otra persona como forma de evitar la soledad (codependencia). Sin embargo, esto tiene el efecto contrario, disminuyendo su independencia y autonomía personal.

Las diferencias sociales, aunque van desapareciendo, todavía tienen una fuerte influencia en cuanto a abordar el tratamiento, y marcan las líneas de actuación en una intervención. Un ejemplo de ello es en el ámbito de la salud, donde la mayoría de los estudios de abuso de sustancias realizado sobre las mujeres se han centrado en el impacto de la adicción de éstas sobre la vida familiar y los niños y, sobre todo (destacando la capacidad reproductora de la mujer), en los efectos del abuso del alcohol sobre el feto.

1.3.5 La importancia de la sociedad en la dependencia alcohólica en población femenina

Como ya hemos comentado en apartados anteriores, entender cómo se ve el alcoholismo desde el punto de vista social es muy importante y más cuando hablamos del colectivo de mujeres, uno de los más vulnerables a lo largo de la historia.

Debido a que la sociedad interpreta el alcoholismo y a la mujer de una manera particular en el marco de la desviación social y del etiquetamiento, ésta influye en la propia creación de la identidad de las mujeres dependientes del alcohol. Según el interaccionismo simbólico, esta

identidad se deriva de distintos procesos sociales que acompañan a la mujer desde su nacimiento y que se mantienen o moldean por las relaciones con su entorno a lo largo de su vida (Gómez, 2004). Ettorre (1998) expresa el sentimiento que la sociedad tiene de la mujer dependiente de esta sustancia, explicando que, si beben, son personas emocionalmente débiles y cuando consiguen realizar el tratamiento de rehabilitación, pasan a ser mujeres fuertes por lo que han conseguido. Pero esta etiqueta no está aprobada por la sociedad, así que siguen llevando una etiqueta negativa que las hace encontrarse entre la espada y la pared (Gómez, 2008).

La Escuela de Chicago (citado en Gómez, 2004) explica el término “anomia” para concretar lo que se explica en el párrafo anterior: el problema del alcoholismo está relacionado con las metas culturales y la dificultad de los individuos para conseguirlos.

Por otro lado, Cooley (1902), Thomas y Znaniecki (1918) y Ogburn (1992) (citados en Gómez, 2004) describieron la teoría de la desorganización social. Ésta dice que la desviación o desajuste social implica la aparición de problemas sociales como, en este caso, el alcoholismo.

Como ejemplo de la importancia de la concepción social sobre el alcohol y las mujeres, cabe destacar un estudio llevado a cabo en comunidades urbanas y rurales del Estado de Michoacán⁵ (citado en Medina-Mora y Rojas, 2003) en el que se encontró que sólo el 6% de los entrevistados consideraban que era apropiado el consumo de alcohol por parte de las mujeres.

1.4. Trabajo Social en el ámbito de las adicciones: una perspectiva desde el Trabajo Social en grupo

Este proyecto de intervención se enmarca dentro de un enfoque grupal, ya que el Trabajo Social en grupos, aparte de función terapéutica en sí misma, tiene “efectos secundarios” beneficiosos que pueden ayudar a tratar causas indirectas por las cuales se ha llegado al problema.

Por todo ello, el Trabajo Social en grupo, lo define Konopka (1963) “como un método de Trabajo Social que ayuda a los individuos a elevar su funcionamiento social por medio de intencionadas experiencias de grupo y a afrontar con más efectivo éxito sus problemas personales, grupales o comunitarios” (citado en Trigueros, Mondragón y Serrano, 2001, p. 180).

Phillips (citada en Sánchez, 1995), señala que el Trabajo Social con grupos está relacionado con la praxis de esta disciplina: utilizar las experiencias de las integrantes del grupo para su autonomía.

⁵Medina-Mora ME. *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol: resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*. UNAM: 1993.

Siguiendo a Rosell (1998), podemos decir que el objeto de este ámbito de trabajo reside en la relación que establecen los miembros entre sí y en la situación del grupo en sí mismo, que actúa como contexto y medio de ayuda, tanto para el individuo como para el propio grupo.

Las relaciones que se forman en un grupo dirigido por un profesional, permiten a los participantes adquirir destrezas facilitando la comunicación. Además, el grupo tiene la función de efecto espejo y permite la obtención de conocimientos que lo enriquecen con experiencias personales y acciones colectivas.

La relación del profesional del Trabajo Social como coordinador del trabajo en grupo tiene dos vertientes: la relación metodológica y la relación conflictiva. La primera hace referencia a la relación que mantiene el grupo con el tema que trabaja; y la segunda, al proceso de grupo (Sánchez, 1995).

Al analizar la dinámica en grupos, el Trabajo Social se plantea tres tipos de problemas: los relacionados con su estructura, los derivados del conflicto y el cambio (que surgen en el proceso) y los relacionados con las interacciones entre los participantes, que se basan en el lenguaje (Fernández y López, 2006).

Rosell (1998) realiza una distinción entre los diferentes tipos de grupos basada en la que realizaron Kisnerman y Konopka. Esta tipología se divide entre: grupos orientados hacia el crecimiento (grupos terapéuticos, de aprendizaje y recreativos) y grupos de acción social.

