



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**EL ALCOHOLISMO FEMENINO:  
UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:  
JOSEFA GÓMEZ MOYA

DIRIGIDA POR:  
DRA. INMACULADA SERRA YOLDI  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA  
SOCIAL

*Inmaculada Serra Yoldi*

VALENCIA, 2003

UMI Number: U603014

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U603014

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.  
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against  
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC  
789 East Eisenhower Parkway  
P.O. Box 1346  
Ann Arbor, MI 48106-1346



D. 1448221  
L. 1448236



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<hr/>	
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>29</b>
<hr/>	
<b>DIFERENTES CULTURAS, DIFERENTES DROGAS</b>	
1.1 EL ALCOHOLISMO: DEL CAMPO MÉDICO AL SOCIAL	33
1.2 EL ALCOHOLISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	37
1.2.1 La situación de la mujer y la familia en nuestro medio social	40
1.2.2 La familia de la mujer alcohólica	44
1.2.3 Características del alcoholismo femenino	49
1.3 EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIAL	52
<hr/>	
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>65</b>
<hr/>	
<b>LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ALCOHOLISMO: DEL VICIO A LA ADICCIÓN</b>	
2.1 EL ALCOHOLISMO COMO CONDUCTA DESVIADA	65
2.1.1 El concepto de desviación	67
2.1.2 Contribuciones del Funcionalismo	70
2.1.3 Contribuciones de la Escuela de Chicago	72
2.1.4 El Interaccionismo Simbólico	77
2.1.5 La Fenomenología	85
2.1.6 Aportaciones desde Enfoques Marxistas	90
2.1.7 La Elección Racional	93
<hr/>	
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>97</b>
<hr/>	
<b>EL CONTROL SOCIAL</b>	
3.1 LA SOCIALIZACIÓN COMO MECANISMO DE CONTROL	98
3.2 EL CONTROL SOCIAL NORMATIVO-LEGAL	104
3.2.1 El Plan Nacional sobre Drogas	106
3.2.2 La Estrategia Nacional Sobre Drogas	108
3.2.3 Ley de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana	111
3.2.4 El Plan Autonómico Valenciano	113
3.3 LA NORMATIVA EUROPEA	114
3.3.1 La Carta Europea sobre el Alcohol	115
3.3.1.1 Diez estrategias para la "Acción sobre el Alcohol"	116
3.3.1.2 Plan Europeo de Actuación Sobre el Alcohol 2000-2005	118

---

**CAPÍTULO IV** **123****LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES**

4.1	EL INICIO DE LA ASISTENCIA AL ALCOHÓLICO	125
4.1.1	Los Hospitales Psiquiátricos	126
4.2	LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	128
4.2.1	Unidad Ambulatoria	129
4.2.2	Unidad Hospitalaria	130
4.2.3	Centro Urbano de Rehabilitación, o Centro de Día	131
4.2.4	Comunidad Terapéutica	134
4.3	DIVERSIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA: PROGRAMAS BASADOS EN NUEVOS RECURSOS	136
4.3.1	Programas de disminución de daños	136
4.3.2	Unidad de valoración y apoyo	138
4.4	ESTRUCTURA ASISTENCIAL ACTUAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	139
4.4.1	Descripción de los recursos existentes	141
4.5	EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO Y LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA	143
4.5.1	Las asociaciones de alcohólicos: una red de apoyo social	146
4.5.2	El papel de las asociaciones de alcohólicos	148
4.5.2.1	La actuación rehabilitadora desde las asociaciones	149

---

**CAPÍTULO V** **155****PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS**

---

**CAPÍTULO VI** **171****CONSUMO DE ALCOHOL Y CONTEXTO SOCIAL**

6.1	PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA	171
6.1.1	El consumo de alcohol, prevalencia y evolución	172
6.1.2	Tendencias de consumo y nuevos fenómenos emergentes	176
6.1.3	Tipología de los consumidores de alcohol	183
6.2	EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL COLECTIVO DE MUJERES	186
6.2.1	Patrones de consumo	188
6.2.2	Tipología y perfil de las bebedoras abusivas	191
6.3	LA CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	194
6.3.1	Prevalencia y patrones de consumo de alcohol	195
6.3.2	Tipología de bebedores/as y perfil	201
6.3.3	Modelos socio-culturales del consumo	204

---

**CAPÍTULO VII** **209**
**LOS AGENTES SOCIALES EN EL PROCESO REHABILITADOR**

7.1	TRABAJAR CON ALCOHOLICOS: VOCACIÓN O PROFESIÓN	209
	7.1.1 La decisión de trabajar en alcoholismo: "El enganche"	211
	7.1.2 El profesional y su trabajo	212
	7.1.3 La opinión de los profesionales sobre la estructura asistencial.	215
	7.1.4 El proceso del tratamiento	223
7.2	PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DEL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES	229
	7.2.1 Los profesionales y la conceptualización del alcoholismo femenino	229
	7.2.2 Enfoques y Modelos para la intervención.	238
	7.2.3 Abstinencia total versus beber controlado.	247
	7.2.4 Las asociaciones y los grupos de autoayuda	251
7.3	LA MUJER ALCOHÓLICA PARA LOS PROFESIONALES	254
	7.3.1 Perfil de la mujer alcohólica	254
	7.3.2 El mundo vital de la alcohólica, visto por los profesionales	258
	7.3.3 El profesional como referente para la alcohólica	261

---

**CAPÍTULO VIII** **267**
**RELATOS DESDE EL ALCOHOLISMO**

8.1	LOS CAMINOS DE LA RECUPERACIÓN: DECIDIENDO EL FUTURO	268
8.2	REPENSAR UNA VIDA PARA COMPRENDERLA	280
8.3	VOLVER A LA VIDA COTIDIANA	294
8.4	UNA MIRADA AL PASADO DESDE OTRO LUGAR	303

---

**CAPÍTULO IX** **315**
**LA RECUPERACIÓN DE LA MUJER ALCOHÓLICA: APOYOS PERSONALES Y SOCIALES**

9.1	LA EXPERIENCIA DEL ALCOHOLISMO	316
	9.1.1 Iniciarse en el alcohol	317
	9.1.2 Los motivos y las formas de consumo	320
	9.1.3 La conciencia de alcoholismo	324
	9.1.4 Consecuencias asociadas al consumo excesivo	326
9.2	ALCOHOLISMO Y SOCIALIZACIÓN	329
	9.2.1 Recuerdos de una vida: vivencias y sentimientos	329
	9.2.2 Las relaciones con la familia de origen	339
	9.2.3 La pareja de la alcohólica	341

9.2.4 Los hijos	349
9.3 EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN: UN RETO PARA LA MUJER	354
9.3.1 La decisión de cambiar	354
9.3.2 El proceso de recuperación	358
9.3.3 La vida sin alcohol: una meta alcanzable	362
9.3.4 El apoyo a otras personas	366
9.4 ALCOHOLISMO Y SOCIEDAD	369
9.4.1 La percepción social y la diferencia por género	370
9.4.2 El trabajo de la mujer dentro y fuera del hogar	374
9.4.3 La degradación social	378
9.4.4 La esperanza	380
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>385</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>399</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>419</b>
ANEXO I - GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS	423
ANEXO II - DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PROFESIONALES ENTREVISTADOS	427
ANEXO III - ENTREVISTAS	429
ANEXO IV - DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES ALCOHÓLICAS ESTUDIADAS	505

## CUADROS, TABLAS Y FIGURAS

### CUADROS

CUADRO 4.1	LA RESPUESTA ASISTENCIAL SEGÚN DIFERENTES FASES .....	125
CUADRO 4.2	NIVELES BÁSICOS DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS SEGÚN EL MODELO ACTUAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ....	139
CUADRO 4.3	RECURSOS DE DROGODEPENDENCIAS EXISTENTES EN LA COMUNIDAD VALENCIA .....	141
CUADRO 5.1	MARCO ANALÍTICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA Y LA COMUNIDAD VALENCIANA: PERSPECTIVA CUANTITATIVA. ....	159
CUADRO 5.2	MARCO DE REFERENCIA PARA EL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS DESDE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA.....	162
CUADRO 5.3	MARCO DE REFERENCIA DEL COLECTIVO DE PROFESIONALES ENTREVISTADOS SEGÚN PERFIL PROFESIONAL Y CONTEXTO DE TRABAJO.....	165
CUADRO 5.4	MARCO DE REFERENCIA DEL COLECTIVO DE MUJERES ALCOHÓLICAS ESTUDIADAS SEGÚN PERIODO DE ABSTINENCIA Y RECURSOS.....	166
CUADRO 6.1	PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES ABUSIVOS DE ALCOHOL.....	203
CUADRO 6.2	PERFILES DE CONSUMIDORES DE ALCOHOL EN LOS PRINCIPALES ÁMBITOS DE CONSUMO. ....	205

### TABLAS

TABLA 6.1	EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA. 1995-1999.....	172
TABLA 6.2	EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD .....	173
TABLA 6.3	EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DIARIO DE ALCOHOL POR SEXO Y GRUPO DE EDAD.....	175
TABLA 6.4	EVOLUCIÓN DE LA EDAD MEDIA DE INICIO AL CONSUMO DE ALCOHOL .....	177
TABLA 6.5	BEBIDAS ALCOHÓLICAS MÁS CONSUMIDAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, PREVALENCIAS DE USO. ....	178
TABLA 6.6	EVOLUCIÓN DE LAS BORRACHERAS ENTRE QUIENES SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.....	179
TABLA 6.7	EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE BORRACHERAS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. ESPAÑA 1997-1999 .....	180
TABLA 6.8	PREVALENCIA DE LOS CONSUMOS DE ALCOHOL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SEGÚN EDAD Y SEXO .....	181
TABLA 6.9	TIPOLOGÍA DE BEBEDORES EN DÍAS LABORABLES EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DIARIO MEDIO DE ALCOHOL [ENTRE QUIENES HAN CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS], POR SEXO Y GRUPO DE EDAD .....	185
TABLA 6.10	TIPOLOGÍA DE BEBEDORES EN FIN DE SEMANA EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DIARIO MEDIO DE ALCOHOL [ENTRE QUIENES HAN CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS] POR SEXO Y GRUPO DE EDAD.....	186
TABLA 6.11	PATRONES BÁSICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL .....	188
TABLA 6.12	EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL COLECTIVO FEMENINO EN LOS DISTINTOS PERIODOS DE TIEMPO .....	189
TABLA 6.13	FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO AÑO .....	189
TABLA 6.14	EDADES DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL .....	190
TABLA 6.15	TIPOS DE BEBIDAS CONSUMIDAS POR EL COLECTIVO GENERAL DE MUJERES, EN EL DÍA ANTERIOR, DURANTE EL ÚLTIMO MES, ENTRE LAS QUE BEBIERON ALGÚN DÍA.....	190

TABLA 6.16	CANTIDAD DE ALCOHOL INGERIDO ENTRE LAS BEBEDORAS EN MILILITROS Y EN UNIDADES BÁSICAS DE BEBIDAS .....	191
TABLA 6.17	LAS FRECUENCIAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES.....	196
TABLA 6.18	PERFIL DE LOS QUE NO HAN BEBIDO EN EL ÚLTIMO MES Y DE LOS QUE HAN BEBIDO, EN LOS TRES TIPOS DE FRECUENCIA.....	198
TABLA 6.19	TIPOLOGÍA DE BEBEDORES SEGÚN GÉNERO [%] .....	201
TABLA 6.20	TIPOLOGÍA DE BEBEDORES SEGÚN EDAD [%].....	201
TABLA 6.21	CON QUIÉN O DÓNDE SE CONSUMEN LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	204

FIGURAS

FIGURA 6.1	PREVALENCIA DE LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA..	182
FIGURA 6.2	TIPOLOGÍA DE BEBEDORES EN FUNCIÓN DEL CONSUMO MEDIO SEMANAL DE ALCOHOL, ENTRE QUIENES HAN CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, SEGÚN CRITERIOS DE LA OMS .....	183
FIGURA 6.3	SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA EN EL COLECTIVO DE MUJERES POR FRANJAS DE EDAD .....	187
FIGURA 6.4	PERFIL DE LAS BEBEDORAS ABUSIVAS SEGÚN EL PROMEDIO SEMANAL DIARIO DE ALCOHOL CONSUMIDO .....	193
FIGURA 6.5	PORCENTAJE ANUAL DE LOS DIFERENTES CONSUMOS DE DROGAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA .....	194
FIGURA 6.6	CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA SEGÚN GÉNERO .....	195
FIGURA 6.7	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS EDADES DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL .....	199
FIGURA 6.8	EDADES MEDIAS DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN GÉNERO Y EDAD.....	199
FIGURA 6.9	TIPOS DE BEBIDAS CONSUMIDAS.....	200







# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a la Directora de la Tesis, Profesora Doctora Dña. Inmaculada Serra Yoldi, quiero agradecerle la dedicación y el interés manifestados durante todo el proceso de investigación. Tanto sus orientaciones como la supervisión minuciosa del trabajo, han contribuido eficazmente a la adquisición y ampliación de conocimientos a través de la elaboración de la investigación.

Deseo manifestar mi agradecimiento, también, al Profesor Doctor D. Jaime Sieres Sala, al que considerado mi maestro en toda mi trayectoria de formación universitaria, y que ha sabido prestarme apoyo en momentos de crisis y transmitirme seguridad por medio de sus consejos.

Agradecer, asimismo, la inestimable colaboración de los profesionales, mujeres alcohólicas, centros y asociaciones que han participado activamente con sus testimonios, haciendo realidad la consecución de los objetivos propuestos. Sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Mi agradecimiento a las instituciones que han puesto a mi disposición materiales y documentos necesarios, como son: La Dirección General de Drogodependencias, La Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, (FAD), el Consejo de Redacción de la Revista Española de Drogodependencias, El Centro de Documentación de Drogodependencias de Valencia (REDOC), Las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, La Organización de Alcohólicos Anónimos, La Universidad de Valencia.

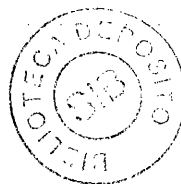
Finalmente, quiero manifestar mi agradecimiento a todos/as aquellos/as compañeros/as de trabajo, amigos/as y familiares, que han creído en mi trabajo y me han alentado constantemente para conseguir el resultado final.





**INTRODUCCIÓN**





## INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio del alcoholismo empezó hace bastantes años, como consecuencia de mi dedicación profesional, desde la práctica del Trabajo Social. El contacto diario con personas alcohólicas, lógicamente, me proporcionó una visión muy clara de las consecuencias que, a nivel privado e individual, son producidas por el consumo excesivo de alcohol. Pero comprendí que este aspecto es tan sólo una parte del fenómeno del alcoholismo. De forma progresiva fui planteándome la necesidad de conocer en mayor profundidad dicho fenómeno, con parámetros más teóricos y generales, que me permitieran un análisis desde la perspectiva sociológica.

Ha habido, por lo tanto, un recorrido intelectual plagado de interrogantes que ha culminado con la realización de la presente investigación. Me estoy refiriendo a todo un proceso exploratorio conducente a la elaboración de la hipótesis de partida, y del que voy a referir, cuando menos, los aspectos de mayor relevancia.

Durante más de veinte años de trabajo con personas alcohólicas, pude observar la invisibilidad y el ocultismo de las mujeres que intentaban recuperarse y la dificultad de acceder a sus opiniones y vivencias, por la vergüenza que les suponía desvelar su intimidad, duramente pre-juzgada por los demás. Este hecho me llevó a interesarme en conocer justamente su punto de vista, para entender el problema en toda su dimensión.

Las mujeres alcohólicas hablaban en sus discursos fundamentalmente de dos aspectos: uno de ellos era su experiencia como alcohólica, aunque hubieran transcurrido más de diez años de ello. El segundo, en el que insistían de manera particular, era sobre los apoyos recibidos, de otros alcohólicos, durante el período de su rehabilitación.

A partir de este momento, mi interés por conocer el fenómeno del alcoholismo en las mujeres, fue creciendo progresivamente. La lectura de trabajos relacionados con dicho tema fue la primera meta propuesta. Se pudo comprobar, que, en nuestro país, la mayoría de las investigaciones sobre mujeres alcohólicas, que no son abundantes, han sido realizadas por varones y desde una perspectiva clínica (Piqueras, F. 1973; Freixa, F.; Soler Insa, P.A. y cols. 1981; Bogani, E. 1987; Bach y Bach, L. 1997; Alonso Fernández, F. 1998; Cuevas, J.;



Sanchís, M. (2000). Es, sobre todo en los últimos años, cuando han comenzado a surgir las publicaciones que abordan aspectos del fenómeno que son específicos en las mujeres y que contemplan otros parámetros del mismo desde una perspectiva socio-psicológica, alejada de los planteamientos clásicos. (Hernández Boado, T. 1993; Etorre, E. 1998; Orte, C. 2000; EDIS 2000; Rubio, G.; Blazquez, A. 2000; Blanco, P.; Palacios, L.; Sirvent, C. (coord.) 2001; García Mas, M.P. 2002; Echarren, C. 2002).

A fin de indagar sobre el significado del apoyo de los alcohólicos entre sí, tan valorado por las mujeres, y pensando que ese sería el punto de partida de la tesis, me trasladé a investigar sobre los grupos de autoayuda a Estados Unidos, (St. Thomas University. Saint Paul. Minnesota), porque es en dicho país donde se sitúa el origen de los grupos de alcohólicos y porque también es allí donde la rehabilitación de los alcohólicos está absolutamente encomendada a las organizaciones de Alcohólicos Anónimos. La experiencia fue altamente productiva, puesto que la inmersión en los grupos de alcohólicos me permitió comprender el sentido de la rehabilitación para una persona alcohólica, así como también me permitió aprender a valorar el apoyo mutuo. Sin embargo, comprendí que la experiencia no era extrapolable a nuestra realidad, básicamente, porque en nuestro país hay una historia en la atención al alcoholismo que está altamente profesionalizada.

Esta primera etapa de acercamiento y exploración del fenómeno, permitió eliminar aquellas vías de estudio que nos alejaban del núcleo de interés, que progresivamente iba perfilándose con mayor claridad. Cuando se obtuvo una cierta nitidez respecto al punto de partida, que no era otro que la mujer alcohólica y su proceso de recuperación, se elaboraron las hipótesis de la presente investigación, que son las siguientes:

La mujer alcohólica tiene dificultades añadidas a las de los varones, para conseguir rehabilitarse, por su condición de mujer.

Cuando hablamos de mujer alcohólica, en el presente estudio, nos referimos a una mujer que ha instaurado una dependencia hacia el alcohol y que su consumo le ocasiona problemas físicos, psicológicos y/ o sociales. Asimismo, cuando hablamos de alcoholismo femenino, partimos de la base de considerarlo como un problema social por dos motivos. De una parte, no puede excluirse el contexto social del origen del alcoholismo ya que las personas se socializan en un medio social determinado, y ese medio establece una relación con las diferentes sustancias psicoactivas capaces de crear dependencia. Por otro lado, las consecuencias derivadas del alcoholismo repercuten directa o indirectamente en dicho contexto social.

Ahora bien, desde otro ángulo, desde la persona, partimos de considerar el alcoholismo como una enfermedad, que no depende de la voluntad individual, y que se instaura como tal en un proceso evolutivo, en el que intervienen factores tanto referentes a la personalidad individual, como al ambiente familiar, educativo, cultural, laboral, relacional y social. Y, por supuesto, interviene el factor básico y desencadenante que es el propio alcohol y la facilidad de consumirlo.

De todo esto podemos deducir otras hipótesis derivadas, que son:

- La tolerancia y aceptación social hacia el alcoholismo de las mujeres es muy inferior a la concedida a los hombres. La menor tolerancia y aceptación social del alcoholismo femenino, está influyendo en la respuesta ofrecida por la sociedad. Esto se pone en evidencia en los centros y programas que atienden a las mujeres alcohólicas que están pensados por y para los hombres.
- Actualmente el perfil clásico de la mujer alcohólica parece que se haya desdibujado. Aparentemente, este perfil ha sido sustituido por una nueva imagen de alcoholismo femenino referido a un tipo de mujer que se excede en el consumo, es muy joven y bebe de forma intermitente y compulsiva. A los centros de tratamiento acuden personas que comienzan a tener problemas derivados del consumo de alcohol, o que consumen varias sustancias simultáneamente, entre ellas alcohol, o personas que beben compulsivamente perdiendo el control pero todavía no tienen dependencia. Este hecho no significa que la mujer alcohólica "clásica" haya desaparecido.
- Los vínculos familiares representan para la mujer un factor de protección frente al alcohol; sin embargo, la familia de la mujer alcohólica, no presta, actualmente, el apoyo que ésta necesita durante su proceso de rehabilitación. Este hecho cobra especial relevancia, porque han desaparecido otro tipo de barreras protectoras, como podía ser la censura social frente al consumo de alcohol por parte de las mujeres. Las mujeres se han socializado durante años en un marco familiar restrictivo, que al mismo tiempo les proporcionaba seguridad. Podemos decir que las mujeres necesitan saber que están integradas en una familia y mantener los lazos afectivos familiares en mayor medida que los varones.

Es sabido que en nuestra cultura, la mediterránea, existe una arraigada tradición que implica una relación con el vino. El hecho de que el Cristianismo tenga como símbolos o supermetáforas, al agua, al pan, al aceite y al vino, no es una casualidad. De épocas pretéritas nos llegan también testimonios dignificando la vida y las benevolencias del vino.

Pero es únicamente a partir del siglo XIX, cuando los problemas del alcoholismo se empiezan a estudiar, primero desde la óptica médica y asistencial y luego desde la sociológica.

Sin embargo, los estudios han estado siempre dirigidos hacia las conductas alcohólicas en los hombres, porque, la aceptación social de la costumbre de beber excluía a las mujeres.

A partir de la incorporación de la mujer al mundo laboral, han acontecido una serie de cambios importantes, tanto en la familia, en el rol social de las mujeres, en el lugar que se le asigna a la mujer en la sociedad, y sobre todo en la posibilidad de incorporación de la mujer a la vida social, que la está igualando al hombre, también, en la costumbre y el hábito de consumir alcohol socialmente.

Estos planteamientos no pueden excluirse de una investigación sobre las mujeres y el alcohol, porque pueden constituir un factor de incidencia notable en la etiología del alcoholismo femenino y también porque pueden repercutir en las consecuencias o manifestaciones conductuales de las mujeres que están consumiendo alcohol en exceso.