El proyecto de intervención que se va a desarrollar a continuación se basa en la creación de un grupo socioterapéutico formado por mujeres con dependencia al alcohol en tratamiento, en el cual se tratarán aquellos aspectos que les producen sufrimiento, o les impiden desarrollar sus capacidades, afectos, relaciones y responsabilidades. La intervención va dirigida a mejorar las vivencias y la participación social de las integrantes, lo cual implica un desarrollo de las capacidades personales para enfrentarse consigo misma y con el entorno (Rosell, 1998).

Los estudios que evalúan la intervención en grupo han demostrado que los usuarios aumentan “su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia, mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición de tratamiento interno a tratamiento ambulatorio y son más proclives a volver a las citas de seguimiento” (Calvo, Pérez, Sacristán y Paricio, 2009, p. 16). El estudio que realizaron profesionales del Hospital Miguel Servet de Zaragoza y la Unidad de Salud Mental Fuentes Norte en 2008 (Calvo et al., 2009) concluye que la terapia grupal “proporciona relaciones interpersonales, aporta cohesión a los miembros, facilita la generalización de problemas, etc.” (p. 19), demostrando así que tiene una eficacia igual o superior a la terapia individual. En este estudio, se obtuvo un 64,3% de abstinencia, y se concluyó que la

eficacia de la terapia grupal perduró en el tiempo, ya que al año siguiente, tras el seguimiento, observaron mayores tasas de abstinencia y menores tasas de recaída que en el grupo control.

2. Proyecto de intervención

2.1. Introducción

La rehabilitación social de la mujer con dependencia al alcohol se puede concebir como un proceso largo para ella y para su entorno, en el cual el apoyo de las instituciones y de las redes que intervienen, pasa a tener un papel clave para su desarrollo.

Según Gómez (2004), el proceso de rehabilitación se divide en cuatro fases interrelacionadas: abstinencia, deshabituación, rehabilitación y reinserción. Por otro lado, se interviene desde dos dimensiones: desde la propia mujer y su entorno, y desde los profesionales que se encuentran en las instituciones a las que acuden. Es en la etapa de la rehabilitación, donde el Trabajo Social puede actuar para conseguir la reinserción social de la persona, pues es cuando el profesional le ofrece las herramientas necesarias para conseguir esa meta.

Con respecto al consumo de sustancias, éste hay que contemplarlo desde tres perspectivas: individuo, sustancia y entorno social. Analizando estas tres realidades, tanto su independencia como en sus interrelaciones, es como llegaremos a tener una idea, si no global sí bastante aproximada, de la dependencia al alcohol y sus consecuencias.

Por otro lado, tal y como se ha explicado en el desarrollo del marco teórico, es importante trabajar con las usuarias sus motivaciones, la afectividad, la autoevaluación, la autoestima, el estilo de vida, las habilidades personales, etc. Todos ellos aspectos que favorecen la rehabilitación total de la mujer dependiente del alcohol.

Sin embargo, como señala (Pascual, 2012c) “no existe ninguna técnica específicamente diseñada para el desarrollo de una intervención grupal del alcoholismo” (p. 449). Por ello, a continuación, se pretende diseñar una forma de intervenir en esta problemática, con el objetivo de cubrir esta carencia.

Para la realización del mismo, nos basamos tanto en los fundamentos recogidos en el marco teórico, como en nuestra experiencia directa durante el periodo de prácticas del Grado y la formación específica que hemos adquirido en los últimos meses.

2.2. Análisis de la realidad

2.1 Objeto de estudio

Mujeres con dependencia del alcohol en la provincia de Zaragoza que hayan iniciado tratamiento individual en una entidad pública o privada.

2.2 Contextualización

Ámbito territorial y población

El proyecto está diseñado para realizarlo en toda la provincia de Zaragoza, ya que la atención sanitaria en el ámbito de las adicciones no está zonificada.

El Centro de Solidaridad de Zaragoza (Instituto para el Estudio de las Adicciones, 2014) atendió durante el año 2013 a 173 personas (todas ellas en tratamiento individual ambulatorio por dependencia al alcohol), siendo un 23% más que en el 2012. Por lo tanto, podemos decir que el número de personas que inician tratamiento por dependencia al alcohol en la provincia de Zaragoza ha aumentado de manera destacada.

Si nos centramos en el género femenino, este aumento es más significativo todavía, ya que de esos 173 usuarios, 58 fueron mujeres, un 40% más que en 2012 (citado en Instituto para el Estudio de las Adicciones, 2014).

Demandas

Actualmente en la provincia de Zaragoza no existe un tratamiento grupal para personas dependientes del alcohol en régimen ambulatorio. Además, tampoco se lleva a cabo un tratamiento exclusivo para mujeres que contemple las características específicas del género femenino en relación a esta dependencia, a pesar de la importante presencia de este género en las encuestas actuales sobre adicciones.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivos generales

- A. Favorecer la rehabilitación social integral de las mujeres en tratamiento por dependencia del alcohol mediante el Trabajo Social en grupo y desde una perspectiva de género.
- B. Incentivar el tratamiento grupal en el ámbito de las adicciones.

2.3.2. Objetivos específicos

- A.1 Reconocer las necesidades sociales del grupo y enfocar las actividades hacia el cumplimiento de sus objetivos personales.