Así pues, para centrar más el estudio, comenzaremos por presentar su objeto y especificar los objetivos propuestos a partir de los interrogantes que, de acuerdo con la hipótesis, rodean el fenómeno central de la investigación. Siendo la finalidad prioritaria del estudio: el análisis del proceso de recuperación de la mujer alcohólica, el objeto de esta tesis se ha tenido que ir construyendo, también, sobre el análisis de todos aquellos elementos que influyen en el alcoholismo de las mujeres, y que lo convierten en un objeto de estudio complejo. Esta complejidad se debe a que en su configuración y expresión intervienen factores relativos tanto a las condiciones del contexto social como a la socialización de las mujeres en dicho contexto.

Podemos definir como objetivos específicos de esta tesis:

1.- Conocer las causas del alcoholismo en las mujeres y su significación social.

Este objetivo incluye:

1.2.- La revisión del marco de la alcoholología desde una perspectiva sociológica.

1.3.- La investigación sobre el proceso de socialización de las mujeres en el contexto familiar y cultural.

1.4.- El estudio del impacto del alcoholismo en nuestra sociedad a la luz de las teorías sociológicas sobre desviación social.

2.- Analizar las condiciones de la rehabilitación de las mujeres alcohólicas.

Este objetivo incluye:

2.1.- El conocimiento de la estructura asistencial y legislativa que ha ido desarrollándose a través de los años y la estructura actual.

2.2.- El análisis de la situación actual del alcoholismo en nuestro contexto social.

2.3.- El estudio del alcoholismo femenino desde la perspectiva de los profesionales que atienden a las mujeres alcohólicas, así como también desde la perspectiva de las propias mujeres.

Es necesario añadir a este planteamiento inicial, con el que pretendemos delimitar la finalidad de la investigación, que el estudio se circunscribe fundamentalmente al ámbito de la Comunidad Valenciana. En parte porque nuestro interés se centra en dicha demarcación geográfico-administrativa, pero, también, porque la independencia conferida a las diferentes autonomías en Política Social referente a este fenómeno, produce diferentes sistemas de control.

El alcoholismo es un fenómeno que ha tenido su propia evolución histórica, dependiendo del contexto cultural y del momento social, pudiendo observarse que se ha trabajado desde diferentes modelos, de los que exponemos a continuación los rasgos básicos, para poder, seguidamente, justificar desde cuál de ellos nos situamos al iniciar la presente investigación. Es evidente que estos modelos han servido para orientar los diferentes modos de control social del alcoholismo, así como los mecanismos de asistencia a las personas con problemas derivados del consumo de alcohol. De aquí la importancia atribuida a situarnos desde un modelo concreto, porque el enfoque desde el que se aborda el fenómeno viene determinado, en parte, por el posicionamiento que se adopte.

Desde los enfoques ético-jurídicos se asigna una importancia decisiva a las drogas, considerando inocuas aquellas que socialmente o legalmente no están proscritas. Este modelo se sustenta en la consideración de que el abuso de sustancia ilegales es, en sí mismo, una conducta delictiva causante de las drogodependencias, y ante la que se deben adoptar medidas punitivas.

Desde el punto de vista médico-sanitario, las drogas y las personas, se transforman en agente y huésped, en correspondencia con el modelo de las enfermedades infecciosas. Se centra la atención en todas las sustancias y sus efectos sobre la salud. Se trata de un modelo que asume que el factor etiológico predominante radica en algún tipo de anomalía fisiológica o metabólica de base genética, generalmente.

Por la importancia que el modelo psico-social atribuye, tanto al comportamiento de los individuos, como al uso de drogas y a su consumidor, estos elementos son considerados el punto principal del fenómeno. Se define una relación causa-efecto entre el abuso de drogas y una psicopatología etiológica. El drogodependiente es un individuo con problemas de maduración, adaptación o conducta.

Desde una perspectiva socio-cultural, la complejidad del contexto social en que se desarrollan los consumos es lo prioritario. Las drogas adquieren sentido e importancia por el modo en que una sociedad define su uso y a sus consumidores. Dicho modelo mantiene que son las condiciones socio-económicas y ambientales las que favorecen la aparición de una "cultura de las drogas" en las que el contexto se establece como factor etiológico determinante, más allá de los efectos de la droga y de las características del propio individuo.

Finalmente, el modelo bio-psico-social, que es el modelo que cuenta con mayor grado de consenso y del que partimos en esta investigación, no centra la atención de manera particular en ninguno de los elementos presentes en las drogodependencias, sino que está dirigido a la comprensión y el análisis de las interacciones que tienen lugar entre el individuo, el contexto y la sustancia. (Valderrama, J.C. y Gómez Moya, J. 2002:29).

En el primer capítulo de esta tesis, se pretende un acercamiento preliminar y escueto al recorrido que a través de la historia ha seguido la ingesta de alcohol. Nos referiremos al alcoholismo, desde que es definido como enfermedad y acuñado el término, por los parámetros de la medicina en el pasado siglo XIX, hasta las consideraciones que hacen referencia actualmente al alcoholismo como problema social. También en esta parte, hemos incluido los aspectos que hacen referencia al alcoholismo de las mujeres y sus repercusiones familiares. El proceso de socialización de las mujeres y los cambios acaecidos en las últimas décadas en la estructura de la familia son elementos a considerar en el análisis, tanto de las causas como de las consecuencias del alcoholismo femenino. Comprobaremos cómo la adaptación de las mujeres a las nuevas exigencias sociales requiere de ellas un esfuerzo añadido a la complejidad de la vida cotidiana. Descubriremos que las repercusiones del hábito alcohólico en la familia, suponen desestructuración y

conflictos. Las familias, tanto las tradicionales como las monoparentales, deberán alterar sus relaciones, adaptándose a la nueva situación.

El hecho de que la conducta alcohólica es interpretada por la opinión pública como una transgresión de las normas, le sitúa en el marco de la desviación social y el etiquetamiento, cobrando así una dimensión que sobrepasa el ámbito de lo individual. Por lo tanto, acercarnos al problema desde el análisis sociológico que define el fenómeno, tal como se ha expuesto en el capítulo segundo, ha sido uno de los puntos de partida de la presente investigación, dado que la carga social que implica el alcoholismo, no se puede dejar de considerar. La revisión de los distintos enfoques de la desviación, nos lleva a acercarnos a la "identidad" de la mujer alcohólica, desde las aportaciones del interaccionismo simbólico. Así, entendemos que dicha identidad se forma por los procesos sociales y, una vez cristalizada, es mantenida, modificada o remodelada por las relaciones sociales.

Los autores que siguen la tradición de G.H. Mead, destacan que el "yo" es un producto social y que la forma en que actuamos y nos vemos como individuos, es en parte consecuencia de la forma en que otras personas actúan con respecto a nosotros. Bien puede suceder, asimismo, que alguien considerado diferente sea tratado de manera diferente. En este sentido Kitsuse, J. apunta, : "propongo situar el centro de la teoría y de la investigación del comportamiento desviado, en los procesos por medio de los que la gente es definida como desviada por los otros. Una afirmación de este tipo, exige que el sociólogo considere problemático aquello que generalmente presupone dado; sobre todo, que ciertas formas de comportamiento, sean consideradas de por sí, desviadas". (Kitsuse, J. 1962 : 247-256).

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. El lugar desde el que nos situamos para la definición del alcoholismo como vicio, o enfermedad, o la construcción de los conceptos de toxicomanía, drogodependencia o adicción, no responde a posturas aleatoriamente diferentes, sino que son el efecto resultante de paradigmas diversos para la comprensión del alcoholismo.

Desde el enfoque de la patología social, (Lombroso, 1876), si una persona se desvía, la culpa es de dicha persona. Se rechaza por tanto la idea de que las desviaciones sociales pueden ser el producto de la desigualdad. Un enfoque de este tipo es connivente con una visión positivista de las Ciencias Sociales, pues olvida algo tan esencial como es la crítica social, y por tanto el alcohólico es un vicioso. La Escuela de Chicago, preocupada por el

estudio de la marginación y el análisis ecológico, ofrece un claro referente para justificar el concepto de enfermedad, que desculpabiliza al individuo. El término anomia, (Durkheim, 1897; Merton, 1976), sirve para explicar la desviación social de determinados segmentos de la población, por lo que el problema del alcoholismo tiene que ver con unas metas culturales impuestas por la sociedad y con una escasez de recursos. De ahí surge la consideración de enfermedad "social" por cuanto que la causa de la misma podría residir en una inapropiada socialización. La teoría de la desorganización social (Cooley, 1902; Thomas y Zaniniki, 1918; Ogburn, 1922) sirve para expresar la idea del desajuste o ajuste defectuoso entre las diferentes partes del sistema; la desintegración social a causa de condiciones sociales indeseables, provoca la aparición de problemas sociales, como las toxicomanías o drogodependencias.

La toxicomanía es un término de significado más psicológico, (porque implica la manía hacia un tóxico), que drogodependencia, cuyo significante de "dependencia de una droga", es más médico. El problema que plantea la nueva situación de diversificación de los consumos, define estos conceptos, enmarcándolos en las teorías del etiquetado social (Lemert, 1951) y el interaccionismo simbólico (G.H.Mead, 1934). Desde esta orientación se centra el análisis en el polo subjetivo, definiéndose el problema por la percepción social de la existencia de una serie de condiciones problemáticas. La teoría de la etiqueta se centra más en los procesos que en la estructura, en las reacciones más que en las causas de la desviación.

El alcoholismo enmarcado como toxicomanía, drogodependencia o adicción, pierde de alguna manera, su "identidad", desdibujándose su perfil entre la variedad de atribuciones sociales que lo etiquetan conjuntamente con otras conductas desviadas, provenientes de distintas dependencias.

En el capítulo tercero, se exponen los diferentes mecanismos que la sociedad desarrolla para el control del alcoholismo, realizando un recorrido breve por los antecedentes legislativos en nuestro país, próximos en el tiempo y todavía presentes en la memoria colectiva. No se ha pasado por alto la revisión de las políticas europeas actuales, que indican los principios básicos que se deben contemplar por los diferentes países integrados en la Unión Europea. Finalmente hemos concretado la evolución de las políticas asistenciales en la Comunidad Valenciana.

Las diversas orientaciones que sirven como marco para la conceptualización del alcoholismo, son igualmente, el punto de referencia para la planificación de las respuestas sociales. El control social sobre el alcoholismo, se ejerce desde la propia socialización de



las personas, a través de los sistemas familiares, educativos y sociales de un contexto social determinado y también desde las instituciones creadas a tal efecto.

La revisión de las políticas asistenciales que hemos desarrollado en el capítulo cuarto, nos lleva a afirmar que la institucionalización de la asistencia al alcoholíco se realiza desde el momento en que el reconocimiento social no puede seguir considerándolo un vicio. Cada una de las diferentes propuestas que surgen a partir de ese momento, apuntan hacia fines y procedimientos diversos. Desde las instituciones psiquiátricas, primeros centros que acogían a los alcoholícos, el mayor logro que se pretendía conseguir era adaptar de nuevo al sujeto al medio del que se separó. Cuando llega a comprenderse la importancia de la integración y la diferencia frente a la adaptación y surge la necesidad de la prevención social, se promueven estructuras y alternativas en medio abierto. La red de centros específicos proporciona un tipo de asistencia globalizada y especializada, mientras que la integración de centros en la red general propicia la separación de los aspectos médicos, psicológicos y sociales. En la Comunidad Valenciana, las últimas propuestas asistenciales discurren por medio de redes paralelas a las generales, a través de programas de atención específica y parcializada.

Este análisis ha sido necesario y básico en nuestra investigación, porque su conocimiento ha permitido establecer criterios de selección importantes en el estudio, ya que la mujer alcoholíca cuando decide recuperarse e intentar abandonar su hábito alcoholíco, ha de recurrir a la oferta de recursos existente. Dicha oferta suele establecer además unos requisitos de entrada a la red asistencial, de modo que, según el lugar de residencia, el grado de deterioro, el perfil psicopatológico o, en algunos casos, la facilidad de acceso, determinan que la alcoholíca o sus familiares decidan la estrategia a través de la cual se intenta la recuperación. Esta recuperación, atraviesa fases sucesivas según se va prolongando la permanencia en la abstinencia y ello puede dar lugar a la indicación terapéutica de uno u otro centro. Ha sido en dichos centros donde hemos podido contactar con los profesionales y las mujeres alcoholícas que nos permiten configurar la muestra de la investigación.

En cuanto a la metodología utilizada, que hemos justificado y desarrollado en el capítulo quinto, debemos señalar que a través de un análisis cuantitativo, se hubiera podido conseguir una panorámica descriptiva de la rehabilitación de las mujeres alcoholícas, pero el interés máximo de nuestro trabajo consistía en indagar desde la propia vivencia de los sujetos y actores interesados en el fenómeno, para llegar al análisis tal y como propone Kitsuse, J. 1962: 247-248), "...trasladando el centro de la teoría y de la investigación, (desde las manifestaciones del comportamiento desviado), a los procesos por medio de los cuales,

la gente llega a ser definida como desviada por sus congéneres...". Por lo que, el objeto de esta investigación, tal y como se ha venido exponiendo hasta el momento, requiere un planteamiento metodológico que contenga datos cualitativos, que aporten los conocimientos de un fenómeno, poco estudiado "desde el otro lado", desde el lado de quien lo experimenta.

Sin embargo, esta perspectiva, no estaría completa, si no partiéramos del análisis cuantitativo que nos informa sobre el estado de la situación en el escenario de la estructura social actual. Los datos cuantitativos dan cuenta de la dimensión estructural del análisis de la realidad social.

Esta integración metodológica facilita la comprobación de contradicciones y la búsqueda de compatibilidades, y aporta múltiples puntos de referencia para aumentar la precisión del análisis.

Las decisiones definitivas sobre la elección de los sujetos, las técnicas a utilizar y los instrumentos de aplicación en el trabajo de campo no han sido tareas fáciles. Las características de los sujetos de estudio, cuya tendencia es el ocultismo, requirieron el descubrimiento previo de quiénes realmente podían considerarse agentes o actores sociales en el proceso de recuperación de la alcohólica, cuál era la tipología más representativa, y cuál sería la forma de conseguir su colaboración.

Para conseguir el mayor rigor científico en la aplicación de la metodología, se realizó un estudio piloto que tuvo una duración de cuatro meses, utilizando las redes personales. En él se realizaron entrevistas a profesionales y relatos de vida a mujeres alcohólicas, familiares, alcohólicos rehabilitados y alcohólicos anónimos.

La entrevista focalizada que se aplicó a los profesionales, se caracteriza, según Ruiz Olabuénaga, J.; Ispizua, M.A. (1989: 153), porque pretende responder a cuestiones concretas y se centra en un solo acto, experiencia o significado social.

Los relatos autobiográficos de las mujeres alcohólicas son una construcción de la realidad social (Belenky 1986, Evans 1993, Gilmore 1994, Linde 1993, Plummer 1983, Stanley 1992). No son meros datos referenciales de vidas, sino que articulan la realidad de una vida personal dentro de un contexto social determinado. Lo que Vallés denomina como relatos de vida -life stories- (Vallés, M. 1997: 243), hace referencia a narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos.

Tras el análisis de los resultados de este pre-test, se consiguieron criterios de selección válidos para la obtención de la muestra y la elección de las técnicas, tal y como, finalmente, quedan diseñados en la cuarta parte de la tesis.

En el capítulo sexto, se ha plasmado una visión panorámica del alcoholismo en nuestro contexto más próximo, elaborándose a partir de bases documentales de fuentes secundarias, a nivel del Estado y de la Comunidad Valenciana.

La evolución del consumo en nuestro contexto social, ha sufrido importantes cambios en las últimas décadas. Se ha sobrepasado el consumo tradicional, interiorizado en nuestra cultura, importando sustancias desconocidas hasta hace relativamente poco tiempo. Por otra parte, y unido al planteamiento anterior, se han adquirido hábitos de consumo que comprenden formas más compulsivas. De cualquier modo, en esa realidad de pluralidades de consumo y adicciones, el alcoholismo continúa significando un grave problema, tanto por su prevalencia como por los escasos factores de protección frente al mismo.

Podremos comprobar tras el análisis de los datos que se presentan, que las tendencias y fenómenos emergentes, tanto en la Comunidad Valenciana como en el Estado Español, señalan la incorporación y el aumento del consumo de alcohol en dos colectivos: los jóvenes y las mujeres. Nos detendremos, también, en este apartado, en el estudio de la tipología de los consumidores de alcohol y, concretamente, en el perfil de las bebedoras abusivas, ya que nos proporcionará una visión objetiva del panorama del alcoholismo femenino.

En el capítulo séptimo de la tesis, entramos plenamente en el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los profesionales. En la rehabilitación de la mujer alcohólica, entendida como un proceso prolongado en el tiempo, desempeñan un importante papel las instituciones y las redes informales de apoyo social. En ambos casos, las figuras o actores sociales que intervienen, son pilares básicos para la mujer alcohólica. Por ello cobra especial relevancia, en el ámbito de las relaciones personales, la empatía que establece la mujer con el profesional al que se dirige en demanda de ayuda, así como la función que desempeñan, en este ámbito, los grupos de autoayuda.

En nuestra investigación, el análisis de este tipo de relación se ha considerado ineludible porque los profesionales, según la estructura asistencial vigente, son los responsables directos de establecer los mecanismos necesarios para el tratamiento y la rehabilitación. Los grupos de autoayuda, actúan como complemento y están, de alguna manera, subordinados a las orientaciones y decisiones de los técnicos, que, en parte, nutren sus grupos de nuevos miembros.

No cabe duda que la perspectiva de los profesionales respecto al alcoholismo de la mujer, sus opiniones y actitudes tienen una relevancia especial en el proceso de recuperación y que la figura profesional produce un impacto positivo o negativo, en la mujer.

En el modelo asistencial actual, el profesional forma parte del proceso de rehabilitación. Por tal motivo los profesionales han sido considerados actores sociales de excepción y sus discursos descubren planteamientos plagados de autenticidad y realismo.

Para realizar el análisis de cómo la estructura social crea y moldea a los individuos, se hace necesario profundizar en los aspectos cualitativos del fenómeno investigado. En el capítulo octavo hemos incluido los relatos completos elaborados por las quince mujeres alcohólicas, que forman la muestra, dada la importancia de la unidad de cada discurso. Los hemos clasificado siguiendo el criterio que imponía su lectura, ya que a medida que las mujeres han permanecido más tiempo sin beber la estructura de sus pensamientos les ha hecho elaborar su historia desde parámetros más cercanos al resentimiento, a la afectividad, al equilibrio o a la racionalidad. Cada uno de los relatos intenta plasmar el sufrimiento y la alegría, porque ambos sentimientos se entrecruzan en cada una de ellas. También cada uno de los relatos tiene una unidad de contenido que facilita la comprensión de la vida de la persona que lo escribe.

Finalmente, en la novena parte, culminamos el estudio con el análisis de los relatos de las mujeres. Desde la incertidumbre de lo que estaban haciendo, las mujeres han volcado sus vidas en un papel, descubriendo sus interioridades a una persona que quería conocerlas, o descubriéndose ante sí mismas. Han reflexionado en la soledad y han abierto un camino al conocimiento de un problema. Se descubren situaciones que no han sido encontradas a través de las cifras. Algunos de los temas estudiados en este capítulo han sido: cómo ha influido en su vida su experiencia de alcohólica, cómo ha vivido el tratamiento o cómo se siente en su medio social bajo la etiqueta de alcohólica.

El objeto de nuestro estudio ha requerido la convergencia de los discursos de las mujeres alcohólicas y los profesionales encargados de su tratamiento. Son dos aspectos complementarios de una misma realidad, dos maneras de interpretar dicha realidad, y, en consecuencia, dos formas de construirla. Tanto unas, como los/as otros/as, interaccionan en el ocurrir de los acontecimientos, siendo ambos identificados y etiquetados en el marco del mismo fenómeno. Los dos actores son influyentes en el desarrollo de la acción, se necesitan mutuamente y se representan el uno al otro en la escena social. El lenguaje es común y comprensible para ambos, así como el juego de los roles que representan en la vida real, es aceptado y no enjuiciado. Sus acciones discurren hacia la consecución de la misma finalidad y se establece una lucha constante por conseguirlo, siendo diferente tan sólo la posición que ocupa cada actor, el profesional desde la seguridad y la alcohólica desde la incertidumbre. Ambos elaboran discursos interpretables desde el lugar en que se encuentran, y desde el

reconocimiento que les confiere ese lugar, ambos construyen una realidad social que muestra la privacidad de un fenómeno público.

A través de las conclusiones se ha pretendido clarificar y hacer visible y evidente la situación de la mujer alcohólica en nuestra sociedad, así como despertar la atención que el problema requiere. Es una de las metas que nos proponíamos. Las conclusiones a las que se ha llegado, intentan constituir el punto de partida para sensibilizar y concienciar a los diferentes estamentos e instituciones sociales sobre la percepción de un problema, oculto y estigmatizante, en gran medida, por una cuestión del género de la persona.



**CAPÍTULO I**  
**DIFERENTES CULTURAS, DIFERENTES DROGAS**





# CAPÍTULO I

## DIFERENTES CULTURAS, DIFERENTES DROGAS

*“A partir de esa memorable mañana en que se despierta uno enfermo, se sabe que la droga lo toma todo y no aporta nada, a no ser un seguro contra los dolores de la abstinencia. Ya no es una causa de goce, ya no es un medio de disfrutar más de la vida: es, literalmente, una forma de vida”. [Burroughs, W., 1953:158].*

La historia de la droga corre pareja a la historia de la humanidad y prácticamente no hay sociedad humana conocida donde no se dé el uso de una u otra sustancia psicoactiva. Sin embargo, la trascendencia de esta afirmación es discutible, puesto que permite aventurar la existencia de un impulso innato hacia el uso de las drogas, argumento éste, con el que nos manifestamos en desacuerdo porque supone dejar de considerar todos los aspectos históricos, culturales y sociales, que inciden en el fenómeno de las drogodependencias.

Para Obiols, J., [1981:355], en el terreno de las toxicomanías, o drogodependencias, es especialmente útil la aproximación entre psiquiatría y antropología cultural. No cabe duda que el enfoque tradicional en este campo peca de una fuerte dosis de etnocentrismo. Entendemos por visión etnocéntrica, siguiendo a Obiols, aquella que se basa exclusivamente en los valores de la propia cultura y no tiene en cuenta un hecho básico, cual es el relativismo cultural. Como ejemplo de la visión etnocéntrica, basta con pensar en lo que ha costado la plena aceptación de que el alcohol es una verdadera droga y que no por estar enraizada desde hace siglos en nuestra cultura occidental deja de perder el carácter de droga, potencialmente muy peligrosa.