- A.2 Desarrollar actividades relacionadas con el ámbito laboral que se ajusten a la necesidad del grupo.
- A.3 Informar y orientar a las mujeres sobre recursos y prestaciones a las que pueden optar por sus condiciones personales y de vida.
- A.4 Desarrollar actividades que fomenten las actividades asociativas de las mujeres como forma de ocio.
- A.5 Desarrollar las habilidades sociales y de comunicación de las mujeres en tratamiento.
- A.6 Mejorar las relaciones familiares, a través de actividades con usuarias y familiares.
- A.7 Aumentar la autoestima de las mujeres en tratamiento y su capacidad de resiliencia.
- A.8 Capacitar a las mujeres para que reconozcan los signos físicos y psíquicos de alarma antes de una posible caída o recaída y pongan los medios necesarios para evitarla.
- A.9 Informar a las usuarias sobre los efectos bio-psico-sociales de la dependencia del alcohol en mujeres.
- B.1 Crear un grupo de pertenencia en el que las mujeres puedan expresar sus emociones sin sentirse juzgadas ni rechazadas por su dependencia.
- B.2 Promover la perspectiva de género en los programas de tratamiento de adicciones, tanto individuales como grupales.

2.4. Actividades

A continuación, se detallan las actividades que conforman este proyecto. Éstas se estructuran en título, descripción y justificación, profesional que la impartirá y número de sesiones necesarias para realizar la actividad completa.

Además de que cada actividad tendrá unas normas específicas en función de lo que se busca conseguir, existe un listado de pautas generales. En primer lugar, todas las actividades del proyecto deben ser impartidas por mujeres, ya que se busca fomentar una perspectiva de género y facilitar la comunicación y empatía de la profesional hacia las mujeres y viceversa.

La duración de cada sesión será de 2 horas, con un descanso de 10 minutos cuando la profesional de la actividad considere oportuno. En total, el proyecto se desarrollará en 8 sesiones y estará compuesto por la profesional y/o persona voluntaria más las usuarias, cuyo número se determinará en consenso con los profesionales del centro donde se realice el proyecto, pero estará en torno a 10 – 15 mujeres.

El proyecto está diseñado para que su realización sea por un equipo multidisciplinar. Éste tendrá capacidad de modificar las actividades cuando lo considere oportuno, siempre y cuando sea

para adaptarlas a las características y necesidades del grupo, las cuales se pondrán de manifiesto a través de la evaluación continua.

Con respecto a la consecución de los objetivos generales y específicos, se busca cumplirlos a través de las actividades que se desarrollan a continuación, ya sea de forma específica (ejemplo: objetivo específico A.2) o transversal (ejemplo: objetivo específico A.7).

2.4.1. Desarrollo de las actividades

Actividad 1: Presentación del grupo y de las participantes, mediante técnicas de desinhibición.

Para que las mujeres del grupo se conozcan, se comenzará con la realización de una técnica de presentación en la que cada una, aparte de darse a conocer, empezará a entablar la relación con las demás integrantes del grupo y la profesional. De esta manera habrá un primer contacto en el que se empezará a buscar la aparición del sentimiento de pertenencia al grupo.

Para conseguir esto, la sesión se dividirá en dos partes. En primer lugar, las usuarias escribirán su nombre en una cartulina pequeña y se lo colocarán con un imperdible en la camiseta. A continuación dirán su nombre y el de las personas que se han presentado antes que ella.

Una vez finalizada esta técnica, se presentarán los objetivos de la realización de este grupo y se entregará a cada una de las participantes un cronograma de las sesiones y una hoja de derechos y deberes del grupo, pudiendo ésta ser modificada por consenso del grupo el mismo día de la sesión.

En la segunda parte de la sesión, se propone la práctica “Venta de cosas aburridas”. Ésta busca que las participantes desarrollen la capacidad comunicativa y conseguir una desinhibición sino completa, que ayude a una posterior integración en el grupo. La técnica consiste en que cada participante tendrá una ficha con un objeto extravagante y poco usual, el cual tendrá que vender a sus compañeras en dos minutos.

Impartida por: Trabajadora social.

Número de sesiones: 1.

Actividad 2: Taller de comunicación: Habilidades de comunicación. El lenguaje y la realidad.

El objetivo de esta actividad es que las mujeres aprendan a expresar su problema sin miedo a los juicios, sin tabúes, normalizando su situación y así, aumentar su autoestima. De esta forma, como explica (Gómez, 2000) a través de un grupo homogéneo, las usuarias pueden expresar los temas que más las avergüenzan, como pueden ser los malos tratos y los abusos tanto físicos como sexuales y psicológicos.

Es importante que las mujeres puedan expresar su problema y no ocultarlo, ya que muchas de ellas todavía perciben que existe una marginación y discriminación social y familiar a la vez que se sienten inferiores y juzgadas por los estereotipos que en la sociedad todavía persisten (Ettorre, 1998).

Otro objetivo es enseñarles a que cambiando su forma de hablar pueden aprender a valorarse más, a motivarse. Ochoa, Madoz-Gúrpide y Vicente (2009) resaltan la importancia de realizar un trabajo previo de conceptos motivacionales en un trabajo con personas dependientes del alcohol, ya que ésta influye en la rehabilitación social y el proceso de prevención de recaídas. La motivación de la usuaria es un factor del que dependerá su proceso evolutivo de tratamiento junto con el apoyo socio-familiar.

Impartida por: Trabajadora social.

Número de sesiones: 1.

Actividad 3: Taller de musicoterapia y risoterapia.

Esta sesión se divide en dos talleres principales. En primer lugar, se realizará uno de risoterapia en el que, durante 1 hora, las mujeres disfrutarán de esta técnica que les ayudará a liberar las tensiones acumuladas durante la semana y a conocer nuevos métodos de relajación más amenos.

Estudios realizados por el psiquiatra William Fry han determinado que tres minutos de risa intensa equivalen para la salud a casi diez minutos de remar enérgicamente y, diferentes casos desde los años 60, han demostrado que, con ayuda de la medicina tradicional, los casos se han encontrado mejoría gracias a la risa (citado en Christian, Ramos, Susanibar y Balarezo, 2004).

La risoterapia es una técnica que tiene efectos físicos, psicológicos y sociales, siendo una de las más completas. En relación a los objetivos del proyecto, nos ayudará a conseguir que las mujeres se desinhiban, sientan más afinidad con sus compañeras y puedan, en las siguientes actividades, hablar sobre asuntos más personales con un grado mayor de confianza, tanto en sí mismas como en las demás personas del grupo. Además, favorecerá la mejora de la autoestima de las integrantes del grupo.

En este caso se llevará a cabo el ejercicio explicado por Rodríguez (2007) “reír con ja, je, ji, jo, ju”. Se trata de practicar la risa con diferentes vocales para experimentar diferentes emociones: “ja” ayuda a afrontar el miedo y a fortalecer el valor; “je” disminuye los enfados; “ji” tiende a recordarnos momentos felices de la infancia; “jo” favorece la digestión de las emociones; y “ju” facilita la expresión de la frustración y ayuda en el proceso de la recuperación de la depresión.

La segunda parte de esta sesión, es un taller de musicoterapia y danza, donde podrán expresar, mediante el movimiento, las emociones que les producen los diferentes estilos de música

utilizados. Además, la profesional irá dictando, cuando considere oportuno, pautas de baile como, por ejemplo, imitar los movimientos de su compañera de al lado o bailar con movimientos exageradamente lentos.

Para finalizar la sesión, la profesional realizará un resumen de todo lo que han aprendido hasta el momento y motivará a las mujeres para que continúen con su decisión de rehabilitación bio-psico-social.

Impartida por: Psicóloga.

Número de sesiones: 1.

Actividad 4: Charla dinámica – informativa sobre la dependencia bio-psico-social.

En ella se tratarán los diferentes efectos y consecuencias en los tres ámbitos de la dependencia del alcohol en la mujer mediante dinámicas participativas.

Al final de la actividad se entregará a cada participante un dossier con la información dada durante las charlas, en la que se incluirán una serie de pautas para reconocer, desde las diferentes perspectivas, los síntomas de una posible “caída” y “recaída”.

La importancia de realizar una charla que trate los tres puntos de vista se debe a la necesidad de una perspectiva bio-psico-social en un tratamiento como este (mencionada en el apartado 1.2 “Los trastornos por uso del alcohol: la dependencia alcohólica”).

Impartida por: Médica, psicóloga y trabajadora social, especialistas en adicciones.

Número de sesiones: 1.

Actividad 5: Charla – coloquio de una persona que ha superado el proceso de deshabituación e historias de vida de las participantes del grupo.

El objetivo de esta actividad es que las mujeres conozcan un ejemplo real de deshabituación del alcohol y aumenten su autoestima y la autodeterminación de abandonar de forma permanente su consumo.

Tras su exposición, se llevará a cabo una mesa redonda, en la que las usuarias podrán contar sus propias historias de vida, como método de desahogo y también como forma de practicar las habilidades sociales y de comunicación que se trabajaron en la Actividad 2 y durante todas las sesiones de forma transversal.

Impartida por: Trabajadora social, que tendrá una función más secundaria, de moderar la mesa y dar las pautas del desarrollo de la actividad.

Número de sesiones: 1.

Actividad 6: Taller de manualidades (arteterapia). Taller dinámico de técnicas de relajación.

Esta actividad se divide en dos partes. La primera consistirá en un taller de pintura en el cual las mujeres dibujarán a su familia en un entorno ideal, para después explicar a las demás integrantes del grupo el porqué de su dibujo. Esto es importante para comparar su vida actual con su modelo ideal y así comprobar si es factible con las circunstancias actuales o hay que cambiar algo para que su vida pueda acercarse a ese modelo que buscan.

Esta actividad pertenece al grupo de técnicas proyectivas. Cada proyección forma parte de una creación que expresa la manera que tiene la persona de relacionar la realidad interna. Esta técnica, según Lindzey (1961), es una herramienta que se utiliza para “revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto” (citado en Pont, s. f.).

Por otro lado, Fernández Ballesteros (citado en Pont, s. f.) destacó que lo más importante de esta técnica es que proporciona una visión de la personalidad del individuo conjunta y de la aceptación de una parte inconsciente por el que se pueden observar las tendencias, los conflictos o necesidades de la usuaria.

Al requerir esta actividad de una gran implicación emocional y de expresión sobre sentimientos y pensamientos, creemos necesaria una actividad de relajación posterior. Así, en la media hora final de la actividad se llevarán a cabo unas técnicas de relajación con el objetivo de reducir la elevada carga emocional de la primera parte.

Las técnicas de relajación son importantes para controlar la ansiedad en el consumo de alcohol y para obtener herramientas que la disminuyan sin tener la necesidad de depender de una sustancia que realice la misma función (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994).