Desde otra perspectiva, hay que añadir que no se ha tenido en cuenta hasta hace poco, que el empleo de las drogas descubiertas por las diversas culturas constituye un capítulo tan relevante como olvidado en la historia de la religión y la medicina. Como dice Escohotado, A. [1989: 24] “una historia dentro de la historia”. Hasta donde alcanzan la memoria y los signos, las drogas han ido determinando una amplia variedad de instituciones o respuestas, que siguiendo los argumentos de Escohotado, son explicables sólo a partir de cada concepción del mundo. La particular historia de la ebriedad constituye un capítulo puntualmente paralelo a la historia general, que requiere constantes remisiones a ésta, del mismo modo que lo exigiría una historia coherente de las prisiones o los impuestos.

Son muchos los que creen que las bebidas alcohólicas son consustanciales con el hombre, pero el alcohol no irrumpe en la historia de la humanidad hasta el período neolítico, cuando el hombre empieza a cosechar los granos y los frutos y dispone además de recipientes cerámicos en los que se efectúa la fermentación.

Encontramos en un Tratado de Alcohología publicado en Valencia en el año 2000, [Cuevas, J.; Sanchís, M. 2000], referencias a la evolución del alcohol en la historia, algunas de las cuales vamos a mencionar. Tal es, la que describe la aparición de la primera bebida alcohólica que se consumió de forma casual. Se trataba de una aguamiel, bebida alcohólica producida por la fermentación de la miel que alguien dejaría olvidada durante un tiempo a los avatares climatológicos, hasta que las levaduras hicieron fermentar sus hidratos de carbono. Este descubrimiento lo podemos enmarcar en la edad de piedra, es decir, hace unos 10.000 años.

Aproximadamente 3.000 años a. de C. Los Egipcios y Babilonios bebían cerveza de cebada y trigo de forma habitual, aunque su uso debía ser anterior ya que se han encontrado recetas de cerveza en tablillas babilónicas de unos 6.000 años de antigüedad.

Sin embargo, las primeras descripciones de las ingestiones normales o excesivas de bebidas alcohólicas de fermentación, datan de hace unos tres mil años. Una de las primeras reseñas sobre el alcohol aparece en la Biblia, en el antiguo testamento atribuyendo a Noé su invención, siendo una de las tareas que emprendió inmediatamente después del diluvio.

En Egipto, en Grecia, en Roma y en la civilización Judeo-Cristiana, las bebidas alcohólicas conllevan siempre un sentido religioso de simbología varia. Las ingestas excesivas hace que se esboce una conciencia social del riesgo que comportan los excesos y se apuntan las primeras medidas preventivas. En el código de Hamurabi se habla de abstinencia y templanza, la Biblia aconseja la sobriedad y el Corán proscribire su consumo.

En el esplendor de la cultura árabe la alquimia permite descubrir el proceso de la destilación [hacia el año 750], y por lo tanto la fabricación de "al kohl" [esencia básica de una materia], pero dicha técnica no es conocida por el mundo cristiano hasta el siglo XII. En el siglo XVII era ya de práctica universal habiéndose generalizado por toda Europa.

La constitución de aldeas o pueblos trajo consigo el problema del saneamiento del agua, no se conocían métodos para depurar el agua y la solución no llegaría hasta el siglo XIX. Bajo esta premisa se podía considerar que era mucho más "sano" tomar bebidas alcohólicas que agua y por lo tanto el consumo de bebidas alcohólicas se elevó e incluso llegó a ser utilizado como medida frente al cólera y la disentería. Por otro lado, los vinos solían tener un contenido de alcohol bajo por lo que la embriaguez era excepcional, o más bien "normal" por el consumo habitual de bebidas alcohólicas fermentadas.

Durante siglos, por lo tanto, fue considerado fuente indispensable de líquidos y calorías y es preciso considerar el aumento de su uso por la contaminación del agua.

A la luz de los datos disponibles, parece que el alcohol en sus diversas formas no constituye un fenómeno de trascendencia colectiva hasta el siglo XIX; su consumo y de modo especial, el del vino, se circunscribe a las mesas de los ricos y a los días festivos. Esta situación empieza a cambiar con la revolución industrial. En aquel momento se origina una inmensa masa de proletariado desarraigado que se hacina en el cinturón suburbial de las grandes ciudades. Es la época del liberalismo, de la industrialización, de la expansión de la burguesía, y bajo una concepción burguesa, se relacionó el alcoholismo con el proletariado y por lo tanto con la miseria e incluso con la criminalidad.

A partir de 1850 el aumento del nivel de vida permite que el consumo de bebidas alcohólicas vaya siendo más extensivo, tanto geográfica como cuantitativamente y el proceso sociopático se universaliza. Otro elemento que propicia su extensión es la aparición del ferrocarril, con el consecutivo trasiego de bebidas. Así de la ingestión ocasional y sacra del vino se llega a una etapa de generalización del consumo.

"El despegue económico de la España de la década de los años 60 impulsa una capacidad adquisitiva creciente y la evolución hacia una economía consumista siguiendo un crescendo que la aleja de la penuria de la postguerra. A los modos de consumo tradicional se añade la costumbre foránea de ingerir bebidas de destilación y alta graduación, mimetizando a los protagonistas de las películas o aceptando los sugestivos slogans publicitarios". [Bogani, E.; Torres, M.; Gómez Moya, J. 1975].

Pero si el alcohol ha sido la droga histórica de Occidente, de Turquía a la India el protagonismo lo ocupan los derivados del cannabis y la adormidera [opio].

El uso del cannabis consta en la farmacopea china de 3.000 años a.d.C. donde se preconiza su uso medicinal. Sin embargo, la mayor difusión del cannabis tiene lugar en la cultura árabe que le da el nombre de haschis [hierba]. La introducción en Europa de la marihuana ocurrió a comienzos del siglo XIX por las tropas de Napoleón al regresar de las campañas de Egipto. Podemos considerar que el consumo de los derivados cannábicos hasta hace muy poco se realizó en países tercermundistas o donde no había competencia con otras drogas, como el alcohol, limitándose en el resto de países a ambientes marginales.

El consumo de opio data de 1550 a.d C. Es una de las drogas históricamente más empleadas y hasta finales del siglo XVIII no se usaba más que como medicamento, hasta que los británicos lo introdujeron en China a gran escala, teniendo como consecuencia un vertiginoso aumento de opiómanos en dicho país.

Con respecto a la coca, el uso ritual e incluso terapéutico de la masticación de hojas de coca se remonta a las culturas preincaicas. Se introduce en Perú por los araucanos expulsados de Colombia. Era una sustancia sacralizada y utilizada por los Incas ritualmente en ceremonias religiosas.

Este uso tradicional de drogas se define en función de los siguientes elementos: se trata de un consumo institucionalizado en el que la sociedad controla el cómo, el quién y él para qué del uso.

En cuanto a los antecedentes inmediatos del uso desinstitucionalizado de las drogas, diremos que comienzan en el siglo pasado entre determinadas élites intelectuales. El carácter mítico – religioso empieza a ser substituido conforme avanza el proceso de secularización que acompaña a la sociedad moderna, siendo utilizadas las sustancias psicoactivas de una forma más o menos romántica o como medio para fomentar la creatividad artística, hasta llegar a lo que se ha denominado democratización de la mística religiosa de la generación “beat” que desembocará en el fenómeno “junkie” y finalmente en las politoxicomanías.

A partir del momento en que el consumo de drogas se masifica de forma indiscriminada, aparece también una división estratificada del consumo y de los consumidores, diferenciándose, a grandes rasgos, cuatro perfiles, según apunta Damiá Mollá [1987]:

- Grupo socialmente mayoritario de consumidores de cannabis.
- Usuarios de sustancias alucinógenas, básicamente en grupos universitarios.

- Usuarios de heroína, fundamentalmente configurado por grupos socialmente marginados.
- Ejecutivos esnifadores de cocaína.

En la situación actual, presenciamos una normalización de los consumos de sustancias capaces de generar dependencia y una importante disponibilidad de sustancias, por lo que se ha dado una disminución de la edad de inicio al consumo y una extensión de su uso en todos los estratos socio – económicos.

El status social de la droga ha cambiado en poco tiempo. Los drogadictos cada vez son menos la “élite marginal” de los grupos de contracultura. La contracultura se ha ido fragmentando, llegando a grupos distintos de la población. Así, podríamos decir que el elitismo del drogadicto de un principio –que de alguna forma se intentó intelectualizar- se fue debilitando hasta convertirse en una masa uniformizada de grupos policonsumidores [opiáceos, fármacos, alcohol, etc...], cuyos individuos consumidores lo son cada vez más y en etapas más precoces de su evolución cronológica.

Para finalizar esta reflexión, resta añadir que el tabaquismo, la alcoholización, el abuso de medicamentos, y la automedicación de la población presumiblemente sana se reflejan en el mundo del adolescente y del joven. Las más elementales leyes del aprendizaje social hacen imposible resolver el problema de las drogas mientras la sociedad responsable y adulta este inmersa en el consumismo de medicamentos, alcohol y tabaco.

## 1.1 EL ALCOHOLISMO: DEL CAMPO MÉDICO AL SOCIAL

Al abordar el tema de las drogas desde su perspectiva social, el planteamiento de la problemática es radicalmente diferente en el caso de drogas institucionalizadas o de drogas que no gozan de la sanción social, como es el caso del alcoholismo.

Es totalmente distinto hablar de *alcoholismo* que de *toxicomanía [o drogadicción]*, y por más que los científicos se esfuerzan en aclarar términos y conceptos que expresan el mismo significado para todas las toxicomanías, prevalecen los aspectos que señalan las pautas sociológicas, que son, en ultimo término, las que condicionan las características del consumo y del consumidor en el contexto social en que éste se mueve. Como dice Horowitz [1999:140] “la definición de una droga ilegal varía en el tiempo y es, a veces, el resultado de una lucha de poder en la sociedad”.

El alcohol era una auténtica panacea para la medicina [Pascual, F. 2000:17-43] y durante los siglos XVII al XIX valía y se utilizaba para todo y además era considerado como un excelente anestésico, tónico, antianémico, digestivo, etc... Pero en 1785, Rush realizó la primera investigación sobre el alcohol y sus abusos, encontrando en la Unión [ahora EE.UU.] 4000 muertes por alcoholismo entre los 6.000.000 de habitantes. Determinando al mismo tiempo que el vino y los licores producían dependencia muy intensa, cirrosis, gastritis, agresividad criminal, accidentes, lesiones irreversibles del cerebro y taras genéticas.

Hay abundantes referencias de carácter médico sobre los problemas producidos por el abuso de bebidas alcohólicas a lo largo del siglo XVIII. En esta época, el pensamiento médico opinaba que se podía mantener un cierto control sobre lo que se bebía; si la persona elegía beber, esto suponía su elección privada y de la misma forma podía dejar de beber. Las referencias médicas empezaban a describir la existencia de “bebedores crónicos”, es decir, que habían perdido su capacidad de beber moderadamente. Aunque la sustancia utilizada preferentemente en esta época era el alcohol, ya se conocían los posibles efectos adictivos del opio.

A principios del siglo XIX un autor inglés, Thomas Trotter, publicaba en 1804 un ensayo: “Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness”, estableciendo que el alcoholismo podría considerarse como una enfermedad de la mente. [Valbuena, A; Alamo, C. 1996: 13].

Posteriormente, se percibe en los bebedores crónicos una necesidad irresistible a consumir alcohol, que se denomina “dipsomanía” siguiendo los conceptos de monomanías establecidos por Esquirol, psiquiatra francés que en 1838 denominó la necesidad imperiosa de ingerir alcohol en los bebedores habituales como “monomanía del alcoholismo”. La expresión *Alcoholismo* es acuñada en la Universidad de Estocolmo por Huss en 1852, designando no solamente las secuelas neurológicas del abuso del alcohol, sino también manifestaciones de la conducta que no tenían conexión directa con los cambios morfológicos en el sistema nervioso central. [Llorca, G. 1995: 8]. Morel incorpora el alcoholismo a su teoría de la degeneración hereditaria, llegando a admitir en 1857 que entre las diversas causas de degeneración de la especie humana se encontraba el alcoholismo. [Pascual, F. 2000 : 24].

En buena medida las relaciones entre la locura y la criminalidad encontraron en el alcoholismo un excelente nexo, al igual que la correlación entre el alcoholismo y la criminalidad.

Simultáneamente a las primeras descripciones médicas, aparecen movimientos de carácter social, cultural, religioso y político cuyo fin más importante es producir la abstinencia y mantener el estado de sobriedad intentando controlar la extensión del consumo excesivo de sustancias. Estos movimientos de carácter social llevan a establecer presiones de tipo legislativo para prevenir y prohibir el consumo de sustancias. Su importancia es mayor en aquellos países de influencia protestante como Inglaterra o Estados Unidos. En este último la conocida “Ley Seca” de principios del siglo XX, tuvo que ser abolida por aclamación popular poco tiempo después de observar que además de haber incrementado el negocio clandestino de fabricación de licores, en muchas ocasiones se utilizaban alcoholes industriales [metanol].

Podemos decir que a lo largo del siglo XIX, aparecen dos tendencias que conceptualizan el consumo excesivo de sustancias. Por una parte, la perspectiva médica, que entendía que la embriaguez estaba producida por la propia constitución individual en la que intervenía una supuesta predisposición hereditaria. Sería el producto de la acción de la sustancia [alcohol u otra], sobre el cerebro y los centros nerviosos que estaban predispuestos a la acción de esta clase de agentes. Las soluciones médicas eran escasas, proponían el ingreso forzoso en un centro psiquiátrico.

Por otro lado, las perspectiva no médicas hacían énfasis en los efectos nocivos del alcohol en el organismo y establecían la prioridad en la prevención tanto en la separación de la sociedad del enfermo alcohólico, como en la mejoría de aquellas condiciones que podían llevar a la enfermedad, estimulando, entre otras cosas, la educación, llevando a cabo campañas preventivas e intentando restringir el consumo indiscriminado de alcohol.

Ambas perspectivas, la médica y la social, van confluyendo a principios del siglo XX.

En 1951 el profesor y sociólogo norteamericano E.M. Jellinek definía el alcoholismo como enfermedad como resultado de los estudios iniciados en 1940 en la Universidad de Yale [EE.UU.]. En esos estudios se realizaba un análisis pormenorizado del comportamiento de los pacientes que presentaban una toxicomanía alcohólica [alcoholosis].

Siguiendo con sus observaciones, Jellinek publicó en el año 1960 su obra “The disease concept of alcoholism”, donde además de definir el alcoholismo, sistematiza los diferentes tipos de alcoholismo, así como su enfoque terapéutico a partir del concepto “dependencia al alcohol”.

Las organizaciones médicas internacionales, como la Organización Mundial de la Salud [OMS], incorporan diversas corrientes de pensamiento incluyendo en el alcoholismo tanto los conceptos médico – biológicos como los psicológicos y sociales.



A lo largo del siglo XX se han establecido diversos conceptos de la enfermedad, tratando de diferenciar las distintas formas de consumo con las conductas realmente adictivas, y sentando criterios objetivos que permitan hacer el diagnóstico de la forma más operativa posible. En este sentido tenemos dos puntos de referencia importantes: el establecido por la Organización Mundial de la Salud, que en 1974 define la adicción alcohólica como "... estado de dependencia física y emocional ya de forma regular o periódica, con el consumo de alcohol en grandes cantidades y de forma incontrolada, por la compulsión que experimenta el enfermo al beber". El segundo punto de referencia lo hallamos en los criterios diagnósticos de la Asociación de Psiquiatría Americana a través de las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder]. [DSM]. En el año 1952 en el DSM - I se incluían por primera vez los criterios diagnósticos de adicción al alcohol. Este es el momento de hablar realmente de "enfermo alcohólico" y del desarrollo de la "alcoholología". [Pascual, F.2000: 40] Es en el DSM – III cuando se establece un nuevo concepto. Se habla de "dependencia de sustancias psicoactivas", definiendo la dependencia como "... grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas". [Valbuena, A. 1996: 14].

Una concepción que complementa las anteriormente expuestas, en cuanto que añade significantes desde perspectivas menos médicas y más sociales, sería la que define Romaní más recientemente, "sustancias químicas que se incorporan al organismo humano con capacidad para modificar varias funciones de éste [percepción, conducta, motricidad, etc.], pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan". [Romaní, O. 1999 :53].

La aparición de nuevas sustancias, pasando de las naturales como el opio y el vino, a las sintéticas, como los derivados morfínicos [heroína], bebidas de destilación con alto contenido alcohólico, y llegando a las actuales drogas de diseño, no han llevado a una modificación de los esquemas conceptuales previos. Se observa cómo la evolución del concepto de alcoholismo ha seguido un camino similar al de las drogas en general. Tanto los aspectos psicológicos como los físicos se unen en una definición de drogodependencia similar a la dependencia del alcohol.

Para [Freixa, F. 1981] los conceptos de sociogénesis o psicogénesis tienen el mismo significado para una toxicomanía u otra, así como los de dependencia, adicción o tolerancia, en un sentido farmacológico. Respecto a la sociopatología del alcohólico, el mercado de la

droga no es ajeno a las leyes económicas generales, y, en consecuencia, las drogas están sujetas al fenómeno de la publicidad, propaganda, difusión de imagen, estructuras ideológicas, presiones de los países productores o de las industrias productoras etc., y en el fondo, como sucede en todo mercado, conocer si la producción ha generado el citado mercado, o éste estimula la producción, es uno de los fariseísmos de los intelectuales de las culturas consumistas, urbanas e industrializadas, [Freixa, F. y Cols. 1981: 448].

En el consumo de drogas inciden más una serie de factores ubicados en el entorno social del sujeto que la propia acción farmacológica. De hecho las expectativas de uso o “halo social” de las drogas, producto del entorno social en que estas se consumen, se transmiten según el grupo de pertenencia del sujeto. La droga sería para el drogadicto el vehículo que le permitiría la entrada en un mundo hasta entonces prohibido y le haría partícipe de otra cultura. El derecho de entrada sería la trasgresión de unas reglas, pero las expectativas de uso impulsarían fuertemente a esta trasgresión. Esto explicaría la diversidad de efectos que producen las mismas sustancias en distintos sujetos, en relación con el “halo social” de las mismas. Hemos asistido a un cambio importante en el uso de las drogas, en el sentido de que van siendo objeto de un uso más “normativo”, menos minoritario, convirtiéndose cada vez más en otra cultura que tiene como expresión otras formas de vida, aceptadas o por lo menos, enormemente toleradas. [Freixa, F.; Bach, L; Vidal, J; 1979:98].

## 1.2 EL ALCOHOLISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

*“A las mujeres que somos alcohólicas, muy a menudo, se nos pone entre la espada y la pared. Si bebemos se nos ve como personas débiles emocionalmente, pero cuando lo dejamos, muchas empezamos a hacernos fuertes, desarrollamos nuestra fuerza como mujeres. Pero una mujer fuerte no se ajusta a la norma. Por eso, a menudo, en la recuperación nos encontramos como cuando empezamos, con una etiqueta negativa. Esta etiqueta ya no es la de mujer alcohólica, sino la de mujer fuerte” [Etorre, E. 1998].*

“El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio. Acude a los centros de deshabitación”, era un eslogan que, hacia el final de los años sesenta, los profesionales que trabajaban en el ámbito del alcoholismo pretendían difundir entre la población. Ello tenía una doble finalidad. De un lado se intentaba que las personas dependientes del alcohol supieran que tenían la posibilidad de ser atendidas como enfermas. El segundo objetivo, importante y ambicioso, era poner sobre aviso a la sociedad acerca del problema de la

dependencia alcohólica, debiendo ser considerada como un problema de salud y como tal, tratarse.

Todo esto era importante en aquella época porque el alcoholismo se entendía bajo un prisma de falsa moralidad. El consumo se potenciaba en una sociedad, que históricamente había convivido con el alcohol, asumiéndolo culturalmente, y a la vez, esa misma sociedad rechazaba y repudiaba a la persona que había caído en la trampa de la dependencia al alcohol.

Se ocultaba al alcohólico en vetustas instituciones manicomiales para que “pagara su culpa” y, en caso de redimirse, pudiera volver a intentar convivir entre las demás personas, de lo contrario quedaba escondida su vergüenza tras los muros del Centro que lo retenía.

Cuando empezaron los primeros tratamientos, éstos eran sumamente agresivos, basados en técnicas conductistas, que los pacientes experimentaban y aceptaban de buen grado, con el conformismo del que cree que al padecer el castigo, va a quedar liberado de la culpa y será aceptado de nuevo.

Peor aún era la situación de las mujeres en este contexto. Si estaba mal visto que un hombre fuera alcohólico, el que la mujer alcanzara semejante situación suponía tal grado de vergüenza que ni siquiera era susceptible de un intento de tratamiento.

Se las ocultaba y se les negaba mucho más que a los hombres siendo muy difícil su acceso a los escasos centros asistenciales.

Desde entonces hasta nuestros días la situación ha cambiado positivamente para el enfermo alcohólico, pero me atrevo a decir que no en la misma medida cuando se trata de una alcohólica. El alcoholismo femenino sigue siendo una enfermedad que se oculta, a la mujer se la margina social y familiarmente y ella siempre es la víctima cuando el alcohol está de por medio.

El alcoholismo es en sí una enfermedad compleja por las múltiples variables que inciden en él, una de las cuales es la que comporta el género de la persona que lo padece. En nuestros días, aún nos movemos en unos parámetros culturales en los que está “peor visto” que la enfermedad la padezca una mujer que un hombre, mientras que por otro lado, la misma cultura y normas sociales que la marginan, han ido incorporando la mujer al hábito de beber, lo cual paradójicamente cada vez esta “mejor visto”. La repercusión de este hecho dificulta la apertura de la mujer alcohólica hacia otras personas y en consecuencia hacia los caminos de su rehabilitación ya que pesan sobre ella los prejuicios de una enfermedad con connotaciones morales, sumados a los prejuicios por ser además de alcohólica, mujer.

Como señalaba Bach, L. en 1997, desde finales de los años sesenta, época en que en España se inicia tímidamente la primera experiencia organizada a nivel institucional de asistencia al enfermo alcohólico, nos impresiona y apena la imagen de marginación sociofamiliar que reflejan la mayoría de las mujeres enfermas alcohólicas que, en circunstancias casi siempre dramáticas, acuden a los centros de tratamiento. Son por lo general, bebedoras clandestinas, culpabilizadas en extremo y a menudo con antecedentes de malos tratos. Estas pacientes viven, en sus contactos con el personal asistencial, las primeras experiencias de sociabilización tras años de aislamiento, y aún sin contar a menudo con la colaboración de la pareja, se adhieren con facilidad al tratamiento psicosocial que se les propone. [Bach i Bach, L. 1997:257].