Además, es necesario enseñar a las usuarias a relajarse debido a que, según las trabajadoras sociales de las diferentes UASAs, la mayoría de las mujeres que inician tratamiento por dependencia al alcohol tienen cargas familiares, se encuentran desbordadas y se exigen demasiado (véase Anexo 2.2).

De esta forma, las usuarias, tumbadas en el suelo cómodamente, se irán relajando mientras con música tranquila la profesional irá indicando las pautas a seguir. La técnica será elegida por la profesional, pero a continuación mostramos un ejemplo:

“Vamos a imaginarnos un lienzo blanco, reluciente, rozamos la tela con los dedos. Mientras miramos el lienzo blanco, vamos a relajar la cabeza... notamos que la tensión se va mientras seguimos acariciando el lienzo. Ahora vamos a relajar los ojos, la nariz, las mejillas, la boca, la

barbilla y el cuello. Después pasamos al cuerpo, escuchad vuestra respiración y relajad los pulmones, la tripa, la cadera, las piernas y, finalmente, los pies. Una vez relajado todo el cuerpo, volvemos al lienzo.

A continuación, vamos a dibujar una montaña verde y en su cima nieve. Una cascada aparece en la parte final, y podemos escuchar el sonido del agua chocando contra las rocas, mientras forma un riachuelo, que llega a un pueblecito, frío y acogedor a la vez. Hace frío, pero unos rayos de sol que se esconde parcialmente en la montaña nos ofrecen una sensación de calidez. Podemos oír a los pájaros piando, mientras sobrevuelan el valle...

A partir de este momento vamos haciendo desaparecer del lienzo, el pueblo, la montaña, la nieve, el riachuelo y, por último, el sol. Vamos sintiendo partes del cuerpo específicas como los dedos de los pies, las piernas, la tripa, los labios... hasta llegar a los ojos. Los abrimos y empezamos a estirar todo el cuerpo lo máximo que podamos. Nos levantamos despacio”.

Impartida por: Trabajadora social especializada en terapia sistémica.

Número de sesiones: 1.

Actividad 7: Técnica de terapia “familiar”.

Esta actividad está dirigida a las integrantes del grupo y a su núcleo familiar, ya que según las profesionales entrevistadas (véase Anexo 2), parecen contar con su apoyo. Por ende, es necesario trabajar también la relación familiar, tan importante en el proceso de rehabilitación y reinserción social de las mujeres dependientes del alcohol.

Dentro del entorno de las usuarias, es importante que las personas que lo integren no se conviertan en co-dependientes, es decir, que dependan de las emociones y del control de la persona dependiente, que vivan a través de ella (Medina-Mora y Rojas, 2003; Martí, 2012). Esto se debe a que la familia queda condicionada (Gómez, 2006) y sufre las consecuencias de los cambios de carácter de la persona, pudiendo llegar a incrementarse los conflictos dentro del ámbito familiar (Pascual, 2012b).

Por otro lado, a los problemas que surgen en la familia a raíz de la dependencia del alcohol, hay que añadir el desconocimiento de la dependencia y de sus consecuencias (Acero, 1995). Así, se hace necesaria una actividad que ofrezca información a la familia y le permita resolver todas aquellas dudas que tenga en relación a la dependencia.

La técnica que se llevará a cabo será elegida por la profesional que realice esta actividad, dependiendo de las necesidades y características tanto de las usuarias como de sus familias.

Impartida por: Trabajadora social especializada en terapia sistémica.

Número de sesiones: 1.

Actividad 8: Taller sobre el desarrollo de competencias laborales. Evaluación participativa del proyecto y despedida.

Esta sesión tiene dos partes: una primera, en la que se realizará un taller sobre las competencias laborales; y otra, en la que se llevará a cabo una evaluación participativa de todas las sesiones.

El taller laboral estará dirigido principalmente a la búsqueda de empleo y de cursos de formación que les puedan interesar y a cómo rellenar el CV. Esto se debe a que el perfil de las usuarias con dependencia al alcohol suele ser de clase media-baja, sin ingresos económicos a parte de prestaciones sociales y, también, a que uno de los factores de riesgo es el desempleo (véase Anexo 2).

Por otro lado, en caso de que las usuarias estén trabajando, se llevarán a cabo actividades informativas sobre riesgos laborales, sus derechos y la mejora del CV, así como búsqueda de formación adicional.

La segunda parte de esta sesión se corresponde con la despedida, en la cual se realizará una evaluación participativa de todas las sesiones. Las usuarias expondrán lo que más les ha gustado, lo que menos y se repartirá una hoja en la que se evaluará la organización y metodología de las actividades (véase Anexo 3).

Impartida por: Trabajadora social.

Número de sesiones: 1.

2.5. Metodología y organización

La realización de este proyecto está destinada a aquellas mujeres dependientes del alcohol que se encuentren realizando un tratamiento individualizado y que éste pueda ser complementado con un tratamiento grupal.

Será llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que cuente con dos trabajadoras sociales (una especialista en terapia sistémica), una psicóloga y una médica, todas ellas con conocimientos específicos en adicciones y perspectiva de género. Además, en una sesión se añadirá una mujer voluntaria que ha sido dependiente del alcohol, la cual contará su experiencia y cómo ha conseguido rehabilitarse. Por último, también se contará en una de las sesiones, con la participación de un miembro del núcleo familiar más cercano de cada usuaria.