Los cambios socioeconómicos y laborales a partir de los años sesenta, impusieron y consolidaron el modelo de libre mercado en lo que concierne al aumento de la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas. Esta circunstancia facilitó la incorporación de la mujer, especialmente las más jóvenes, a la nueva realidad del consumo de alcohol masivo e indiscriminado. Con anterioridad, las estructuras de una sociedad más patriarcal y jerarquizada habían establecido una normativa rígida, pero prudente en lo que concierne al uso del alcohol en las mujeres.

La soledad y el vacío suele ser algo muy frecuente en el sentimiento de las mujeres, además de los sacrificios que supone sus obligaciones como esposa y madre. Esto puede llevar a la depresión y la angustia, siendo el alcohol la droga que les ayuda a realizar una actividad sin gratificaciones ni recompensas, rutinaria y carente de horizontes. A más dependencia del alcohol, menos capacidad para resolver los problemas reales, lo que lleva a una mayor necesidad de volver a ingerir alcohol, reforzando la dependencia y cerrando el círculo de la adicción. En términos generales, la tolerancia de las mujeres al alcohol es comparativamente menor que la del hombre, es decir, que la mujer se alcoholiza antes que el hombre bebiendo ambos lo mismo.

El alcoholismo convierte a las mujeres en personas poco capaces de controlar su propia vida. No es extraño que la planificación familiar sea infrecuente. La situación más grave llega cuando son incapaces de controlar la ingesta de alcohol durante su gestación dando a luz niños con síndrome alcohólico fetal, debido a que estos niños han estado recibiendo a través de la madre, dosis diarias de alcohol.

Las relaciones sexuales quedan muy alteradas. Por un lado el alcohol desinhibe facilitando la relajación suficiente para que las relaciones sexuales les puedan resultar satisfactorias. Por otro lado, el alcohol estimula la relación sexual, pero sólo hasta un punto que depende del grado de sensibilidad individual, a partir del cual la percepción va

disminuyendo hasta llegar a una especie de anestesia. Estas son entre otras las reflexiones que obtiene Teresa Hernández Boado [1993] a partir de un estudio realizado sobre mujeres alcohólicas.

El problema de las mujeres alcohólicas trabajadoras es muy delicado debido a que su rendimiento laboral suele ser deficiente. Cuando los jefes se enteran del problema, los despidos son muy frecuentes, siendo las actitudes para con ellas más intransigentes que cuando el enfermo alcohólico es un hombre.

El grado de vinculación y la calidad de los vínculos influyen de forma decisiva en las posibilidades de rehabilitación de las enfermas. La relación con el medio es muy importante porque en la mayoría de las ocasiones, la enferma lo es tanto que no tiene voluntad para buscar su propia curación, jugando estos vínculos un papel esencial.

Hay que tener en cuenta que ante todo, son bebedoras de alcohol y este impide el desarrollo normal de la personalidad, la madurez y simultáneamente, la búsqueda de las soluciones eficaces y reales a sus propios problemas.

Al mismo tiempo que la alcohólica está envuelta en un proceso ascendente de su dependencia alcohólica, el propio núcleo familiar debe reestructurar su funcionamiento en base a las nuevas situaciones provocadas por la conducta inesperada de la madre bajo el efecto del alcohol. Proporciona al resto de los miembros una gran inestabilidad debido al papel tan importante que la mujer tiene asignado en la familia, tanto en el aspecto afectivo como de organización, por lo que el alcoholismo de la madre se convierte en el eje de la estructura familiar, centrando la atención de todos los miembros.

### **1.2.1 La situación de la mujer y la familia en nuestro medio social**

Han sido importantes los cambios que han afectado a la familia a lo largo del presente siglo y han supuesto una evolución del sistema familiar. El enfoque marxista analiza las contradicciones de la familia en un esquema que coincide con el análisis histórico de la estructura social y que ayuda a la comprensión de los cambios que se han dado en la institución familiar en relación directa con los cambios en la sociedad. Hay una primera fase representada por la familia patriarcal – feudal en la que se reflejan las condiciones de toda la sociedad estamental: el cabeza de familia explota económica y laboralmente a la mujer y a los hijos. Este tipo de estructura familiar se generaliza desde las sociedades agrícolas de la antigua Grecia y Roma hasta la familia cristiano – judea medieval. Con los procesos de

industrialización que comienzan en Europa en el siglo XIX, se mitiga la estructura familiar patriarcal y la esposa e hijos empiezan a independizarse económicamente del cabeza de familia.

Para entender las características de la familia occidental actual, los estudiosos de la familia –entre otros, Salustiano del Campo [1984 y 1991], Inés Alberdi [1995 y 1999], Julio Iglesias de Ussel [1995], Lluís Flaquer [1998 y 1999]- sostienen que, de los rasgos distintivos que deben tenerse en cuenta son especialmente importantes la primacía del elemento afectivo y la coexistencia de diversos modelos matrimoniales.

A través de los estudios más recientes sobre actitudes, opiniones y comportamientos de población española, se puede advertir que se han producido cambios profundos en el significado de la vida familiar y en la amplitud de opiniones de convivencia. [Serra Yoldi, I., 1999:39]. En este sentido, son las generaciones más jóvenes las que, a la vez que reconocen su importancia vital para el individuo, toman una serie de caminos innovadores que, para las generaciones de más edad, implican una desvalorización de la institución familiar, cuando en realidad lo que ha cambiado es el concepto que de ella se tiene.

La mayor parte de los cambios que se han producido en la familia, provienen de los cambios sociales que se dan en la sociedad industrial. En primer lugar la evolución de las familias tradicionales extensas que se mueven obligadamente hacia un modelo conyugal – nuclear. Sin que pueda asegurarse una relación causal entre sociedad industrial y familia conyugal, lo cierto es que a la par que los sistemas sociales se encaminan hacia metas de industrialización, se produce una tendencia de la familia hacia la concentración progresiva.

Otro cambio hace referencia a la posibilidad de la familia conyugal de movilidad geográfica, pudiendo así responder a las demandas de movilidad provenientes del mercado de trabajo en los países industrializados.

Se observa también una emancipación de los jóvenes del control familiar, pudiendo instalarse por cuenta propia y produciéndose de este modo una desviación de las normas y valores tradicionales exigidos por la familia de origen.

La posibilidad real que ofrece la industria a las mujeres para trabajar fuera del hogar, lleva consigo la decadencia del modelo tradicional de roles familiares, en el que el marido – padre se define como el cabeza de familia y la mujer está obligada a las tareas domésticas y una cierta subordinación.

Sin embargo, los estudios revelan que a pesar de la incorporación progresiva de las mujeres al mercado laboral, no han abandonado totalmente las ocupaciones tradicionales

asignadas a ellas; es decir, que no se ha producido la necesaria redistribución de tareas en el interior de la familia. [González, E.; Gómez, J. 1999:63].

Esta doble presencia de las mujeres determina que vivan una situación llena de contradicciones, pues intentan satisfacer deseos que en sí mismos son antitéticos. En consecuencia el equilibrio entre identidad personal e integración social es difícil de mantener. [Durán, A.1988]

Hay ciertas transformaciones en la forma de familia, que afectan especialmente a ésta:

- La situación de la mujer en la economía: aunque la mujer siempre ha contribuido al funcionamiento económico de la familia, su actividad se desarrolla también fuera del hogar y conlleva su ausencia de éste.
- El nivel de formación de la mujer: el nivel más alto de educación de las mujeres proporciona una base de partida diferente en el mercado de trabajo y hace posible una independencia real.
- La estructura de autoridad de la familia: parece haber desaparecido la estructura familiar autoritaria en la mayoría de los países de cultura occidental, conservándose algo de autoritarismo en las familias acomodadas mientras que en las familias trabajadoras y las menos privilegiadas existe un tipo de estructura familiar matricéntrica, donde puede observarse el importante papel de la madre.

Podemos concluir que un elemento significativo del cambio en la familia española ha sido la incorporación de la mujer al mundo laboral, lo cual produce consecuencias tanto en los modos cotidianos y habituales de vida como en la estructura social de la familia, pudiendo señalar los aspectos que a continuación planteamos:

Se da un reparto de poder entre los cónyuges, debido a la independencia económica que logra la mujer con su trabajo, lo cual le confiere asimismo mayor libertad. Hay también una incorporación del hombre a las tareas domésticas. Las mujeres en activo que tienen hijos realizaban alrededor de cinco horas de trabajo doméstico por día en 1975; diez años más tarde trabajan unos treinta minutos menos, debido en parte a que su pareja participa un cuarto de hora más todos los días. [González, E; Gómez, J,1999: 63], por tanto se difumina la diferenciación de los roles en la familia en función del sexo. Existe una mayor permisividad en las relaciones con los hijos al disminuir la autoridad concentrada antes en el padre y asimismo es habitual el control de la natalidad y por consiguiente la disminución del tamaño medio de la familia.

La edad media de contraer matrimonio se ha elevado y por lo tanto los hijos permanecen más años en la familia de origen. Como las mujeres trabajan y tienen una cierta independencia no tienen prisa por emanciparse de los padres, y esto va unido al nivel de aspiraciones y de calidad de vida que es cada vez más exigente en los jóvenes que no quieren perder su status con un matrimonio precipitado.

Según señala Castillo, J. [1995: 209], la sociedad de consumo parece fomentar una cierta variedad de tipos de familia y de matrimonio. España a estos efectos no es diferente y frente al modelo único de antaño, - familia tradicional, consagrada por el matrimonio canónico, indisoluble, regida por el fin primario de la procreación – la variada familia actual.

La aceptación de diversas formas de vida en común y las diferentes formas en que actualmente se constituyen los hogares, es un fenómeno que aparece sobre todo a partir de la legalización del divorcio.

- La cohabitación es un fenómeno que la opinión pública ya no censura prácticamente y los círculos familiares y de amigos cercanos a la pareja suelen aceptar.
- Los matrimonios que deciden no tener hijos y constituyen un nuevo núcleo familiar como una forma alternativa y decididamente clara.
- Las familias monoparentales, no a consecuencia de una viudedad, sino derivado de separaciones y divorcios y las madres solteras con hijos que anteriormente no podían ni pensar en constituir un núcleo familiar, es también otra de las nuevas formas de vida.
- Las parejas homosexuales que reivindican sus derechos para constituir una familia hubiera sido algo impensable hace años.

La industria y la ciudad han ofrecido a la mujer la posibilidad de encontrar un empleo fuera del hogar, el clima urbano favorece su emancipación antes y después del matrimonio y asimismo se emancipa la juventud que tiende a hacerse financieramente independiente, o se instruye más que sus padres. Se da una disminución de la autoridad de los progenitores, sobre todo del padre, cuyo rol como agente socializador disminuye notablemente con respecto a lo que era antes en la sociedad tradicional.

Aparece un cambio en el modelo y los estilos de vida y pensamos que se está ante una crisis de valores donde vienen a cuestionarse inmediatamente y en primer lugar aquellos valores que durante años estuvieron más fuertemente arraigados. Así las personas ancianas no se benefician ya del prestigio y de la autoridad de que estaban investidos en la



sociedad tradicional y el conflicto de generaciones cobra una especial relevancia tanto en la familia como en el conjunto de la sociedad. Si se ha dado la desintegración de la familia tradicional, puede también ser el resultado de diferencias en el grado de asimilación de los nuevos valores, actitudes y conductas vinculados a la industrialización. Pero, la pertenencia a un grupo familiar, la defensa de los propios miembros de un mismo núcleo, los apoyos entre la propia familia, y la necesidad de convivencia en un grupo que identifique al individuo, mantiene a la familia como un grupo social de primer orden dentro de la red de instituciones sociales de la sociedad global.

En la vida cotidiana del grupo social que constituye la familia, hallamos las propias interpretaciones de los sujetos de estos universos simbólicos presentes en diferentes épocas. Los valores, las tradiciones, las creencias son apropiados de manera particular por los sujetos y devueltos tras su interpretación, que ha cristalizado en conductas, al engranaje social, con una forma de comunicación y manifestación que denominamos cultura de una sociedad.

### **1.2.2 La familia de la mujer alcohólica**

Los estudios de las familias de alcohólicos/as se han realizado mayoritariamente desde un enfoque sistémico. La familia es considerada por Steinglass, P. [1993 :29] como un grupo de personas interrelacionadas que actúan juntos y producen una unidad social única, que cambia de forma predecible a lo largo del tiempo.

La familia no es el equivalente a la suma de sus elementos, y su totalidad implica un conjunto de interacciones, normas y reglas, [conscientes o inconscientes], y roles que constituyen una realidad distinta al sumatorio de padres más hijos. Además es una realidad dinámica que cambia a lo largo de su propia historia y las mutaciones y diferencias deben acomodarse en un corto espacio de tiempo. Es decir, un cambio en uno de sus miembros, influye, de alguna manera, para crecer o retroceder, en el resto de la familia. Cuando su consistencia es frágil el riesgo de desestructuración es mayor. Un factor esencial que determina la aparición de la crisis familiar, según Rocamora [1995], es el desequilibrio existente entre los propios recursos [biológicos, psicológicos y sociales] del sistema familiar en cuestión y el problema que aparece.

Para obtener una mejor comprensión del impacto del alcohol en el desarrollo de la familia, hay que tener en cuenta las interrelaciones características entre la conducta

alcohólica y la maduración sistémica de la familia, es decir, cómo afecta el alcohol en la evolución y en el cambio de las relaciones interpersonales en el seno familiar.

Son tres las fases por las que, según Steinglass, P., pasa una familia para crear su propia identidad como tal:

Primera fase: establecimiento de límites y formación de la identidad. En las familias normativas, la primera fase del desarrollo de la misma, es en muchos sentidos la más dinámica e incitante. Es un período de intensa actividad y rápidos cambios. La mayoría de las familias inician esta fase con un sentimiento de optimismo respecto del futuro. Sea cual fuere las características de la composición de esa nueva familia, sus miembros habrán provenido por lo menos de dos familias de origen distintas, que tienen sus propias ideas acerca de cómo se debe vivir la vida. Aunque durante esta fase se realizan muchos esfuerzos al servicio del establecimiento de reglas básicas para el funcionamiento de la familia, el tema crucial es el de qué hacer con las dos familias de origen, de las que cada uno era miembro participante poco antes. Es frecuente que el comportamiento de los integrantes de la familia en este período parezca contradictorio. La pareja no hace otra cosa que elegir ciertos comportamientos como vehículos para establecer límites en torno del joven matrimonio, pero al mismo tiempo permite que la continuidad de los temas de identidad de las familias de origen se exprese por medio de otras conductas.

En las familias alcohólicas, las luchas que se desarrollan en las familias de la primera fase, en relación con el alcohol, son muy anteriores a la formación concreta de la nueva familia. Muchos niños que crecen en familias alcohólicas llegan a sus propios matrimonios con firmes ideas en cuanto a si el alcoholismo será tolerado o no en ellos. Por otro lado, muchos hijos de alcohólicos parecen completamente ciegos en lo que respecta a advertir señales de alcoholismo en un futuro cónyuge. Las simientes de una identidad alcohólica fueron sembradas en una familia de origen que es una familia alcohólica. Es probable que la importancia que un hijo de tal familia asigne al establecimiento de una identidad no alcohólica en su propia familia resulte ser un factor fundamental, tanto en el proceso de elección de la pareja como en la manera en que se enfocan los problemas de la identidad durante la primera fase.

Fase intermedia: Compromiso y estabilidad. En las familias normativas corresponde esta fase a un período de consolidación ordenada. Se caracteriza por el surgimiento de tres características: la primera, es el compromiso con una cantidad finita de temas de organización centrales para la vida de la familia. La segunda, es el compromiso con un grupo de reglas estables y coherentes, respecto de las conductas y relaciones en el seno de la familia. En este caso, coherencia no significa necesariamente rigidez. La tercera

característica, es el surgimiento de una serie de programas de conducta repetitivos, muy estructurados, para la organización de las rutinas cotidianas de la familia, de los acontecimientos especiales, y estrategias para la solución de la multitud de problemas de la vida diaria, que surgen en la existencia de cada familia.

En las familias alcohólicas, uno de los principales impactos que ejerce el alcoholismo crónico sobre la vida de la familia, es su capacidad de invadir las conductas reguladoras de ésta. El ejemplo más espectacular es el que se produce cuando las conductas vinculadas con la embriaguez, se incorporan a las estrategias de solución de problemas a corto plazo de la familia.

El resultado probable de la deformación de las conductas reguladoras es un refuerzo de las conductas alcohólicas. Esto no significa que la familia alcohólica de la fase intermedia tenga la intención consciente de reforzar la conducta de consumo de bebida de su miembro alcohólico. Es muy probable que la familia niegue con energía semejante intención, si se le hiciera la pregunta en forma directa. Pero, como el proceso de invasión ocurre con lentitud, y la familia realiza lentamente sus adaptaciones al alcoholismo, la distancia que ha recorrido ésta, sólo se advierte con facilidad cuando ya se han producido cambios de importancia. De tal manera que, en la familia alcohólica, temas de desarrollo normativo, tales como el crecimiento individual son muy mal atendidos. Es muy frecuente que se haga caso omiso de ellos como tema de la familia y se deje que los integrantes de ésta, se las arreglen por su cuenta. E incluso, cuando se les presta atención, estas presiones del desarrollo normativo son combatidas y ahogadas en forma activa, en lugar de ser percibidas como saludables desafíos para el crecimiento.

La última fase: aclaración y legado. Esta última fase del desarrollo en una familia normativa es aquella en la cual el enfoque de la familia se desplaza de manera gradual, del presente al futuro. Hacia el final de la fase intermedia, surgen dos desafíos que sirven para quebrantar la habitual coherencia y estabilidad de la vida en esta fase. El primero es la confluencia de una gran cantidad de pérdidas experimentadas por la familia. Entre dichas pérdidas figuran, la desaparición física de miembros de la familia [abuelos que fallecen, hijos que forman su propia familia], y el retiro o la disminución de la productividad en el trabajo. El segundo desafío es una serie de nuevas adquisiciones, por la presión de nuevos miembros y nuevas ideas. A medida que estas presiones comienzan a crecer, ejercen una tensión cada vez mayor sobre las conductas reguladoras de la familia para conservar la estabilidad. El ambiente interior de ésta empieza a mostrar grietas y los límites de la familia se corroen en los bordes. Frente a estas presiones en ascenso, la familia tiende a replicar, casi siempre, con el refuerzo de las conductas existentes. Una segunda respuesta a estas

presiones es un movimiento gradual en dirección a un plano, llamado fase final del desarrollo.

Se trata de un proceso de dos pasos: en el primero, la familia tiene que identificar lo que quiere transmitir y en el segundo debe arreglárselas para transmitir el paquete condensado de temas, valores y reglas a la generación siguiente. Por lo tanto, el primer paso es de clarificación y destilación de los aspectos nucleares de la identidad de la familia y el segundo es la transmisión condensada de esa versión de su identidad a la generación siguiente.

En las familias alcohólicas, el primer problema es el de si la identidad alcohólica de la familia, será uno de los elementos que se depositarán en la cápsula del tiempo; el de si una identidad alcohólica formará parte del legado de la familia a las futuras generaciones. A todo lo largo de la fase intermedia, la familia ha sido puesta a prueba, en repetidas ocasiones, en relación con la fuerza de su compromiso con el alcoholismo como principio organizador de la vida de la familia. De vez en cuando, los hijos y los miembros de la familia ampliada también han intentado presionar a la familia para llevarla a la sobriedad, pero estas presiones durante la fase anterior, no tienen el mismo peso que las que surgen cuando la familia comienza a enfrentar las pérdidas y los nuevos agregados, que inician el paso a la última fase. Lo que sucede en relación con el alcoholismo es análogo a lo que ocurre con otros temas de la identidad: las conductas vinculadas con el alcoholismo que antes eran implícitas, se han vuelto explícitas. Frente a esta creciente presión para que adopte una actitud acerca de su identidad alcohólica, la familia se ve obligada a efectuar una declaración explícita en relación con el alcoholismo y la índole de esta declaración determina cuál de todas las opciones elegirá la familia cuando pase a la fase final. Por ejemplo, puede responder pasando de un estado de consumo, a uno abstemio. Aquí diríamos que la familia ha abandonado por completo su identidad alcohólica.

Dos factores hacen que el paso a la última fase resulte altamente traumático para la familia alcohólica; el primero es la extremada rigidez de las conductas reguladoras características de la familia alcohólica de la fase intermedia, significando que la familia mostrará una gran resistencia a los cambios que resultan necesarios para recorrer con éxito el paso a la última fase. El segundo factor es el impacto potencial de la pérdida del alcohol. El alcohol es un tema de desarrollo tan importante para estas familias, que su pérdida puede suponer una importante deformación del desarrollo, es esta etapa. [Steinglass, P.; Bennett, LA.; Wolin, SJ.; Reiss, D.1993 : 95].

En una publicación sobre el tema, Annette Kreuz, [1997], terapeuta familiar, realiza algunas aportaciones de interés:

Los hijos de familias alcohólicas se acogen a roles rígidos dentro del sistema de la familia que les permiten sobrevivir. La cohesión de la familia describe el vínculo emocional entre los diferentes miembros de la familia. La adaptabilidad del sistema familiar describe la capacidad de cambiar su estructura de poder, sus roles interpersonales y sus reglas de interacción en respuesta al estrés situacional y a las necesidades del ciclo vital. Se hipotetiza que los niveles centrales de cada una de las dimensiones conducen a un funcionamiento familiar óptimo. Los extremos se ven como problemáticos.

Citando a Becvar [1988], se postula que en una familia sana:

- La familia es una fuente legítima de autoridad, establecida y apoyada en el tiempo.
- Forma un sistema estable de reglas establecidas según las cuales la familia actúa.
- En ellas existen cantidades estables y consistentes de conductas de cuidado, y crianza [nurturing], además de:
- Conductas estables y efectivas en la educación de los hijos y en el mantenimiento de la pareja.
- El sistema se mueve hacia una serie de metas tanto a nivel individual como de conjunto.
- La familia dispone de una adaptación y flexibilidad suficiente para acomodarse tanto a los retos del desarrollo normal dentro del ciclo vital, como a crisis no esperadas.

Sigue la autora con un planteamiento sobre la transmisión de conductas en el interior de las familias y afirma que en el alcoholismo las pautas de interacción que implican abuso o dependencia características en las familias, se pasan de generación en generación. Ello equivale a decir que en las familias donde existe un alcohólico se transmitirá a los hijos normas de conducta tendentes al alcoholismo u otra toxicomanía.