Las actividades serán participativas y, como se ha explicado anteriormente, podrán variar si así lo requiere el funcionamiento del grupo. Las usuarias podrán, al final de cada actividad, hacer un

pequeño comentario sobre qué les ha parecido la sesión, que se tendrá en cuenta en las siguientes. De esta manera se aumentará la implicación en el grupo de las usuarias y su pertenencia al mismo.

2.6. Cronograma

Actividades/Sesiones	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10
<i>Actividad 1:</i> Presentación del grupo										
<i>Actividad 2:</i> Taller de habilidades de comunicación										
<i>Actividad 3:</i> Talleres (I)	Taller de musicoterapia									
	Taller de risoterapia									
<i>Actividad 4:</i> Charlas dinámicas-informativas	Médica									
	Psicóloga									
	Trabajadora social									
<i>Actividad 5:</i> Historias de vida	Voluntaria									
	Usuaris									
<i>Actividad 6:</i> Talleres (II)	Manualidades									
	Relajación									
<i>Actividad 7:</i> Técnica de terapia familiar										
<i>Actividad 8:</i> Taller (III) y finalización	Desarrollo de competencias laborales									
	Evaluación									
	Despedida									
Evaluación final del proyecto										

2.7. Recursos

2.7.1. Personales

- 2 trabajadoras sociales.
- 1 psicóloga.
- 1 doctora.
- 1 mujer que haya superado con éxito su proceso de deshabituación del alcohol y que, voluntariamente, narre su historia de vida.
- Los/as familiares de las usuarias.

2.7.2. Materiales

- 1 sala.
- 15 sillas.
- Material de oficina: folios, bolígrafos, rotuladores, cartulinas, cinta adhesiva, pizarra...
- 1 Ordenador y altavoces.
- 1 Proyector.
- Material de las sesiones (dossieres, cronograma, hoja de derechos y deberes).

2.7.3. Técnicos

- Sistema informático.
- Conexión a Internet.

2.8. Presupuesto

Para poder desarrollar nuestro proyecto, solicitaremos subvenciones a distintas entidades e instituciones (ej., Diputación General de Aragón, Diputación Provincial de Zaragoza, La Caixa, etc.).

Con respecto a los gastos (Tabla 3), tanto el material fungible como el no fungible serán cubiertos por los recursos propios de la entidad o institución donde se ponga en marcha el proyecto. De forma que, los ingresos serán destinados a los gastos de personal, externo a la entidad. Además, quedará una pequeña cantidad (350€) para los imprevistos que pudieran surgir a lo largo de la ejecución del proyecto y que, en caso de no hacer uso de ellos, se destinarían a cubrir necesidades formativas de las usuarias (ej., becas para realizar un curso o grado de formación profesional).

Tabla 3. Relación de gastos del proyecto de intervención

Material fungible		Cubierto por la entidad
Material no fungible		Cubierto por la entidad
Personal	Trabajadora Social (60€/h) (diseño, ejecución y evaluación: 24h)	1440€
	Trabajadora Social especialista en terapia sistémica (60€/h) (ejecución: 2h)	120€
	Psicóloga (60€/h) (ejecución: 4h)	240€
	Médica (60€/h) (ejecución: 2h)	120€
Imprevistos		350€
Total		2270€

2.9. Evaluación

La evaluación del proyecto será participativa, centrada en las necesidades de las integrantes del grupo y en los objetivos propuestos. Es decir, se trata de una evaluación centrada en el proceso y no sólo en el resultado. Con este tipo de evaluación se pretende tener en cuenta el aprendizaje y el desarrollo del grupo y de las usuarias (Perea, 2003).

Tendrá dos vertientes: una continua, que se hará después de cada sesión del tratamiento en grupo; y una evaluación final, que, como su nombre indica, se realizará al finalizar todo el proceso. Además, se pretende efectuar una evaluación de impacto 3 meses después de haber concluido todo el proceso grupal con las usuarias, para comprobar los beneficios que se han obtenido.

Como se ha nombrado anteriormente, se realizará una evaluación al terminar cada sesión para conocer las opiniones sobre éstas de cada una de las integrantes. Consistirá en completar una serie de preguntas acerca de la información dada por los profesionales, el material utilizado y las instalaciones usadas para cada actividad (véase Anexo 3).

Por otro lado, en la última sesión del tratamiento grupal se hará otra evaluación más global sobre las actividades realizadas, propuestas de mejora y opinión sobre el proyecto realizado. En este caso, no se pasará ninguna ficha, sino que se lanzarán preguntas abiertas a las usuarias, con el fin de iniciar un debate en el que se traten las fortalezas y debilidades del tratamiento.

Para todo ello, se van a utilizar tanto técnicas cuantitativas, como cualitativas y participativas. Con las primeras se comprobará el número de asistentes que comienzan el tratamiento grupal y cuántas lo terminan, para conocer si ha habido una buena adherencia al grupo. Con las segundas se comprobará el grado de satisfacción de cada sesión y del tratamiento grupal global. Por último, con las terceras se pretende implicar a las usuarias en la evaluación ofreciéndoles su opinión (Perea, 2003).

3. Conclusiones

La adicción al alcohol es uno de los problemas más importantes que afectan a la sociedad por ser, entre otras cosas, una de las principales causas de mortalidad en nuestro país. Además, en las últimas décadas su consumo por parte de las mujeres, ha ido en aumento, llegando a la proporción de 1 mujer dependiente del alcohol por cada 3 hombres.