Es interesante el estudio del fenómeno de la codependencia referido a familiares que establecen una dinámica particular de relación con la persona adicta. En este sentido señala Jáuregui, I. [1999: 403] que “no esta totalmente claro si la codependencia es una consecuencia de vivir con un adicto, o por el contrario una manera particular de relacionarse con los otros y cuyo origen es independiente del hecho de vivir en un mundo adictivo”.

Tanto en los estudios y trabajos sobre el alcoholismo como en el quehacer cotidiano de su tratamiento, es evidente que la familia juega un papel primordial. Hay ciertos estilos de familia que parecen conducir al florecimiento del alcoholismo mientras que otros dan la impresión de ser incompatibles con este tipo de dependencia. Steinglass [1993. Pp.63], establece cuatro principios básicos en el caso de las familias alcohólicas:

- Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno de los cuales se estructura la vida de la familia.
- La introducción del alcoholismo en la familia, posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación, en el seno de la familia.
- El impacto del alcoholismo se advierte en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta, poco a poco, su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.
- Los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y desarrollo de la familia... Son cambios en el ciclo normativo de la vida de ésta, que hemos denominado "deformaciones del desarrollo".

En el caso de las familias en que la madre es alcohólica tiene suma importancia la capacidad de la familia para adaptarse a la nueva realidad, modificar el entorno adverso y poner en marcha mecanismos que restablezcan el equilibrio.

En términos generales, en la medida que los problemas que rodean al alcoholismo van produciendo mayor incoherencia en el hogar, la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia, constituye un intento por volver a estabilizar el sistema familiar, actuando y reaccionando de manera que la vida les sea lo menos dolorosa para ellos.

### **1.2.3 Características del alcoholismo femenino**

Las características sobre el consumo y abuso de alcohol en la mujer han sido estudiadas por diversos autores desde los años sesenta, época en que el alcoholismo empieza a interesar como problema médico y social en los ámbitos profesionales.

Climent, M. y otros, realizaron en 1997 un trabajo sobre el consumo de alcohol en la mujer, que obtuvo un premio de investigación, de la Dirección General de Drogodependencias, donde exponen entre las conclusiones a las que llegan, que para valorar adecuadamente los hechos, debe distinguirse entre el aumento del hábito de beber en la mujer, la incidencia de alcoholismo femenino y la incidencia de las bebedoras graves.

Con respecto a los motivos por los que una mujer se convierte en una bebedora recurrente, pueden ser muy diversos y a menudo hay más de una causa que impulsa al consumo, el cual se parece cada vez más al masculino, es decir un alcoholismo ligado a la búsqueda del placer y la diversión. También destacan a este respecto la teoría del comportamiento problemático, la cual busca la explicación y la predicción del problema de la bebida en la adolescencia como un aspecto de un patrón general de comportamiento problemático incluyendo el abuso de otras sustancias, problemas escolares, relación sexual precoz, etc.

No obstante, el riesgo de dependencia al alcohol aumenta cuando se da a la vez la existencia de una historia familiar de alcoholismo y una infancia socioeconómica adversa. En una revisión realizada por Aragón, N.; Bragado, M.C.; y Carrasco, I. [1997], se analizan los problemas psicopatológicos de los descendientes de padres alcohólicos, llegando a la siguiente observación: el alcoholismo parental esta asociado con una mayor frecuencia de síntomas psicopatológicos en los niños y adolescentes, [hiperactividad, ansiedad, abuso de alcohol, depresión...] en comparación con los hijos de padres sin trastornos. A pesar de la existencia de estos síntomas no hay trastorno mental específicamente relacionado con el alcoholismo parental. Y el hecho de que los hijos de alcohólicos presenten síntomas psicopatológicos tan diferentes podría deberse al efecto ejercido por los factores socio – ambientales.

Las características respecto al alcoholismo femenino que a continuación se relacionan son mantenidas por diversos autores: Fouquet, P; Haas, RM. [1971]; Goowin, F. [1981], Beckman, LJ. [1984], Dawson, DA. [1993]. Simpura, J. et al.[1995].

- En la mujer de edad media el consumo de alcohol es más tardío que en el hombre.
- Las mujeres alcohólicas suelen acudir a tratamiento después que los hombres.
- En la mujer, la mortalidad alcohólica es mucho mayor que en los hombres, tal vez, la mujer tenga mayor vulnerabilidad fisiológica que el hombre.

- Las mujeres alcohólicas presentan enfermedades ginecológicas y obstétricas, abortos y dismenorreas. En el período premenstrual el alcohol se absorbe más rápidamente y reduce la tensión premenstrual, por lo que el consumo de alcohol aumenta en estos períodos.
- El uso de alcohol durante el embarazo expone al hijo al riesgo del Síndrome de Alcoholismo Fetal, una colección de consecuencias que pueden afectar al funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social.
- La mujer experimenta los efectos dañinos del uso crónico del alcohol más severamente y frecuentemente que el hombre, manifestando mayor deterioro que los hombres con equivalentes dosis de alcohol.
- Las mujeres alcohólicas suelen utilizar las bebidas de alta graduación en un porcentaje mayor que los hombres.
- La mujer suele beber en solitario y en la clandestinidad y con una gran carga de culpabilidad.

En cuanto a las características psicológicas del consumo, abuso y alcoholismo en la mujer, Fouquet, P.; Haas, R.M., [1971], Beckman, L.J., [1984], Pérez y De Vicente [1992], Gudmundsdóttir, A., [1997], Llopis, J., et al. [1990], señalan las siguientes:

- El patrón cognitivo de consumo entre las mujeres alcohólicas se muestra más relacionado a los sentimientos intra/interpersonales negativos que a factores sociales y sentimientos positivos.
- La mujer bebe por las siguientes razones. Reducir el estrés, para alterarse, relajarse, sentimiento de culpabilidad, mejorar la autoconfianza, mejorar la comunicación, divertirse, por vergüenza, depresión.
- Decide dejar de beber por las siguientes razones: por sentirse mal, por haber perdido el control sobre la bebida, depresión, miedo a empezar a ser adicta al alcohol, temor, pérdida de memoria, por haber recibido escarmiento moral, por disminuir la capacidad para trabajar, por descuidar a sus hijos.
- La mujer alcohólica frecuentemente presenta depresión psicológica asociada, la cual es diferente de la del hombre.
- En la mujer existen más intentos de suicidio que en el hombre. Casi el 50% de mujeres alcohólicas ha tenido al menos un intento de suicidio y parecen ser más



susceptibles aquellas que tienen el rango de edad entre 35 y 49 años, solteras y mujeres divorciadas.

- La mujer alcohólica presenta baja autoestima, culpabilidad, relaciones rotas, sentimiento de impotencia, problemas sexuales.
- Las mujeres se preocupan más por el control del alcohol que los hombres, aunque tanto los hombres como las mujeres alcohólicos/as, se preocupan más por su habilidad de control de ellos mismos y de sus vidas, en comparación con la población en general.

La panorámica del alcoholismo femenino en nuestro país, ha variado en los últimos veinte años sobre todo por el aumento de mujeres alcohólicas en relación a los hombres, y la disminución de la edad de inicio al consumo, como se verá detalladamente en la sexta parte de esta investigación. La mayoría de los estudios referidos al tema, desde hace años, [Alonso Fernández, F.1998:232. Bach i Bach, LL. 1997:44, Bogani Miquel, E.1987:131] coinciden en la descripción de un determinado perfil de mujer alcohólica, aunque hay que señalar que dichos estudios están referidos solamente a las mujeres que han acudido a centros de asistencia y rehabilitación. Son mujeres entre 35 y 50 años, habiendo transcurrido una media de diez años entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento, esto indica el encubrimiento que impide la detección precoz del problema. Por tanto, beben de forma clandestina, en secreto y en solitario y han vivido años de gran aislamiento social.

Según Lluís Bach, [1997] de acuerdo con el resultado de encuestas epidemiológicas del consumo de bebidas alcohólicas, y del registro sanitario de pacientes visitadas por primera vez, el número de mujeres alcohólicas está entre el 20% y el 25% del total de la población afectada. Como sigue diciendo Bach, L. [1997: 258], si comparamos esta cifra con las estimadas hace 20 años, el aumento del alcoholismo en la mujer es considerable.

### **1.3 EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIAL**

El alcoholismo ha sido calificado como una enfermedad social y como un problema social, tanto si para aseverarlo recurrimos a considerar los factores causales como las consecuencias.

Una de las primeras contribuciones que llegaron a nuestro país, digna de mención, por los aportes interdisciplinarios, fue la obra de David Pittman publicada en 1966, donde encontramos referencias al análisis sociológico del alcoholismo.

Lo que propone dicho autor es que los índices del alcoholismo según diferentes grupos poblacionales, sean considerados resultantes de la interacción de tres núcleos fundamentales de variables o factores. Los factores dinámicos: apuntan a las variables con las que los clínicos relacionan los esquemas motivacionales o de la personalidad. Las orientaciones normativas: relacionadas con las normas, las ideas y los sentimientos centrados en el acto de beber y que están arraigados en las tradiciones culturales de los diferentes grupos. Los factores alternativos: resumen todas las formas de conducta – normales o patológicas- que responden a una pauta cultural y que, excluido el consumo excesivo de alcohol, pueden representar el papel de equivalentes funcionales o de alternativas de la bebida, en cuanto constituyen formas de adaptación a las situaciones de inquietud psíquica aguda. [Pittman, D. 1996:55]

Si partimos de la premisa de que el alcohol es permisible desde el punto de vista cultural, los índices de alcoholismo en un grupo dado pueden ser concebidos como un producto de factores dinámicos, normativos y alternativos.

En el caso individual, este esquema sugiere la idea de que el alcoholismo implica la convergencia de un estado de tensión psíquica [que puede responder a varias causas] con un tipo particular de orientación o de actitud normativa hacia la bebida, comunicada presumiblemente al individuo por otros miembros del grupo social.

Desde nuestra perspectiva nos interesan los aspectos que se refieren al alcoholismo desde la vertiente social, y es desde el enfoque sociológico desde el que intentamos contemplar el fenómeno.

La sociedad, manifiesta una doble actitud contrapuesta, frente al consumo de alcohol, en cuanto que acepta la ingesta alcohólica dentro de una normalidad y a la vez, rechaza las consecuencias conductuales de esa misma norma social.

Vemos también cómo la sociedad ejerce un control sobre los problemas sociales enmarcándolos en su política de acción social y estableciendo formas de actuación sobre ellos. Esto los sitúa en un determinado lugar en el imaginario social. Concretamente el alcoholismo, se mueve entre la aceptación y el rechazo. Es considerado como objeto de atención social, por su extensión y resonancia, y al mismo tiempo, se condena a los individuos afectados, en cuanto que entran a formar parte de una franja de población que se

considera desviada y marginal, entre otras cosas, por ser beneficiaria de las políticas de bienestar social, y como tal, etiquetada.

De aquí, surgen los problemas que tienen los alcohólicos para acudir a un centro de tratamiento específico donde se les pueda identificar como tales, mientras que no les importa tanto que se conozca su hábito de beber.

Una gran parte de la acción política se dirige a atender los problemas sociales, siendo muchos de ellos objeto de intervención por parte del Sistema de Servicios Sociales.

La base de datos del Congreso de los Diputados en 1995, catalogaba como problemas sociales el alcoholismo y las otras toxicomanías, el analfabetismo, la pobreza, la delincuencia, etc. El Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] incluía como problema social la pobreza y la desigualdad, las drogadicciones, la delincuencia, los problemas urbanos y los problemas de vivienda. [López-Cabanas, M.; Chacón, F. [1997: 19].

Los problemas sociales nacen dentro del contexto de una sociedad particular, de forma que no es posible hablar en general de los mismos. De esta manera, el estudio de los problemas sociales posee un carácter como mucho de ámbito nacional.

Con referencia a las vías de actuación ante los problemas sociales, diremos que una atención selectiva a aquellos individuos que se encuentran en gran estado de necesidad, no impide que el criterio de atención sea amplio, es decir, la intervención tendrá en cuenta de manera integrada la globalidad de los problemas y señalará prioridades según principios establecidos.

Hamilton, G. [1982], nos explica que la integración de la intervención se realiza sobre la base de funciones diferenciadas, y para abordar los problemas sociales existen siempre dos polos: considerar el asunto desde el punto de vista del conjunto o considerarlo desde el del individuo. Ahora, como siempre, hay pues dos maneras de abordar los problemas sociales: a través de la reorganización estructural externa y mediante el mejoramiento del individuo y del grupo por procedimientos educacionales internos.

Debemos reconocer que si el análisis de los problemas sociales se hace en términos de una adaptación de los individuos a la sociedad, nos lleva a una visión restrictiva, limitada a soluciones en términos de ajuste de los individuos y de la adecuación de recursos sin más; por el contrario, si centramos la intervención solamente en la macro – estructura social, olvidamos que los problemas sociales son un todo, un sistema que interrelaciona distintos tipos de problemas [Harris, H. 1970], constituidos por distintos elementos, personales,

económicos y culturales, que han de ser analizados y comprendidos de forma interrelacionada y con estructura de unidad.

Para llegar a la comprensión de estas realidades, es necesario previamente reflexionar y revisar los conceptos básicos sobre los problemas sociales, su definición y características.

Si consideramos que las sociedades humanas siempre tienen problemas, presentan sufrimientos de muy diversa índole y siempre han experimentado la desigualdad, se podría afirmar junto con Stark [1975, : 89], que los problemas sociales son tan antiguos como la humanidad. Pero esta afirmación no contradice el que la noción de problema social, desde un planteamiento científico sea algo bastante novedoso.

Las sociedades difieren en sus sistemas de creencias respecto a los problemas sociales, de forma que en uno de los extremos están las sociedades que tienden a pensar en los problemas sociales como algo atribuible al fatalismo, sin que se pueda hacer nada por encontrar una posible solución. En el otro extremo se situarían aquellas sociedades en las que existe una filosofía de activismo social y de utilización de los controles humanos para actuar sobre el universo social; estas últimas, tienden a su vez a percibir los problemas sociales como algo solucionable si se ponen los medios adecuados para combatirlos.

Fatalismo y problemas sociales son términos que se refuerzan el uno al otro; así existe un pensamiento mágico que se produce en mayor medida entre aquellas personas que viven en peores condiciones y que suelen pensar que sus problemas no se pueden solucionar desde un planteamiento social, lo que refuerza aún más su pensamiento mágico. Estas personas suelen concebir que sólo con su esfuerzo personal lograrán salir de sus problemas, percibiendo que la causa de sus males son ellos mismos y exculpando, por lo tanto, a la sociedad. Esta aceptación pasiva de los problemas por parte de las personas que ocupan los escalones más bajos de la sociedad es algo que ya había señalado Marx al referirse al "lumpemproletariado" o por otros científicos sociales al hablar de la clase baja – baja o de las "infraclases". El fatalismo que se manifiesta en estas clases es lo que permite el incremento de privilegios para las demás capas sociales y justifica que las cosas sigan igual, no siendo necesario ningún tipo de cambio.

En la mayoría de las sociedades subsisten a la vez el fatalismo y el activismo tanto en función de los diferentes sectores de población como del tratamiento de los diversos problemas sociales.

Todas las sociedades reconocen tener algún tipo de problema social, es decir, de condiciones o prácticas que suponen una falta de armonía con los valores sociales y aunque

hay problemas sociales específicos de cada sociedad, la mayoría de ellos se presentan en muchas sociedades. [Clemente, M. 1992:12].

La expresión problema social se ha convertido en una forma rutinaria de expresar aquello que pensamos que en la mente de toda una sociedad determinada denota algo problemático y de carácter grave, sin embargo, es necesario clarificar el término.

Siguiendo a Sullivan et al. [1980], podemos identificar la existencia de un problema social a partir de ciertas características. En primer lugar, debe existir un consenso entre los miembros de una sociedad sobre la determinación de cuáles son los problemas sociales, ya que un problema social sólo lo es si la opinión pública lo considera como tal y no sólo piensan que lo es un grupo minoritario de la sociedad. En segundo lugar, debe poderse identificar a los grupos sociales que definen la existencia de un problema social, ya que ellos son los que poseen intereses en su solución. Este fenómeno fue definido por Berger como "debunking" [destaponar] y consiste en el desenmascaramiento de las pretensiones de los demás pues en gran cantidad de ocasiones un problema social se comunica al público debido a unos intereses subyacentes.

Otra característica hace referencia a los valores sociales ya que éstos son imprescindibles para determinar el por qué la sociedad define un problema como social. Los valores hacen referencia a las preferencias personales y a las prioridades de los grupos sociales. Dichas prioridades son distintas para cada grupo social por lo que a menudo existe un conflicto de valores.

Por último hay que señalar cómo los problemas sociales poseen una identificación distinta de los problemas personales, en cuanto que son cuestiones públicas. Así, el que una familia se enfrente al problema del alcohol, no es un problema social, sin embargo el que en una sociedad exista una gran cantidad de personas alcohólicas, sí se convierte en un auténtico problema social. En el primero de los casos, se utilizan tratamientos para solucionar problemas individuales, pero sólo una vía de actuación más colectiva puede considerarse eficaz ante un problema social.

La definición de problema social depende de la perspectiva teórica que se adopte. Según Liazos, A. [1982], en las definiciones de problemas sociales pueden distinguirse dos grandes perspectivas. Por un lado, aquellas que acentúan los criterios objetivos perjudiciales de los problemas y por otro lado, las que resaltan que éstos sólo existen como tales cuando un grupo significativo dentro de la sociedad define y percibe algunas condiciones como problema, y a la vez, pone en marcha acciones para resolverlo.

En un primer momento, en las definiciones dominó la perspectiva objetiva. Desde el enfoque de la desorganización social, Merton, R.K. y Nisbet, R. [1976], lo definen como una situación que viola una o más normas generales, compartidas y aprobadas por una parte del sistema social.

Sin embargo, para Blumer, H. [1971], partiendo del interaccionismo simbólico, los problemas sociales no tienen existencia por sí mismos, sino que son producto de un proceso de definición colectiva.

Nos acercaremos a una posible definición a partir de la que nos ofrece Sullivan, T. [1980] por considerarla una de las más rigurosas y completas:

“Existe un problema social cuando un grupo de influencia es consciente de una condición social que afecta a sus valores y que puede ser remediada mediante una acción colectiva”. Grupo de influencia: grupo que tiene un impacto significativo a nivel de un colectivo mayoritario. Conciencia de una condición social: sólo si existe conciencia de que dicha condición es un problema, se convertirá en problema en cuanto tal. Debe afectar negativamente a los valores: es decir, los valores de un grupo deben ordenarse en función de su prioridad, a la hora de invertir recursos en solucionarlos. Debe ser remediado por la acción colectiva: toda condición social que no sea solucionable mediante una acción colectiva, puede ir en contra de los propios valores colectivos, pero no por eso llegar a ser un problema social. De hecho, no se podía hablar de problemas sociales hasta este siglo ya que con anterioridad no existían procedimientos para remediarlos. Este es el caso de temas tales como la pobreza, atribuida durante siglos a factores individuales, como la falta de motivación de las personas que caían en tal condición, sin que la sociedad pudiera hacer nada por evitarlo [Sullivan et al. 1980:10].

Los problemas sociales nacen del conflicto y de la controversia por lo que se puede afirmar que son políticos por naturaleza. Generalmente existe una gran resistencia para que se produzca el descubrimiento de un problema social, realizándose muchos esfuerzos por parte de muchos sectores de la sociedad para conseguir que un problema social se reconozca como tal y grandes esfuerzos de otros sectores para que no se reconozca el problema.

Siguiendo a Blumer, H. [1971], los problemas sociales se convierten en una lucha entre grupos sociales, unos queriendo definir el problema, y otros, negándolo. De hecho, el problema social sólo llega a existir cuando existen grupos en la sociedad que convencen a los demás de la existencia de condiciones inadecuadas que pueden y deben cambiarse. Por

tanto, un problema social sólo existe cuando alguna condición social es seleccionada, identificada y ampliamente reconocida por la sociedad como problema.

Para Liazos [1982], el conflicto de intereses es lo que provoca la mayoría de los problemas sociales, y éstos existen, empeoran o no se pueden resolver, porque aquello que afecta a la vida cotidiana de las personas, se considera como secundario dentro de los problemas de la sociedad debido a que los intereses de unos pocos anteceden a los intereses de la mayoría.

Esta perspectiva marxista de los problemas sociales no suele ser la habitual en el tratamiento de los mismos, donde predomina un planteamiento más bien liberal, que propone reformas sin cuestionar el sistema.

El consumo de alcohol, continúa hoy constituyendo motivo de alarma social, pues de todas las sustancias psicoactivas, el alcohol es la más consumida por la población española. Según el último estudio nacional realizado por el Plan Nacional sobre Drogas [2000], un 87'1% de la población de 15 a 65 años reconoce haber tomado alcohol alguna vez, lo que nos indica la permisividad y extensión de su consumo.

En la etiología de los problemas sociales intervienen al menos dos factores: el individuo y el medio social, y en el caso del alcoholismo, se añade un tercer elemento, el alcohol. Es imprescindible la convergencia de estos tres factores para la aparición y desarrollo del fenómeno del alcoholismo.

El alcohol: Es un elemento clave a primera vista, pero si lo analizamos fuera del contexto en que habitualmente es considerado, pierde importancia. Es decir, las drogas no son ni buenas ni malas, existen, y de ellas la persona hace un uso determinado; el alcohol puede ser usado como desinfectante, conservante, disolvente... también puede ser ingerido en la creencia de que es un alimento o de que proporciona calor. Finalmente puede beberse buscando sus efectos, es decir, para transformar la percepción de la realidad. De todas las posibles modalidades de uso sólo ésta última le confiere la cualidad de droga, y esto mismo ocurre, con ligeras matizaciones, para todas las sustancias a las que se les ha calificado como droga.

La persona que consume: Cada persona se relaciona con las drogas a través de una serie de peculiaridades que conforman su personalidad. No todas las personas consumen las mismas sustancias, ni a todas las que consumen les producen los mismos efectos. Hay multitud de aspectos que pueden ser tenidos en cuenta en la relación sujeto-droga. Existe una discusión sobre si los alcohólicos responden a una personalidad específica que les predispone a consumir en exceso, pero es ésta una discusión difícil de solucionar hoy por

hoy, puesto que la personalidad del alcohólico es conocida solo cuando el paciente acude a tratarse y evidentemente, no hay posibilidades de conocer cómo era antes y por lo tanto la influencia del consumo y la forma de vida asociada a él. El alcohólico no es un predestinado, una persona abocada irremisiblemente al alcoholismo. Unas personas tienen más recursos que otras para enfrentarse airesamente a las dificultades.