Las mujeres pertenecen a uno de los colectivos más vulnerables como consecuencia de la discriminación que han sufrido a lo largo de la historia por razón de su género. Esta situación ha posicionado a la mujer en un segundo plano y, como consecuencia, todavía hoy se puede observar una notable falta de autoestima y de habilidades sociales, sobre todo, en las mujeres dependientes del alcohol. Esto, junto con las características propias de su género, hace que la relación de las mujeres con el alcohol sea diferente que la de los hombres, y puede llevar a que este colectivo demande, en menor medida, tratamiento específico para los problemas por consumo de alcohol. Por todo ello, este proyecto ha sido planteado desde la perspectiva de género y ha perseguido eliminar esa doble discriminación que sufre la población objetivo del mismo: ser mujer y tener una dependencia.

En esa misma línea, la evidencia indica que la intervención en grupo favorece la mejora de los aspectos mencionados en el párrafo anterior (autoestima, habilidades sociales), mediante el establecimiento de nuevas relaciones sociales, más allá de las familiares o de pareja. Otro aspecto positivo de este tratamiento, es que ayuda a que las usuarias normalicen su situación al comprobar que hay más mujeres con su misma problemática. Por todo ello, el tratamiento en grupo complementa al individual, consiguiendo ofrecer a las usuarias una intervención integral en la que se optimizan sus características propias.

En este punto, cabe señalar que plantear una intervención en grupo formado exclusivamente por mujeres fomenta una mayor adherencia de las usuarias al tratamiento, pues sienten que pueden expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgadas ni rechazadas. Además, en este caso concreto de la dependencia del alcohol, como se ha podido ver en el marco teórico, la figura masculina podría suponer a las participantes un obstáculo para avanzar en su recuperación, pues muchas de las mujeres dependientes del alcohol han sufrido vivencias negativas con el género opuesto. Además, todo lo

positivo de un grupo homogéneo queda reforzado en este proyecto al contar con un equipo femenino de profesionales multidisciplinar, especialista en adicciones y, además, con formación en perspectiva de género.

Con respecto al Trabajo Social, una de las evidencias claras que hemos podido constatar tras la realización del proyecto es la necesidad de atender y cubrir un número importante de necesidades sociales y dedicar mayor esfuerzo a la integración social de las usuarias. Así, a través de una intervención basada en la rehabilitación social, se busca conseguir la recuperación y reinserción social completa de las mujeres con dependencia del alcohol.

Por último, destacar que, con este trabajo, hemos cumplido nuestro objetivo principal, el cual era realizar un proyecto de rehabilitación social de mujeres en tratamiento por dependencia del alcohol, tratando así de cubrir una carencia observada a lo largo de la realización del Prácticum de Intervención del Grado. Creemos que este proyecto es innovador en la provincia, ya que no existe en este territorio un tratamiento de estas características, a pesar de los beneficios que proporcionaría, junto al tratamiento individual, de cara a la rehabilitación integral de la mujer dependiente del alcohol.

A pesar de las dificultades, la elaboración de este Trabajo Fin de Grado nos ha resultado gratificante y productiva: nos ha ayudado a completar nuestra formación profesional, tanto por la realización del trabajo en sí mismo, como por la formación complementaria, en adicciones y proyectos sociales con perspectiva de género, que hemos realizado ambas autoras. Nuestro fin último es poder materializar este proyecto una vez finalizado con éxito el Grado en Trabajo Social.

4. Referencias bibliográficas

- Acero, C. (1995). Trabajo Social y alcoholismo. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 201-212.
- Aliseda, J. (coord.) (2006). *Intervención psicosocial en adicciones: alcohol*. Málaga: FIAFB.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Ayuntamiento de Zaragoza. (s.f.). *Guía de información sobre las drogas*. Recuperado de <http://www.zaragoza.es/cont/paginas/sectores/jovenes/cipaj/publicaciones/guiadrogas.pdf>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Calvo, P., Pérez, A., Sacristán, P. y Paricio, C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21 (1), 16-20.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10 (2), 145-156.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castel-Branco, J. A. (mayo-junio, 2012). Epidemiología: alcohol y género en la Unión Europea. En F. Pascual Pastor (coord.), *Mujer y alcohol*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de Socidrogalcohol, Valencia.
- Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C. y Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17 (2), 57-64.
- Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. (2015). Recuperado de <http://www.farmaceticonline.com/es/familia/451-alcohol?showall=1>
- Cortés, M., Climent, B., Flórez, G., Torrens, M., Giménez, J.A., Espandian, A.,... Gadea, M. (2013). Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol. En F. Pascual, J. Guardia, C. Pereiro y J. Bobes