Las influencias del medio ambiente: Son importantes, aunque tampoco pueden por ellas solas explicar todo el fenómeno del alcoholismo. Dos son en líneas generales sus ámbitos de influencia: de un lado estaría su peso en la determinación de las características personales, ya que éstas se originan en una sociedad concreta y sólo tienen sentido dentro de ella. De otro lado tendríamos la forma en que el medio posibilita el contacto con las drogas: por qué se admite el uso de unas y no de otras; cómo se accede a ellas, a las permitidas y a las que no lo son; bajo qué mecanismos se extiende su uso.

Estos factores lejos de ser algo estático, varían con el transcurso del tiempo y según el contexto cultural, económico e histórico de cada realidad social. El alcoholismo pasa a ser considerado como problema social, en cuanto que se considera como tal por la opinión pública, porque pueden identificarse los grupos sociales que definen su existencia, en la jerarquía de valores de nuestra cultura social queda definido como problema, y por último, desborda el ámbito individual.

En cuanto a las consecuencias que se derivan del alcoholismo también reúnen esta característica de la doble implicación, individual [la persona que las padece] y social. Es decir, encontramos nuevamente varios factores concurrentes, por un lado, la conducta especial del bebedor y por otro, la reacción de los demás, la actitud social frente a esas consecuencias, que como ya sabemos no es la misma actitud para todos los consumidores ni para todos los consumos.

También estos factores varían con el transcurso del tiempo y en este sentido vemos cómo años atrás, el alcoholismo era considerado un vicio y el alcohólico un vicioso, una persona que con su conducta perturbaba el orden social y moral establecido. Desde una concepción moralista e individualista, al alcohólico había que separarlo de la sociedad y ocultarlo tras los muros de los manicomios.

En ocasiones nos parece que todavía quedan restos de este planteamiento en actitudes y valoraciones que actualmente se expresan ante determinados problemas sociales, aunque no se manifieste abiertamente.

Hablamos de marginación social y conductas marginadas cuando nos referimos al alcoholismo como problema social, porque el proceso de alcoholización de una persona



implica un proceso de marginación paralelo. Cada una de las consecuencias del hábito de beber: pérdida de trabajo, pérdida de apoyos familiares, disputas callejeras, etc., son consideradas conductas inadecuadas en la sociedad. El alcohólico no puede participar de los valores y normas fijados por la ideología dominante y por tanto es excluido por la comunidad.

Incluso en su proceso de rehabilitación es marginado, pues debe adaptarse e integrarse con su conducta abstemia en una sociedad alcoholizante.

La primera vivencia de marginación la sufre en principio el propio alcohólico, en solitario, sin que la sociedad lo detecte hasta etapas posteriores. En este período aparecen las primeras vivencias de soledad. La comunicación exterior se realiza a través del alcohol, sustancia euforizante, que le permite establecer una doble vida, razonar a dos niveles, uno personal e íntimo y otro con el soporte del alcohol que cambia por completo esta relación. La participación y relación con el mundo exterior es cada vez más superficial, la sustancia alcohol es utilizada por el alcohólico como escudo que le protege de la marginación, pero al mismo tiempo e inevitablemente a lo largo de todo el proceso, este mismo escudo se cambiará en arma contra él, arrastrándolo a esta marginación que intuye y teme. [Vidal-Llahí, J. 1980].

Hemos oído y leído infinidad de veces en la temática del alcoholismo, que el alcohólico es un ser marginado por la sociedad, y al mismo tiempo se nos presenta el alcohol como factor integrante y elemento adaptador del individuo a esta sociedad. Aunque esto parezca un contrasentido, si analizamos detenidamente las pautas normativas del uso del alcohol, veremos que "integrado está el que bebe y fuera de la norma se sitúa el abstemio" [Freixa, F.; Soler Insa, P.A. 1981: 438].

En la etapa final de un proceso de alcoholismo aparece siempre inevitable la marginación social, pero con frecuencia nos planteamos la pregunta de ¿cuándo empieza realmente el proceso de marginación? [Rodríguez Martos, A.1980]. Como todo proceso, es largo, y para llegar a la etapa final, es decir, a la marginación social, transcurren una serie de períodos en los que la violación de la norma es imperceptible, hasta que no se llegan a evidenciar desviaciones conductuales importantes, que hacen notorio y patente el efecto de la sustancia alcohólica.





**CAPÍTULO II**  
**LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ALCOHOLISMO:**  
**DEL VICIO A LA ADICCIÓN**



## **CAPÍTULO II**

# **LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ALCOHOLISMO: DEL VICIO A LA ADICCIÓN**

*“Desde que Emile Durkheim escribió su clásica obra titulada El suicidio, los sociólogos se han interesado profundamente en los problemas planteados por el hecho de que los índices de distintos fenómenos patológicos variaban en diferentes grupos. Dicho interés se extendió rápidamente al alcoholismo, pues se observó que en el caso de esta enfermedad, los índices por grupos eran muy distintos. Un ejemplo de lo apuntado es el caso de los diferentes grados de alcoholismo en los dos sexos.”... “No quiero decir con esto que las teorías psicológicas o fisiológicas carecen de pertinencia para la inteligencia del alcoholismo. Solamente me propongo sugerir que las diferencias entre los grupos que no se explican fácilmente sobre la base de conceptos psicológicos o fisiológicos pueden ser objeto del análisis sociológico” [Snyder, Ph.D. En: Pittman, 1966: 55.]*

### **2.1 EL ALCOHOLISMO COMO CONDUCTA DESVIADA**

Desde la perspectiva sociológica la desviación del alcohólico puede enmarcarse dentro del fenómeno más amplio de la marginación social ya que se considera en ocasiones a los alcohólicos/as como personas integrantes de dicha problemática.

Hablamos del alcoholismo como conducta desviada porque existe una gran ambivalencia entre el modo en que la sociedad se manifiesta y tolera la conducta del bebedor e incluso del bebedor excesivo, y el momento en que está instaurado el alcoholismo y etiquetado como alcohólico quien lo padece. Nuestra cultura es altamente permisiva con el consumo y el abuso del alcohol y los comportamientos relacionados con la

ingesta de bebidas alcohólicas no sólo son tolerados sino también propiciados. Pero, no es así con respecto al alcohólico cuya conducta altera las normas establecidas y en consecuencia deriva en conductas desviadas, siendo socialmente rechazado y marginado.

Por otro lado, el ámbito que cubre el concepto de desviación es muy amplio, [Cucó, J.; Nemesio, R.; Serra, I. 1985:114]. “En ocasiones es frecuente que no se realice la diferenciación entre individuos o grupos desviados, de individuos o grupos que se encuentran en situación de marginación de forma pasiva, al margen de su propia decisión y de sus propios intereses, siendo otras cuestiones individuales o grupales, físicas o sociales las que le conducen a dicha situación marginal. En resumen, el concepto de marginación alude a realidades muy diferentes pero que tienen en común una cierta exclusión, a veces parcial, de la consideración de normalidad de un determinado sistema social y ello en función de su distancia, personal o grupal, respecto de las normas y pautas de comportamiento del grupo dominante”.

El significado del vocablo de desviación es complejo, ya que, como dice Serra, I. [1993: 176], “el término es ambiguo, equívoco, o más acertadamente, podemos decir, que multívoco; su consideración varía según países y emotividades”.

El uso más común del término es aquel que considera la desviación como el comportamiento que viola las normas y expectativas de un sistema social. La acepción moderna del término se debe a un grupo de estudiosos que se identifican con la Escuela de Chicago y que colocan el acento en la definición social de la desviación, influenciados indudablemente por el conocido “Teorema” de W.I. Thomas y por los planteamientos de G.H. Mead relativos a la interiorización dinámica de los comportamientos de los otros y sobre todo de sus reacciones.

En efecto, después de un largo período de predominio del significado durkheimniano de desviación entre los años 1950-1970, una serie de autores [Lemert, 1951; Garfinkel, 1952; Goffman, 1959,1963; Erikson 1962; Becker, 1964; Schur, 1969 y otros] establecen la importancia que para el concepto de desviación tiene la “definición social” de la misma, así como las reacciones a las que está expuesto aquél que es definido como desviado y a la manera en cómo es transformada, a veces irreversiblemente, la personalidad de éste a causa de ser así “etiquetado”.

A partir de ese momento, cometer un acto desviado no significa, necesariamente, asumir la personalidad y el carácter de una persona desviada. Se produce una separación entre la comisión de un acto desviado y la catalogación de una persona como desviada. Esto último supone la atribución de un cierto rol, la pertenencia a una categoría especial de

personas. Tiene un mayor significado para los individuos, ser catalogados con una denominación etiquetada de un rol que la simple indicación de haber cometido éste o aquel acto desviado.

Las consideraciones realizadas nos sirven de marco introductorio para abordar el enfoque adoptado como perspectiva teórica en la investigación, que gravita en los planteamientos teóricos del interaccionismo simbólico, corriente sociológica que supuso un gran cambio en la consideración y definición de la desviación.

De ahí que no abordemos de forma exhaustiva el análisis de otros enfoques que desde la perspectiva sociológica han analizado el tema. Enfoques que encuentran en Durkheim al pensador que sustrajo el estudio de la desviación del dominio de la medicina y del positivismo biológico para situarlo dentro del contexto de la sociología al considerar los comportamientos delictivos como hechos sociales y por lo tanto como componentes normales de la sociedad. También se debe a este autor la constatación de la importancia que la división del trabajo tiene en la aparición de la anomia y de los comportamientos anómicos en la moderna sociedad industrial. Los seguidores y reformuladores de la teoría Durkheimniana de la anomia, realizan aportaciones al estudio de la desviación que se caracterizan por compartir la premisa de que el funcionamiento de la sociedad se establece sobre la base de un consenso realizado por la mayoría de los individuos y en torno a unos valores e intereses comunes. La violación de las reglas consensuales será el resultado de alguna característica individual que diferencia al sujeto del resto de la comunidad.

### **2.1.1 El concepto de desviación**

Toda sociedad humana establece una serie de reglas que organizan las actividades de los individuos que viven en el ámbito de esa sociedad, regulan los comportamientos y conforman las acciones aceptadas por el conjunto social, determinando, por tanto, la distinción entre comportamientos que se desvían o no, de esos convencionalismos vigentes y aceptados.

Esas reglas son fijadas de manera formal, a través de leyes, o bien, integradas en un conjunto de costumbres y usos que una persona acepta como su modo de hacer las cosas, o bien, son acuerdos implícitos sobre cómo se ha de comportar la gente.



Todas estas reglas y preceptos constituyen una idea admitida de lo que es justo y adecuado. Basándose en ella, los individuos juzgan si la conducta de los demás es adecuada o inadecuada, razonable o irrazonable, moral o inmoral.

Es evidente que ningún comportamiento es desviado por sí mismo, se vuelve desviado cuando es definido como tal; un mismo comportamiento puede ser visto como desviado o no, según el sistema social en el que el individuo se mueve. Para la sociología, la desviación objeto de estudio, es la que supone un comportamiento que es desaprobado por el grupo social que sirve de referente.

La desviación según Giner [1991:107], es cualquier tipo de conducta que no encaja en las normas de un sistema social determinado. Tiene una gran gama de conductas posibles; puede ser mínima y tolerada y puede ser totalmente hostil y destructiva para la estructura en cuyo seno se desarrolla. La desviación es una conducta que se aparta de lo que un grupo normalmente espera de la conducta de un subgrupo o individuo.

La desviación tiene dos vertientes, por un lado amenaza la estabilidad social, por otro lado sirve de contraste, cumple la función de representar una serie de destinos a evitar, son imágenes negativas claras y evidentes para todos, que confirman los esquemas de comportamiento "normales", en los que los individuos se reconocen.

También tiene una función de servir de indicador de cambio; cuando la trasgresión a una norma se generaliza, se hace necesaria la revisión de dicha norma, la norma puede devenir en inútil o carente de sentido. La desviación indica la necesidad de cambio de una norma para la continuidad del sistema social.

Otra función sería la de propiciar la integración del grupo social, el desviado es considerado un enemigo externo al grupo, los sentimientos negativos se canalizan contra el desviado y potencian el sentimiento de cohesión grupal, la conformidad aumenta, en la medida que tratan de diferenciarse y de protegerse contra la desviación.

Cuando la conducta desviada, es no sólo sancionada por las normas sociales, sino expresamente tipificada y castigada, por un tipo de normas que son las leyes penales, nos encontramos ante la delincuencia [el delito]. Es ésta una de las categorías del comportamiento desviado menos tolerado socialmente.

Hay una serie de conceptos básicos que deben delimitarse para analizar la desviación social.

Los valores: definiremos el término dándole un sentido de estados mentales, no como cosas o normas de conducta. Son concepciones de lo deseable que influyen en el

comportamiento selectivo. El valor es todo lo que interesa a un sujeto humano, las personas no son indiferentes a su mundo, implícita o explícitamente, juzgan las acciones, a las gentes, como buenas o malas, verdaderas o falsas. Por tanto, los valores sirven de criterio de selección de la acción. [García Ferrando, M. 1991: 114].

Del valor también puede decirse que es una manera de ser o de obrar que una persona o una colectividad juzgan ideal y que hace deseables o estimables a los seres o a las conductas a los que se atribuye dicho valor. [Rocher, G. 1990:70]. El valor se sitúa en el orden ideal y no en el de los objetos concretos o acontecimientos. Estos pueden expresar o representar un valor, pueden recordarlo o inspirarse en él; pero, solo por referencia a un determinado orden moral, estético o intelectual cuya impronta llevan, merecen o exigen respeto. En cuanto ideal, el valor implica la noción de una cualidad de ser o de obrar superior, cualidad a la que se aspira y en la que cabe inspirarse.

.- Las normas. Una norma es una regla de conducta, un patrón que comparten los sujetos que participan en cualquier relación social regulada. Las reglas pueden variar y pueden ser más o menos compartidas por aquellos a quienes afectan. Cuando se prescinde totalmente de ellas para orientar la conducta en una situación concreta, estaríamos en una situación de anormatividad o anomia.

.- Anomia: Hace referencia a la crisis de los marcos normativos de la acción. [Giner, S. y otros 1998: 26], puede denotar: a) vacío absoluto de normas o reglas de acción; b) colisión o incongruencia normativa de la que resultan incertidumbre y desorientación prácticas y/o conducta desviada; c) falta de asunción, asimilación o reconocimiento de normas legítimas. Durkheim introdujo el concepto en 1893 en "De la división del trabajo social" y lo retomó en "El suicidio" en 1897, aunque entre ambas obras varía parcialmente su significado. En el primer caso, la situación de desregulación moral socialmente producida, resulta de desequilibrios coyunturales o transicionales [paso de la solidaridad mecánica a la orgánica]. En el segundo, es el efecto de la neutralización moral de esferas relevantes de la acción. En ambos casos el vacío normativo se traduce en el aumento de conductas individuales patológicas, movidas por pulsiones emocionales, no refrenadas o encauzadas socialmente.

Merton, R.K. [1980] reorientó la noción durkheimiana y la situó más en el contexto de las contradicciones normativas que en el del vacío regulativo. Concibe la anomia como el resultado de una situación en la que existe contradicción entre las metas culturales legítimas y los medios institucionales para alcanzarlas.

.- El control social. Si como considera el profesor Giner, toda la vida social está permeada de normatividad, obedece a leyes, entendidas éstas no en el sentido jurídico, ni en el de ley inmutable o absoluta, sino en el de uniformidad observable o en el de regularidades, “la conducta humana es básicamente normativa, y también lo es muy a menudo aquella que se desvía de las normas” [Giner,S. 1991:49]. Cabría preguntarnos ¿cómo conseguimos que los individuos acaten las normas establecidas por el grupo?, sería a través del control social que induciría a que las acciones de los individuos se adecuaran a la norma establecida por su grupo social. Entonces, control social, es el conjunto de mecanismos reguladores del orden social, mediante los cuales la sociedad, por una parte, presiona al individuo para adherirse a las normas, y por otra, reprime la manifestación de los comportamientos desviados.

El mecanismo más importante de control social es la interiorización de las normas y valores de la sociedad a la que se pertenece. A través del proceso de socialización, la sociedad va preparando al individuo para que ajuste su conducta a las normas de forma espontánea y en la mayoría de las ocasiones de forma inconsciente. Son por tanto los mecanismos de control interno lo que induce a las personas a comportarse de determinadas maneras, por encima de los intereses de cada uno. La sociedad elabora también controles formales, que son instituciones, leyes, reglamentos....legitimados como agentes de control para imponer sanciones ante la desviación de las normas.

Pero el consenso completo es imposible, los individuos y los grupos que pierden sus ligámenes consensuales con el sistema prevalente, pasan a la acción disconforme, se desvían de las normas abiertamente reconocidas como válidas por la comunidad. Estamos entonces ante la desviación o conducta desviada.

### **2.1.2 Contribuciones del Funcionalismo**

La teoría funcionalista, que trata de explicar el comportamiento desviado desde un punto de vista social tiene sus máximos exponentes en R.K. Merton [1980] y T. Parsons [1976]. La conducta desviada surge, según la tesis mertoniana, cuando no hay una ordenación perfecta entre las metas definidas socialmente y los medios que la organización social coloca a disposición de los ciudadanos para conseguirlas. Para explicar los diferentes modos de adaptación Merton [1980:150-159] elabora, la ya clásica tipología de modos de adaptación individual que exponemos a continuación:

- **Conformidad:** es el concepto teóricamente opuesto a la desviación. Supone la aceptación tanto de las metas culturales como de los medios institucionalizados para alcanzarlas. En una sociedad estable y bien integrada, la conformidad es la pauta más común y ampliamente difundida.
- **Innovación:** tiene lugar cuando el individuo asimila la importancia cultural de la meta sin interiorizar igualmente las normas institucionales que gobiernan los modos y medios para alcanzarlos. En una cultura que, como la norteamericana, concede una gran importancia al éxito económico, pero cierra el paso a la mayoría de la gente en virtud de su estructura de clases, el recurso a conductas delictivas suele ser una solución frecuente.
- **El ritualismo:** consiste en el abandono total de las metas culturales, mientras se permanece fiel a la observación de las normas. Puede parecer paradójico que hablemos del ritualismo como una forma de desviación social, cuando lo propio de esta actitud es la observación, a veces compulsiva, de todas las normas y pautas de comportamiento social. Sin embargo, y aunque públicamente pueda no ser reconocido como tal, el ritualismo se aleja del sistema social en cuanto que renuncia al logro de las metas que constituyen los ideales básicos de dicha sociedad.
- **El retraimiento:** se produce cuando el individuo rechaza tanto las metas culturales como los medios institucionalizados. En realidad este tipo de individuos se sitúan al margen de la sociedad. Estrictamente hablando están en la sociedad pero no pertenecen a ella. Son aquellos a los que suele llamárseles marginados sociales.
- **La rebelión:** se refiere a la actitud según la cual, no solamente se rechazan las metas e ideales imperantes y las normas de conducta institucionalizadas, sino que además se persigue una forma nueva de organización social, la implantación de un nuevo sistema de valores y de una estructura social diferente. La actitud de rechazo nace de una crítica radical al sistema imperante en el que el rebelde ve el origen de todos los “males” y frente al cual propone un nuevo modelo en el que, por contraposición, resume todo lo que considera deseable.

El esquema de Merton, que acabamos de desarrollar, ha recibido no pocas críticas, generalmente relacionadas con el enfoque funcionalista que le sustenta. En el fondo, el punto de vista de Merton sacraliza el orden social imperante y se muestra escasamente crítico en relación con él. El modelo mertoniano, fiel reflejo de la realidad de la sociedad norteamericana donde fines y medios se toman como independientes, consolida un sistema

cultural en el que se impone y obliga la lucha individual para lograr la consecución de metas, que ni siquiera, el sujeto puede fijar.

Para T. Parsons [1976], los conceptos de conformidad y desviación están cargados de un cierto relativismo, pues deberán ser analizados teniendo en cuenta el sistema o subsistema social.

La desviación y los mecanismos de control social pueden definirse de dos maneras: según se tome como punto de referencia al actor individual o al proceso interactivo. En el primer contexto, la desviación es una tendencia motivada por un actor para comportarse en contra de una o más pautas normativas institucionalizadas, a la par que los mecanismos de control social son los procesos motivados por la conducta de este actor y otros, con quienes él se halla en interacción, mediante los cuales estas tendencias a la desviación, terminan a su vez por quedar contrarrestadas.

En el segundo, el del sistema interactivo, la desviación es la tendencia de uno o más de los actores a comportarse de tal modo, que se perturbe el equilibrio del proceso interactivo. Por tanto, esta tendencia define a la desviación de tal modo, que da como resultado o bien, un cambio en el estado del sistema interactivo, o un nuevo equilibrio por virtud de fuerzas que lo contrarresten, siendo estas últimas, los mecanismos de control social. La concepción más importante de la desviación en los análisis de los sistemas sociales, es esta última.

### **2.1.3 Contribuciones de la Escuela de Chicago**

#### **Subcultura y conducta desviada**

Hacemos, a continuación, referencia a la aportación realizada por un grupo de teóricos que puede encuadrarse dentro de la Escuela de Chicago: Cloward y Ohlin [1968], Cohen, A. [1966], Sutherland, E. y Cressey, D. [1966], que colocaron el acento en la interpretación de la desviación como producto de la patología social. La desorganización social ocasionaba el comportamiento desviado, ya que los patrones normativos necesarios para el comportamiento normal no llegaban a todos los niveles del cuerpo social. Este fenómeno circunscrito a la disparidad existente entre cultura y estructura, da lugar a que el concepto de subcultura se extienda a conductas y actitudes no delictivas, y generalmente, típicas de sectores de población con características o problemas específicos.

La teoría de la subcultura retoma el concepto mertoniano de anomia y se construye sobre varios elementos conceptuales. Se asume la realidad de una cultura dominante con un sistema de valores compartido por todos los miembros de la sociedad. La existencia de la subcultura se define por la asunción de otros valores distintos y/o enfrentados.

Para participar de estas reglas no se requiere una interacción social directa. De igual modo se puede pertenecer a distintas subculturas, siempre que no se incumpla alguna norma.

Concretamente, Cohen sitúa el origen de la subcultura delincuente en el conflicto generado entre los valores de la clase media y los de la obrera. Las características atribuidas a esta subcultura son, entre otras: su independencia de criterios utilitaristas, su carácter malicioso y negativo y su orientación hacia el hedonismo inmediato.