- (coords.). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Cortés, M. T., Giménez, J. A. y Motos, P. (2012). Factores que incrementan la vulnerabilidad hacia el alcoholismo. En F. Pascual Pastor y J. Guardia Serecigni (coords.). *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 143-180). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Del Río, F., y Pinto, E. (1990). *Recaídas, drogas y alcohol*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol: ¿placer privado o problema público?* (s. l.): Narcea Ediciones.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). Binge Drinking in Europe. *Adicciones*, 19 (4), 333-340.
- Fernández, T., y López, A. (2006). *Trabajo Social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, J. (2000). El alcoholismo femenino: una aproximación cualitativa. *Revista española de drogodependencias*, 25 (4), 424-451.
- Gómez, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 83-98.
- Gómez, J. (2005). *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Valencia: Octaedro Riialla.
- Gómez, J. (2008). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 251-260.
- González, J. (mayo-junio, 2012). Mujer, alcohol y salud. En F. Pascual Pastor (coord.), *Mujer y alcohol*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de Socidrogalcohol, Valencia.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Informe. Encuesta Nacional de Inmigrantes*. Recuperado de http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07_7pricon.pdf
- Instituto para el Estudio de las Adicciones (2014). *Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza mantiene el número atendidos en 2013*. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/noticias/30482/fundacion-centro-de-solidaridad-de-zaragoza-mantiene-el-numero-atendidos-en-2013.html>

- Instituto para el Estudio de las Adicciones (2015). *Guía jóvenes*. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/guias-jovenes-introduccion.html>
- López, A. M., y Sánchez, S. (2009). Enfoque cognitivo-conductual. En F. Pascual Pastor y Á. Velasco Rey (coord.). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo* (pp. 97-122). Valencia: FARE.
- Luengo, M., Romero, E., y Gómez-Fraguela, J. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Editorial Compostela.
- Martí, A. (mayo-junio, 2012). La familia alcohólica: dependencias afectivas. En F. Pascual Pastor (coord.), *Mujer y alcohol*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de Socidrogalcohol, Valencia.
- Martínez, A. (2002). Alcoholismo femenino: problemática social. *La ventana*, 16, 78-95.
- Medina-Mora, M., y Rojas, E. (2003). Mujer, pobreza y adicciones. *Revista de Perinatología y reproducción humana*, 17, 230-244.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Montero, F. (2006). Aspectos psicosociales de la dependencia del alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres. *Salud y Drogas*, 6 (2) 197-214.
- Muñoz, S. (mayo-junio, 2012). La realidad desde los centros asistenciales. En F. Pascual Pastor (coords.), *Mujer y alcohol*. Simposio llevado a cabo en la conferencia de Socidrogalcohol, Valencia.
- Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A. y Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Revista Medicina Seguridad y Trabajo*, 55 (214). Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Pascual, F. (2012a). Conceptos y diagnóstico del alcoholismo. En F. Pascual y J. Guardia (coords.). *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 121-142). Barcelona: Socidrogalcohol.

- Pascual, F. (2012b). Consecuencias sociales del consumo perjudicial de alcohol. En F. Pascual y J. Guardia (coords.). *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 295-332). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pascual, F. (2012c). Intervención psicosocial en el alcoholismo. En F. Pascual y J. Guardia (coords.). *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 443-463). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pascual, F. y Guardia, J. (coords.). (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C. y Bobes, J. (coords.) (2013). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Pascual, F., y Velasco, Á. (coords.) (2009). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Valencia: FARE.
- Perea, O. D. (coord.). (2003). *Guía de evaluación de Programas y Proyectos Sociales. Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social*. Recuperado de <http://www.plataformaong.org/planestrategico/ARCHIVO/documentos/6/6.pdf>
- Pereiro, C., Villalbí, J.R., Gurrea, A. y Luna, A. (2013). Epidemiología del consumo de alcohol. En F. Pascual, J. Guardia, C. Pereiro y J. Bobes (coords.). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol* (pp. 11-16). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh14/social/Documents/ESTRATEGIA%20DROGAS%202009%202016.pdf>
- Pont, T. (s.f.). *Posibilidad de detección de conflicto sexual a través de las Técnicas Proyectivas*. Recuperado de http://grafologiauniversitaria.com/tecnicas_proyectivas.htm
- Rioja Salud. (2014). *Información y prevención sobre drogas*. Recuperado de <http://infodrogas.org/inf-drogas/alcohol>
- Rodríguez, C. (2007). *Risoterapia y calidad de vida. 69 ejercicios de risoterapia para vivir más y mejor*. Zaragoza: Mira editores.
- Rosell, T. (1998). Trabajo Social de grupos: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social, 11*, 103-122.

- Sánchez, M. (1995). El Trabajo Social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 181-199.
- Trigueros, I., Mondragón, J. y Serrano, M.T. (2001). *Trabajador Social. Temario Para la Preparación de Oposiciones. Volumen I: Trabajo Social*. Recuperado de https://books.google.es/books?id=jpzYS6JD2QkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Trinidad, C. y Ureña, A. (2009). Tratamiento social. En F. Pascual Pastor y Á. Velasco Rey (coords.). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Valencia: FARE.
- Villalbí, J.R. y Brugal, M.T. (2012). Epidemiología del consumo de alcohol y de sus consecuencias en la salud. En F. Pascual y J. Guardia (coords). *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 43-74). Barcelona: Socidroalcohol.

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de datos del consumo de alcohol entre 15-64 años en diferentes países europeos	13
Tabla 2. Comparativa de UBEs entre género.	14
Tabla 3. Relación de gastos del proyecto de intervención.....	38

Índice de figuras

Figura 1. Consumo de bebidas alcohólicas	14
Figura 2. Acontecimientos vitales previos.....	16
Figura 3. Consecuencias personales de la dependencia de alcohol.....	16
Figura 4. Consecuencias familiares y de pareja en la dependencia de alcohol	17
Figura 5. Consecuencias sociales y laborales de la dependencia de alcohol.....	17