El fenómeno subcultural se manifiesta en sectores de clase baja y obrera a causa de la discordante situación en que se encuentran sus jóvenes. En ellos se plasma una fuerte dicotomía que no es más que la participación en dos sistemas de valores antagónicos.

Mientras la clase media propugna una ética utilitarista que potencie el respeto a la propiedad y a la movilidad social, la clase obrera mantiene una ética de reciprocidad, enfatiza el sentido de colectividad y el "placer postergado".

En la medida en que el muchacho de la clase obrera estime los valores de la clase media, interiorizando las normas de éxito, pero asimilando, además, valores propios de su comunidad, se verá abocado a una situación frustrante desde la que percibirá su posición de desventaja.

El medio utilizado para reducir esta situación anómica es la creación de una subcultura de valores propios, que permiten, en su seno, la obtención del éxito.

Es preciso relacionar el origen de la subcultura desviada, y su forma, con el sistema de normas, legítimo o no, ya que el tipo de ambiente social orienta la elección del comportamiento desviado.

Para Cloward y Ohlin, existen diferencias entre la subcultura que surge en un "slum" organizado y la que aflora en uno desorganizado. En el primer caso la subcultura es criminal. En el segundo la subcultura conflictiva surge como fruto de la inestabilidad y de falta de integración entre valores convencionales y criminales.

Los tipos de banda que estos autores definen son: criminal, consagrada al robo y la extorsión; conflictiva, en donde predomina la violencia; y abstencionista, referida a la

conducta del individuo que se aísla de la sociedad, generalmente porque no puede resistir las tensiones anímicas, o las contradicciones del sistema social y busca vías de escape [retirada, abstención] de aislamiento, fundamentalmente mediante las drogas.

En los tres casos citados, las normas que guían el comportamiento están en conflicto con las que orientan el de la sociedad global.

Toda esta construcción explicativa sobre la desviación arranca, sin duda, de dos grandes influencias: la procedente de la teoría mertoniana y la producida por la realidad económica y social de los años 50 en Estados Unidos.

### **Desorganización social**

Varios años antes de que Merton publicara "Social structure and anomie", un grupo de sociólogos de la Universidad de Chicago, o vinculados a ella, habían comenzado a elaborar una crítica específicamente sociológica de las condiciones sociales prevalentes y habían asumido el papel de asesorar a quienes formulaban políticas y el de mentalizar a la opinión pública. En realidad, antes de ser nombrado profesor del Departamento de Sociología en 1914, Robert Ezra Park, había trabajado unos veinticinco años como periodista, empleando los métodos de reportero para obtener información documentada sobre las condiciones sociales de la ciudad, con el propósito de organizar campañas periodísticas sobre problemas de vivienda y urbanos. Durante los veinte años siguientes, colegas y alumnos de Park efectuaron un gran número de investigaciones sobre lo que dieron en llamar la "ecología social" de la ciudad. La Escuela de Sociología de Chicago, motivada por el interés reformador e investigador del periodista, fue el ejemplo por antonomasia de la investigación social empírica y detallada.

Se suele sostener que Park y Burgess en particular, y la Escuela de Chicago en general, estaban influidos, fundamentalmente en su interés por la forma en que la ecología del mundo material plasma y estructura la interacción, por la corriente interaccionista de W.I. Thomas, Simmel y Cooley.

Partiendo de una concepción orgánica de la vida social, entienden que su misión es descubrir los mecanismos mediante los cuales se alcanza y mantiene el equilibrio biótico. La comunidad social es entendida como un superorganismo en el que las distintas partes coexisten en su hábitat en un estado de simbiosis. La conducta desviada surge cuando se altera el equilibrio de los diferentes organismos que compone la comunidad, produciéndose tal alteración, fundamentalmente, por la competencia de los hombres que viven en un mismo hábitat.

Para los ecólogos sociales, los vínculos que unen a los grupos primarios y a las pequeñas comunidades se desvanecen principalmente por el traslado de estas comunidades a un nuevo hábitat: la ciudad. Esta se convierte en centro de estudio por ser reflejo de un proceso de desorganización social. Las ciudades están recibiendo constantemente la influencia y la presión de distintas tendencias culturales, producto de la inmigración, por lo que se crean zonas urbanas diferenciadas y conflictivas. Los distintos grupos sociales y étnicos se ven obligados a vivir juntos, pero regido por unos mecanismos que escapan a su control. Como causas de aumento de la desviación, Park y Burgess [1925], apuntan: el ambiente urbano en el que viven los inmigrantes, el debilitamiento de los vínculos, la disminución de los frenos de las inhibiciones y la pérdida de arraigo.

La esencia de su teoría está constituida por el mismo proceso de transmisión cultural: el comportamiento desviado es aprendido a través de las relaciones ambientales e interpersonales, y estas relaciones con su duración y su intensidad son las que determinan la conducta desviada.

Autores como Thomas y Znaniecki [1918]; Park y Burgess [1925], parten en sus investigaciones de la división de la ciudad en "áreas naturales", dentro de las cuales la población vive en un equilibrio simbiótico. Cuando este equilibrio se rompe, es cuando se produce la desorganización social que se concreta en una pérdida de la influencia del control social sobre los miembros del grupo. Para Park, la tarea del sociólogo se centra en el descubrimiento de los mecanismos y procesos, mediante los cuales se puede alcanzar y mantener el equilibrio biótico en la vida social. Como dice el autor, se supone que la gente que vive en zonas naturales del mismo tipo y que está sometida a las mismas condiciones, tendrá las mismas características.

Para entender la formulación de estos autores hay que tener presente la situación de la ciudad de Chicago en ese período. La ciudad se encontraba en un momento de crecimiento importante y debía de hacer frente a los graves problemas causados por la rápida expansión económica que le había conducido a ser centro de inmigrantes, tanto desde el exterior, como de gentes que provenían del sur, lo que provocó un aumento de la población urbana. Una gran parte de esta población formaba parte del proletariado inmigrante que vive dentro de las grandes ciudades en condiciones de desocupación, baja ocupación o ilegalidad.

Una solución sencilla habría sido explicar los diversos comportamientos desviados como consecuencia de la arbitrariedad de las patologías individuales. Sin embargo, tanto su tendencia naturalista, como su orientación hacia la reforma social, les impedía a los pensadores citados, caer en ese reduccionismo. Resolvieron el dilema sosteniendo que la



diversidad era un producto de la patología social: la “desorganización social” que ocasionaba un comportamiento desviado en el sentido de que los patrones normativos necesarios para el comportamiento “normal”, no llegaban a todos los niveles del cuerpo social.

Descubrieron que ciertas zonas de la ciudad, caracterizadas por su pobreza y alta movilidad social, eran también las que presentaban los más altos índices de delincuencia, y algo decisivo para su teoría, que en los diferentes grupos étnicos y sociales de una determinada área natural, las tasas de delincuencia se mantenían constantes. Maduraron la idea de que había una correspondencia entre los comportamientos, los valores, y un ambiente determinado, de ahí que buscaran las causas de la delincuencia en el ambiente.

En la base de la formulación del concepto de desorganización social está sin embargo la idea de que la única forma de organización social sea aquella que es la convencional; los miembros de la Escuela de Chicago, que a través de sus investigaciones habían comenzado a considerar la conducta desviada más en términos de diversidad que de patología, sustituyeron sucesivamente el concepto de desorganización social por el de organización social diferencial, poniendo como tema de discusión el principio de una sociedad fundada sobre el consenso y sobre un sistema único de valores.

### **Asociación diferencial**

Siguiendo las directrices de la Escuela de Chicago Sutherland, E. [1966], formula el concepto de transmisión cultural del comportamiento desviado en su teoría de la asociación diferencial. El comportamiento desviado es siempre aprendido. Con esta afirmación se produce una gran contribución a la negación de los componentes biológicos o hereditarios como causales de la conducta desviada. La asimilación de esta conducta se realiza mediante la interacción con otros individuos, o grupos con los que se mantienen estrechas relaciones interpersonales.

Desde la teoría de la asociación diferencial, la sociedad se forma por una diversidad de grupos que poseen normas y valores propios. Estos sistemas de valores se pueden manifestar como antagónicos, y por tanto, entrar en conflicto. Surgen así grupos culturales cuyas normas se contraponen al sistema y que se forman en la “zona de transición” de las ciudades. [Coy y Martínez, 1988 :50-55].

La integración en los distintos grupos sociales se realiza por un proceso de asociación diferencial que varía en función de ciertos parámetros como la frecuencia, la duración, la prioridad y la intensidad de la misma.

La asociación diferencial, es la primera construcción teórica que concibe el delito como un comportamiento normal a la sociedad y más aún, ésta es su causa. El delito surge por una falta de organización social adecuada. Sutherland y Cressey prefieren utilizar el término asociación social diferenciada antes que el de desorganización social. Mientras que éste alude a la existencia de normas que favorecen la existencia de la delincuencia y desviación, el término asociación diferencial pretende aclarar los mecanismos a través de los que se trasmite ese tipo de comportamiento. Así la primera se ocupa de la variación de la desviación en distintos grupos debido a que los patrones normales no llegan a todos ellos y a que existen valores que apoyan la conducta desviada; la segunda alude al grado de probabilidad que tiene una persona de manifestar un comportamiento desviado. Para estos autores, el comportamiento desviado y el comportamiento conforme son expresión de los mismos valores y de las mismas necesidades.

Los conflictos se ubican en un contexto normativo y manifiestan el predominio de un sistema de valores sobre otro. El sujeto aprende un determinado código asociándose a un grupo concreto que puede marcar su conducta delictiva. El desviado no expresa unos patrones biológicos o psicológicos degenerativos, tampoco es un sujeto mal socializado, simplemente se convierte en tal, por un proceso de aprendizaje.

Entre los aciertos de esta teoría debemos señalar que sentó las bases para una nueva formulación ajena al positivismo y al biologicismo. Entre las limitaciones, coincidimos con Pavarini [1983] y Cohen [1955] es destacar, que el término desorganización social alude más a un juicio de valor negativo sobre una forma distinta de organización, que a la expresión de un mero conflicto cultural. A pesar de admitir la existencia de un pluralidad de grupos en la sociedad, que pueden entrar en conflicto, se termina por identificar como valores positivos los de la clase dominante. En cualquier caso, es como si se propusiera la existencia de una organización cultural perfecta en contraposición a la cual, y en negativo, se formula el concepto de desorganización. El individuo que aprende un comportamiento desviado o conforme, es un sujeto pasivo, prisionero del ambiente y de las circunstancias que le moldean, privándole de la voluntad y de la capacidad de elegir su propio modelo de vida.

#### **2.1.4 El Interaccionismo Simbólico**

En el ambiente cultural americano de los años sesenta, surgen algunas tendencias sociológicas que se contraponen al paradigma dominante de las ciencias sociales

“tradicionales”, y que se colocan en general como alternativa epistemológica a ciertas aportaciones fundamentales del pensamiento social americano. Estas tendencias, con orígenes e intenciones diferentes, se caracterizan por su común “antipositivismo”.

La aportación de la sociología en estos años al estudio y análisis de la desviación fue importante y sufrió un gran cambio. En general, para los pensadores que podríamos encuadrar dentro de la corriente del interaccionismo, el comportamiento desviado no puede ser definido como aquella conducta contraria a las normas, sino como la conducta que es percibida “por los otros” como contraria a las normas. La aportación interaccionista tiene su origen en el pensamiento de G.H. Mead [1934], siendo su tesis fundamental que la personalidad humana [el yo] se forma a través de las relaciones sociales. En efecto, cada identidad subjetiva y objetivamente reconocida se forma en un particular contexto cultural y social con el que entra en relación y en cuyo ámbito se desarrolla orgánica y psicológicamente.

En todo el discurso interaccionista es fundamental la definición de “identidad”. Identidad que es entendida como fenómeno que nace de la dialéctica entre individuo y sociedad.

Los autores que siguen la tradición de Mead, destacan que el yo es un producto social y que la forma en que actuamos y nos vemos como individuos, es en parte consecuencia de la forma en que otras personas actúan, con respecto a nosotros. Bien puede suceder, asimismo, que alguien considerado diferente sea tratado de manera diferente. En este sentido, Kitsuse, J. apunta, “propongo situar el centro de la teoría y de la investigación del comportamiento desviado, en los procesos por medio de los que la gente es definida como desviada por los otros. Una afirmación de este tipo exige que el sociólogo considere problemático aquello que generalmente presupone dado; sobre todo que ciertas formas de comportamiento sean consideradas “de por sí desviadas”. [Kitsuse, J. 1962, 247-256].

Los estudiosos de la nueva Escuela de Chicago, cuya fundación se adjudica a H. Blumer, realizan la ruptura con el método positivista, son conocidos con la denominación de “Labelling Theorists” y con la de teóricos de la Reacción Social. Su aportación está dentro de la corriente interaccionista, en el sentido de que estudian la desviación como un proceso de interacción entre los grupos, que desemboca con la atribución de un carácter negativo a un individuo, o a un acto.

En los apartados siguientes analizaremos las aportaciones de pensadores encuadrados en la perspectiva del etiquetamiento [Lemert, E; Becker, H.], y también nos

referiremos a las propuestas teóricas de Goffman, E., que influenciados por la fenomenología y la etnometodología, se orientan fundamentalmente en dos imperativos metodológicos: uno, es el ofrecer una representación correcta de los fenómenos estudiados [imperativo descriptivo]; y el otro mostrar cómo los fenómenos se constituyen o se conforman [imperativo constitutivo]. Estos autores tienen en común su referencia a las importaciones de la psicología social de G.H. Mead. Todos ellos reconocen que es determinante, y está en la base de sus planteamientos, la consideración de “por quién” y “por qué” un determinado comportamiento puede ser definido y etiquetado como desviado.

Ambas corrientes sociológicas centran su atención en el individuo, elaborando una visión de la organización social que puede ser definida como de tipo subjetivo o socio – psicológico. Partiendo de sus presupuestos se consigue realizar un análisis más completo de cómo la estructura social crea y modela a los individuos. Por otra parte, también hay que destacar que ambas perspectivas utilizan métodos muy similares, en la medida en que confieren especial importancia a la perspectiva de la persona que actúa.

### **El etiquetado social**

Desde el paradigma del interaccionismo simbólico destacaremos las aportaciones de Lemert, E. Becker, H; y Kitsuse, J, como pensadores que buscan al problema de la desviación respuestas diferentes a las del positivismo y funcionalismo.

La hipótesis o punto de partida de la teoría de Lemert, E. [1951], lo constituye la proposición de que, existe una radical diferencia entre un sujeto que comete simplemente una infracción de una regla, y un sujeto que haya sido reconocido y definido como desviado por la sociedad. Tal diferencia hace referencia tanto al modo en que los otros se relacionan con él, como a la manera en que él se percibe a sí mismo.

La desviación se configura, en su obra, como aquel conjunto de conductas que en un momento dado son desaprobadas, con lo que resulta evidente que los procesos de control social pueden provocar el comportamiento desviado, en la medida en que éstos suponen la violación de las normas del grupo.

Para alcanzar el conocimiento completo de lo que es la desviación, Lemert considera necesario aclarar previamente dos interrogantes: cómo se origina y cómo se produce el proceso de atribución simbólica de actos desviados a un sujeto, analizando también las consecuencias que ello comporta. Estos serán los momentos claves de su teoría.

El esquema dinámico que propone para explicar cómo se llega a ser un sujeto desviado es el siguiente:

- 1.- desviación primaria, que puede ser casual;
- 2.- puniciones sociales;
- 3.- nueva desviación primaria;
- 4.- rechazo de puniciones más fuertes;
- 5.- ulteriores desviaciones, quizá con hostilidades y resentimientos que se comienzan a dirigir hacia aquellos que pusieron en práctica las puniciones;
- 6.- crisis alcanzada por el límite de tolerancia, expresada mediante acciones formales de la sociedad estigmatizando al desviado;
- 7.- fortalecimiento de la conducta desviada como una reacción a la estigmatización y a las puniciones;
- 8.- aceptación final del estado social desviado y de los esfuerzos de adaptación sobre la base de la asociación de roles. [Lemert, E. 1951: 77].

La verdadera desviación [verdadera en cuanto que el individuo asume ante sí mismo y ante los demás un carácter desviado] será sólo la secundaria.

En efecto, “las causas originales de la desviación retroceden, dando paso a la importancia que tienen las reacciones de desdén, reprobación y rotulación de la sociedad” [Lemert, E. 1951: 167].

Queremos, en este punto, destacar la importancia que para el objeto de la investigación tiene este autor y sus planteamientos, ya que al trasladar el acento de la desviación primaria a la secundaria, que como hemos visto, está determinada en gran parte por la reacción social, descubre el problema de la funcionalidad de la desviación para el grupo. La importancia concedida a la estigmatización pública, en cuanto que incide profundamente sobre la definición y redefinición del sí del estigmatizado, “mete in luce” el actuar de los mecanismos propios de las instituciones totales, en cuanto que son productoras de personas desviadas. Las instituciones tienden a su conservación reproduciendo a su vez las causas de su propia existencia; en este sentido, a través de la intervención en la formación del sí, los manicomios y las prisiones producen “los locos” y “los delincuentes”.

A partir de la obra de H.S. Becker [1966], puede hablarse ya de “labelling”. La desviación es el resultado de los procesos mediante los que se crean las reglas que definen a un comportamiento como desviado; por lo tanto, el problema a considerar y a estudiar es el relativo al modo en cómo se elaboran las reglas, en interés de quién y a la

forma en que son aplicadas, ya que ningún comportamiento contiene en sí mismo la calidad de desviado.

La calificación de un comportamiento como desviado no tiene un carácter histórico o absoluto, más bien todo lo contrario, al ser los grupos sociales los que crean las reglas que definen qué comportamientos pueden ser considerados desviados y cuáles no, tendremos que hacer referencia a los contextos normativos y a las sociedades concretas que han creado las normas para llegar a analizar los comportamientos desviados. Por lo tanto, el proceso por el que un individuo es calificado como desviado es un proceso político, en la medida en que el comportamiento discriminado es aquel que viola las reglas dominantes impuestas según criterio de poder.

La contribución de Becker resulta interesante e importante, sobre todo en el análisis de cómo se configura una “carrera desviada” y de cómo un individuo puede llegar a formar parte de una subcultura desviada.

Los mecanismos que conducen a una persona a emprender una carrera desviada son encontrados, como sucede en Lemert, en la interacción existente entre un comportamiento que viola las normas y las reacciones sociales al mismo. El primer paso, la violación de la norma, procede de motivaciones normales y por todos experimentadas. La explicación que da Becker de que no se cometan más actos desviados por las personas, es que los individuos creen que salvaguardan mejor sus intereses actuando conforme a las reglas que infringiéndolas. El ser descubierto y calificado como desviado tiene efectos importantes para la participación social posterior, y para la imagen que de sí mismo tiene la persona afectada. La consecuencia más importante es un cambio drástico en la identidad pública del individuo, que al ser etiquetado de desviado, cada acto que realice en el futuro será revisado según este status impuesto.

Si los nombres de Lemert y Becker deben enlazarse a la tradición más clásica de las teorías del etiquetado, sus investigaciones no son las únicas que pueden señalarse como las que han iniciado la consideración de los procesos de definición del comportamiento desviado y las reacciones sociales.

En tal sentido debe aludirse a John J. Kitsuse que en un artículo publicado en 1962, extrema las posiciones de Lemert, cuando define el comportamiento desviado a partir de las reacciones sociales del mismo.

En efecto, dejando absolutamente de lado la desviación “primaria”, se interesa por una desviación cuyos orígenes están más allá de su misma definición. Dice Kitsuse, “la teoría y la investigación sociológica del área tradicionalmente conocida como “patología

social”, se ha ocupado sobre todo de la clasificación y del análisis de las formas desviadas del comportamiento, concediendo relativamente poca atención a las reacciones sociales sobre la desviación... Yo propongo trasladar el centro de la teoría y de la investigación [desde las manifestaciones del comportamiento desviado], a los procesos por medio de los cuales, la gente llega a ser definida como desviada por sus congéneres. Un cambio de este tipo exige que el sociólogo considere problemático lo que generalmente presupone como dado; o sea, que ciertas formas de comportamiento sean “por sí mismas desviadas y definidas de tal manera”, por los miembros conformistas de un grupo”. [Kitsuse, J. 1962: 247-248].

La teoría del comportamiento desviado debe ser así reformulada del todo, teniendo en cuenta qué comportamientos serán definidos como desviados por un grupo y de cómo estas definiciones van ligadas a ciertas reacciones sociales que conducen a la discriminación de algunas personas. Al formular el problema de este modo, el punto de vista de aquellos que interpretan y definen el comportamiento como desviado debe ser incorporado explícitamente en una definición sociológica de la desviación. Por lo tanto, ésta puede ser concebida como un proceso mediante el cual los miembros de un grupo, comunidad o sociedad:

1. interpretan el comportamiento como desviado
2. definen a las personas que se comportan de este modo como un cierto tipo de desviados
3. resuelven cuál es el tratamiento apropiado para tales desviaciones.

Kitsuse no considera la existencia de ciertas características que precederían al comportamiento, ni tampoco analiza el proceso por medio del cual los individuos discriminados asumen ciertos roles. La desviación, para Kitsuse, no es un comportamiento de rol, como para los funcionalistas e incluso para Lemert, sino, fundamentalmente, una atribución de “status”.

Se atribuye a Kitsuse, la concepción de ver [en una sociedad], al comportamiento efectivamente desviado como resultado de “circunstancias de situación, lugar, biografía personal y social y de las actividades burocráticamente organizadas de las instancias de control social” [1968: 28].

En resumen, podemos señalar que para el enfoque interaccionista lo importante es la relación dinámica o el proceso de elaboración de lo “normal” y de lo “desviado”. No hay individuos o actos desviados “en sí” [absolutamente], sino procesos definidores o etiquetadores asimétricos. Lógicamente, en la explicación de tales procesos sería preciso referir éstos a otros más básicos, y en definitiva, al orden social y sus mecanismos ocultos y

últimos. Procesos que como observa S. Cohen [1971] tienen lugar en un contexto y ninguna reacción societaria, ningún proceso de desviación puede estudiarse sin tener en cuenta los sistemas económicos, de clases, instituciones, etc.

### **El enfoque dramático**

Una vez analizados los planteamientos teóricos que podemos considerar clásicos dentro de la perspectiva del etiquetamiento, vamos a hacer mención a un autor y a un enfoque que tiene especial relevancia en el estudio de la desviación. Durante los años sesenta surge en el ámbito sociológico norteamericano una propuesta teórica que encuentra similitudes con la escuela de Chicago [sobre todo en lo referente a la presunción de que los roles determinan el comportamiento de los interactuantes], y con la etnometodología, cuando sostiene que el reconocimiento de las normas que regulan la conducta social tiende a pasar desapercibido a causa de que éstas son tácitamente propuestas. El representante de esta corriente es Erving Goffman.[1970,1971,1979].

Una de las primeras afirmaciones propuestas por Goffman sobre la desviación social no es otra que la de su negación. La desviación social en realidad no existe y la reclusión en cualquier tipo de institución total es casual. Las diferentes formas de desviación, de la delincuencia a la enfermedad mental y a la droga, están comprendidas entre los estigmas morales y suscitan en la sociedad juicio y prejuicios negativos que confirman al desviado en su rol.

Partiendo de una visión dramática de la vida social en un determinado marco físico, Goffman entiende que los actores realizan un manejo consciente de la interacción, su interés radica en presentarse a los demás de la mejor manera posible. Desde esta exposición, donde la conducta de los sujetos constituye la realidad inmediata, ajena a jerarquías de valores, todo funciona en relación al objetivo inmediato: la representación, constituyéndose en su margen el bien y el mal. Por tanto, lo que interesa es estudiar cómo el individuo se representa a sí mismo y a los otros y la forma en que maneja y controla la concepción que los otros tienen de él.

Las interacciones producidas en este ambiente pueden dar lugar a un proceso de desestructuración del "self".

El análisis de la desestructuración del "sí mismo" que se realiza en el interior de las instituciones totales, es expuesto en su obra "Internados". Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales [1973]. Para Goffman el internamiento en una institución total es casual; la diversidad no es un antecedente de la exclusión [o lo es solamente en términos de



relación entre desviación primaria y desviación secundaria], y la exclusión misma comienza con el internamiento. Puesto que para el autor, el fin de cada individuo es conseguir una aceptable presentación de sí, que se obtiene mediante una consciente manipulación del “sí mismo” en la interacción con los otros, el proceso de desestructuración del “sí mismo” es el resultado de una compleja interacción entre las reacciones de los otros, [en este caso el staff], sus definiciones y la intervención consciente sobre la propia imagen. Ante esta situación el sujeto se adapta o recurre a la astucia para no perder su identidad.

La teoría de Goffman es una teoría de las adaptaciones secundarias que el individuo elabora como respuesta a las exigencias de la institución. El énfasis lo coloca sobre los modelos de adaptación; si el individuo está derrotado, desaparecerá o se identificará con la organización; su “si mismo” será manipulado y perderá toda característica individual. La desestructuración del “si mismo” se produce a través de la manipulación del mí generalizado, el que a su vez influirá sobre el yo, es decir sobre la conciencia de sí. Pero no existe salvación o vía de salida en este proceso, si no hay “otra realidad” que alcanzar. La supervivencia va unida a la astucia individual, a la elaboración de técnicas de manipulación y de rechazo, mediante las cuales se consiga no perder la propia identidad. Ninguna respuesta colectiva es posible allí donde no se vislumbra ninguna fuente de alternativas culturales.

El análisis de Goffman ha sido criticado por ser tan microscópico que necesariamente se muestra insuficiente. En otras palabras, el enfoque dramático desconoce el macrocosmos en el cual viven sus intereses de micronivel. Lo que de él resulta es una imagen parcial de la condición humana. El hombre creado por Goffman no puede rebelarse si individual ni colectivamente. Sólo puede sobrevivir gracias a la astucia.

El individuo, el actor, ajeno a estructuras sociales y económicas, a relaciones de poder, se encuentra solo, y desconociendo la razón de por qué su conducta es criminalizada. Este mundo social, acorde con las estructuras de promoción y consumo, sólo permite al individuo vender una imagen de sí mismo que se adapte al sistema.

El actor, sólo a medias reflexivo, puede elegir la imagen que va a “vender”, pero en realidad, no puede cuestionarla. No hay posible vía de escape ni opciones plausibles para otros actos. La desviación no existe, o en todo caso es un error de venta.

La aportación de Goffman al estudio de las instituciones totales y al desarrollo de la vida cotidiana en las mismas, reviste especial interés para la investigación. El análisis de la vida en las instituciones ha contribuido a profundizar en la importancia que el internamiento tiene no sólo en cuanto a la privación de la libertad personal que supone, sino también en

las profundas transformaciones que sufre la persona a través de los mecanismos de desestructuración y reestructuración del sí mismo, que provocan en la persona situaciones de patología relacional y social.

A partir de la contribución de Goffman, se comenzó a poner en cuestión las instituciones totales, y en gran medida, debido a la influencia de su trabajo se inició, en el campo del alcoholismo como marginación social, todo un período de cuestionamiento de las respuestas institucionales y una búsqueda de nuevas alternativas a la problemática del internamiento psiquiátrico de los alcohólicos.

### **2.1.5 La Fenomenología**

En este apartado estudiaremos las aportaciones que la corriente fenomenológica [Schutz, A. 1967] y sus ramificaciones, como la etnometodología [Garfinkel, H. 1968, Circourel, A. 1968] y la perspectiva naturalista [Matza, D. 1969] realizan al análisis de la desviación social:

Para los etnometodólogos [variedad norteamericana de la fenomenología, nombre dado por H. Garfinkel, discípulo de A. Schutz], la realidad es construida interindividualmente, basada en reglas fundamentales que se deducen a partir de la conducta normal, rechazando que sea debida a las causas y consecuencias de los actos.

Para estos autores "la realidad", escribe Pitch [1980: 137], emerge de la continua definición y redefinición de los elementos significativos de las situaciones, y esta definición nace de un proceso interpretativo en el que están implicados los actores presentes en una situación; la realidad es el resultado de las continuas negociaciones entre los actores mismos.

Como parte de esta realidad, la desviación es un proceso de rotulación originado en la negociación de los actores implicados. Ello exige una interpretación particular para cada acto en función de las distintas situaciones y de acuerdo con su significado.

El acto desviado, por lo tanto, no se define ni por sus causas ni por sus consecuencias, sino por las reglas típicas del sentido común: "para ser desviado un acto debe de suceder en una situación en la que se puedan dar alternativas posibles al acto mismo [el acto no debe de ser inevitable], -la regla de la convencionalidad- y al mismo tiempo, debe de ser cometido por alguien que conoce las alternativas de conducta -regla de la teoriedad-". [Mc. Hugh, P. 1972: 156].

Desde este punto de vista, buscan también la redefinición de conceptos como norma, rol, status, etc., ya que, o bien carecen de significado, o es tal que puede ser apriorístico.

La realidad es para los etnometodólogos una construcción interindividual que se basa en ciertas reglas fundamentales o interpretativas [basic rules]. Estas no son evidentes, como para los funcionalistas, sino que pueden ser deducidas del comportamiento normal, habitual, del comportamiento cotidiano.

Una de sus contribuciones más importantes, reside en el planteamiento realizado sobre la base de que las categorías usadas por los sociólogos no pueden ser admitidas "a priori", ya que en la interpretación de la realidad se aporta todo un mundo de significados que es imposible soslayar. Por lo tanto, si es la respuesta social la que actúa en la determinación de los individuos desviados y si su conducta es una tipificación puntual de significado cambiante, no será de interés adentrarse en el estudio de la etiología de dicho comportamiento, sino incidir en el proceso de identificación.

Las consecuencias de esta aportación teórica y su metodología para la explicación de la desviación, se pueden deducir de esta cita de A. Cicourel que señala, "Cómo compaginar las categorías legales de la desviación con el comportamiento observado, es un proceso muy difícil para que sea descrito cuidadosamente. Las referencias a la conformidad y a la no-conformidad no están claras porque los científicos sociales no han aclarado de forma explícita lo que ellos entienden por situaciones normativas y no normativas entre comportamiento de rol y de no-rol". [1972: 9].

La obra de este autor del año 1968 es un ejemplo de la contribución de la etnometodología al estudio de la desviación. Trata de determinar las propiedades observables y tácitas del proceso de adopción de decisiones prácticas que, tanto los legos, como los funcionarios que aplican la ley, siguen cuando deciden que algún acto o secuencia es indebido.

Demuestra que la existencia habitual de agencias de control social produce determinadas tasas de desviación. En este sentido, escribe Taylor, "se observa que los índices reales de delincuencia o desviación se originan como resultado de las contingencias cotidianas a que hacen frente la policía, los tribunales, los trabajadores sociales, etc., y que ellos mismos producen. Además, se demuestra así, que estos índices no reflejan ninguna cantidad real de desviación [cualquiera que sea]; en cambio, son índices de la "desviación" tramitada o producida por medio del funcionamiento de la organización social de las agencias de control." [Taylor, I. 1975: 220].

Cicourel, escribe Pitch, al igual que otros etnometodólogos, sostiene que la sensibilidad de sus estudios ante los resultados prácticos de la vida cotidiana, se obtiene gracias al superior modelo de acción derivado de la distinción antes mencionada, entre reglas interpretativas [básicas] y reglas superficiales [normativas]. [Pitch, T. 1980: 39].

En efecto, las reglas fundamentales, los procesos interpretativos, según los etnometodólogos, no sólo definen la realidad social, sino que son realidad social en el sentido de que ésta no existe fuera de los mismos. La estructura social, el orden, están construyéndose continuamente a través de la interpretación que los actores miembros dan de los acontecimientos en cada situación particular. La sociedad es, por tanto, creación de estos procesos interpretativos; por otra parte, éstos no pueden ser de otra manera, ya que son el resultado de un intercambio de conocimientos individuales sobre los que el comportamiento de cada actor se basa. Así, los procesos interpretativos, las reglas fundamentales, se identifican con los modelos de comportamiento comunicativo y fundamentalmente con el lenguaje mismo.

La realidad social es para los etnometodólogos, creación del lenguaje, y el comportamiento desviado es estudiado desde el punto de vista de cómo llega a ser definido como tal. Tanto se insiste en etnometodología sobre el aspecto analítico de las actitudes cotidianas de los individuos, que, en consecuencia, ha sido criticada metodológicamente por ignorar las relaciones entre las personas y otras unidades sociales.

Las aportaciones de Cicourel son importantes por dos motivos: por haber descubierto que las categorías manejadas por el investigador no pueden darse por descontadas; y en segundo lugar, en cuanto a la consideración de que investigador y actor están inmersos en una misma situación e interactúan entre ellos. El énfasis sobre las reglas ocultas, sobre el estudio de lo obvio, de la vida de cada día, sirve para sacar a la luz modelos de interacción que no emergen directamente de las situaciones. En este sentido, la etnometodología es la aportación que más se acerca a las exigencias de planteamientos progresistas en el análisis de la desviación social.

Desde una perspectiva naturalista, destacaremos las aportaciones de Matza, que podemos situar como perteneciente a la criminología radical americana. Esta perspectiva naturalista es para Matza un compromiso con los fenómenos y con su naturaleza; no es un compromiso con la ciencia o con cualquier otro sistema de pautas.

El método del naturalismo es contrapuesto al positivismo, que considera al hombre como un objeto que puede ser estudiado y analizado como los objetos físicos o los animales. En realidad sostiene Matza, "la actividad" de ciertos niveles del ser, en contacto

con la “realidad” de otros, sugiere que es inadecuado el equiparar al hombre con un objeto. El hombre participa en actividad “significante”. Crea su realidad y la del mundo que le rodea de un modo activo y trabajoso. Naturalmente, no sobrenaturalmente, el hombre trasciende los ámbitos existenciales en los que pueden aplicarse fácilmente los conceptos de causa, fuerza y reactividad. Así pues, concebir al hombre como objeto, intentar investigar la conducta humana sin tener en cuenta el sentido de tal conducta, es algo que no puede ser considerado como naturalista. [Matza, D.1981: 60-61].

El naturalismo, por tanto, para ser ciencia social debe mantenerse fiel al fenómeno estudiado y a su naturaleza, ya que siendo objeto de estudio el sujeto, debe de entrar dentro de sí mismo y ver el mundo con sus ojos y explicar su comportamiento sobre la base del significado que se le dá al mismo. Para hacer esto y para ser verdaderamente objetivos, es necesario sustituir en el estudio del comportamiento desviado, el punto de vista correccional por una “apreciación” del sujeto desviado. Es necesario, asimismo, la sustitución del concepto de patología, por el de diversidad; y por último superar la diferenciación entre desviados y normales, con el fin de poder estudiarlo en toda su complejidad.

Utilizando el método naturalístico, Matza afronta el problema del proceso de la desviación evidenciando tres momentos claves en el mismo que son: la afinidad, la afiliación y la significación. Por afinidad entiende la fuerza de atracción que un comportamiento puede tener sobre un sujeto y sobre el cual influyen, tanto las circunstancias, como la voluntad del mismo sujeto, así como su capacidad para valorar, modificar o trascender las circunstancias. La afiliación describe el proceso en virtud del cual el sujeto se convierte a una conducta nueva para él, pero ya adoptada por otros; la afiliación prepara el contexto y el proceso en virtud de los cuales el neófito puede convertirse o no convertirse. También en este momento tienen importancia las circunstancias y la voluntad subjetiva. El sujeto convertido, o afiliado, a la desviación se encuentra ahora en condiciones de experimentar los efectos de la significación, es decir su etiquetamiento público como desviado por parte de las agencias de control social. [Matza, D. 1981: 132].

La significación de la desviación se convierte en una función especializada y reservada al estado moderno. La sustancia de esta función estatal es la clasificación legítima de actividades y de personas como desviadas, de modo que se conviertan en objetos adecuados de vigilancia y control.

Por temible que sea el aparato del Estado y por activos que sean sus agentes al actuar sobre la desviación, mantendremos aquí el mismo principio general que en el de la discusión de la afiliación: el sujeto media el proceso de desviación.

El sujeto, por lo tanto, tiene siempre un rol activo en el proceso de su desviación. Ante la potente autoridad del estado se encuentra en una posición inferior y casi constreñido a sufrir la significación pública que a su comportamiento se le dá. A través de varias etapas: la proscripción, el arresto y la exclusión, el sujeto acaba percibiéndose como desviado y asume en último término su nuevo rol. El elemento subjetivo está presente en todo el proceso, pero por un conjunto de circunstancias, entre las cuales debemos destacar el cambio de actitudes de los otros, y su exclusión de la sociedad conformista, contribuyen a convencerle de que él es realmente un sujeto desviado.

Junto a los valores dominantes, no oficiales, de la sociedad, Matza sostiene que, si se analizan profundamente, se descubren una serie de "valores subterráneos", como pueden ser la búsqueda de excitación y de nuevos estímulos. La sociedad tiende a establecer períodos institucionalizados en los que se permite que esos valores subterráneos aparezcan en la superficie y predominen en momentos determinados, como por ejemplo, en la celebración de determinadas fiestas. Los desviados no hacen otra cosa que acentuar el peso de los valores clandestinos en momentos y circunstancias no oportunas. Se dá, al mismo tiempo, una aceptación y un rechazo de los valores dominantes, y según el autor, en una relación dialéctica, modificándose continuamente el uno y el otro.

Podemos concluir que Matza ofrece un nuevo modelo de acercamiento al estudio de la desviación, al individualizar los elementos del comportamiento en la relaciones cotidianas. En su análisis se ocupa ante todo del "hombre interior" no "del exterior".

"Metodológicamente , señala Pitch, la aportación de Matza, como sucede con la de los etnometodólogos, se configura como una sociología del sentido común; en ella no se construyen modelos, ni se usan categorías generalizadoras. La asunción del punto de vista del sujeto permite, como se ha dicho, una visión desde el interior de los mecanismos de la sociedad. Las opiniones de Matza sobre los mecanismos mediante los que de la desviación primaria se pasa a la carrera desviada, no tienen otra verificación que su obviedad o el reconocimiento de otros" [1980: 143]

La nueva criminología ha criticado la aportación de Matza al estudio de la desviación, en el sentido de señalar, que si bien es brillante la crítica que realiza de la criminología correccional, sin embargo sus planteamientos quedan reducidos a una criminología que debe ser corregida. Igualmente ha sido criticada su obra por no tener en cuenta el principio de Marx de que el análisis social, implica, la anatomía de la sociedad, principio éste que falta en toda la teoría del proceso de desviación de D. Matza.

### 2.1.6 Aportaciones desde Enfoques Marxistas

La desviación social es entendida por los sociólogos conservadores como algo patológico, y por lo tanto, las personas desviadas deben ser curadas; para los sociólogos liberales y reformistas, la desviación indica la necesidad de resolver algunos problemas sociales [dentro del propio sistema]; por ello, las personas que se desvían, no sólo tienen que ser recuperadas sino que también deben eliminarse las causas que crean la conducta desviada; para algunos sociólogos radicales, la desviación significa diversidad que debe ser respetada y preservada, la sociedad precisa cambiar para llegar a ser una sociedad capaz de soportar la gran variedad de estilos de vida; para otros, los revolucionarios, la desviación significa oposición más o menos consciente al sistema dominante, nace de las contradicciones que existen dentro del sistema, y por esto es perseguida y reprimida en cuanto que resulta peligrosa para la existencia del mismo. Para estos sociólogos, las personas desviadas son el resultado de contradicciones existentes dentro del sistema y en alguna medida "revolucionarios", si no efectivos, sí en potencia. Una praxis política coherente debe proponerse la alianza con los mismos y apoyar sus necesidades y sus luchas.

Al contrario que en la teoría funcionalista, donde el sistema cultural realiza la función de armonización e integración social, la teoría marxista señala que la infraestructura económica genera una superestructura ideológica a través de la que, los poseedores de los medios de producción, y por tanto del poder económico, crean e imponen los valores sociales que justifican y tienden a preservar y reforzar su posición dominante. Las ideas de la clase dominante en cada época, o dicho de otro modo, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. Y lo mismo ocurre con el poder político. El estado es la forma bajo la que los individuos de una clase dominante hacen valer sus intereses comunes. [Marx, K. Y Engels, F. 1970].

Para Marx y Engels el poder político es el instrumento de coacción, mediante el cual las clases dominantes imponen sus intereses específicos a las clases dominadas. Desde esta perspectiva, las clases sociales se configuran, no en una mera serie de estratos sociales, como pretenden los funcionalistas, sino en una relación dialéctica y antagónica.

Con relación a las aportaciones del pensamiento marxista al concepto de desviación, diremos que todo parece indicar que Marx tuvo sólo un interés tangencial en el delito, como aspecto del comportamiento humano. Su obra, "La ideología alemana" [1845] incluye, sin embargo, una sección importante, pero a menudo olvidada, sobre el derecho, el crimen y el castigo. Engels por el contrario, se ocupa del delito con cierto detenimiento en su obra

empírica, titulada “La condición de la clase obrera en Inglaterra en 1884” [Engels, F. 1950]. Para Engels, el delito, al igual que el alcoholismo, se manifestaba ante todo como una forma de “desmoralización”. El colapso de la humanidad y la dignidad del hombre, eran indicios también de decadencia de la sociedad. La desmoralización era consecuencia de la industrialización capitalista, engendrada y rigurosamente determinada por el capitalismo que hace surgir el espectro del desorden y de la violencia.

En contraposición a la perspectiva apocalíptica de Engels, las escasas páginas dedicadas por Marx al delito pueden interpretarse superficialmente como una explicación de su funcionalidad para sustentar las relaciones sociales capitalistas, y en especial, del papel que desempeña en la extensión y el mantenimiento de la división del trabajo, y de las estructuras ocupacionales en las sociedades caracterizadas por un capitalismo temprano.

La concepción que Marx tenía del hombre de conducta desviada [el hombre delincuente], era que el hombre es, a la vez determinado y determinante. Por ello, en algunas partes de su obra trató fundamentalmente [sobre todo en la “Ideología Alemana”], de atacar las teorías voluntaristas que predominaban en la filosofía de su época. En un pasaje de este libro, Marx demuestra cómo la concepción “burguesa vulgar” del delito está inexplicablemente relacionada con la idea de que el derecho se basa en un consenso general de voluntades. La vida material de los individuos, que en modo alguno depende de su simple “voluntad”, su modo de producción y la forma de intercambio, que se condicionan mutuamente, constituyen la base real del Estado, y se mantienen como tales, en todas las fases en que siguen siendo necesarias la división del trabajo y la propiedad privada, con absoluta independencia de la voluntad de los individuos.

Estas relaciones reales, lejos de ser creadas por el poder del Estado, son por el contrario, el poder creador de él. Los individuos que dominan bajo estas relaciones tienen, independientemente de que su poder deba constituirse como Estado, que dar a su voluntad, una expresión general como voluntad del Estado, como ley. Así como no depende de su voluntad idealista, o de su capricho, el que sus cuerpos sean pesados, no depende tampoco de ellos el que hagan valer su propia voluntad en forma de ley, colocándola al mismo tiempo por encima del capricho personal de cada uno de ellos. [1970: 336].

Sólo cuando las fuerzas materiales se desarrollen hasta el punto en que se pueda abolir la dominación de clase y el imperio del Estado, tendrá sentido hablar del derecho como manifestación de la voluntad. En otras palabras, sólo en esas condiciones es posible concebir una sociedad libre de delitos.



Una correcta teoría marxista de la desviación, o por lo menos, una teoría de la desviación basada en el marxismo, tendrá que realizar un profundo análisis científico a varios niveles. La praxis será diferente según sea la respuesta que se dé a los siguientes problemas:

- **Problema de la definición:** implica una delimitación precisa del campo de estudio y una interpretación independiente, autónoma y desvinculada de las definiciones anteriores, que debe de estar en relación con una teoría diferente de la sociedad. Modelo interpretativo que permita descubrir o predecir donde surgen o surgirán comportamientos desviados hacia el sistema, que ponga mayor énfasis en la pregunta que formula H. Becker, [1971] a saber, ¿quién impone las normas y por qué? ; tratando de ubicar a los agentes definitorios, no sólo en alguna estructura general de mercado, sino en la relación que guardan con la estructura predominante de la producción material y la división del trabajo.
- **Problema del significado y problema de la responsabilidad y la conciencia:** para constituir una explicación satisfactoria, la teoría marxista trabaja con una noción del hombre que se distingue claramente de las concepciones clásicas, positivista o interaccionistas. Esto quiere decir que parte del supuesto de que el hombre tiene un cierto grado de conciencia, que depende de la ubicación que ocupa dentro de la estructura social de producción, influye sobre la forma en que los hombres definidos como delincuentes o desviados tratan de ajustarse a su condición de "extraños". En ese caso, la reacción de los hombres ante el rótulo que les imponen los poderosos no es simplemente un problema cultural, un problema de reacción ante una condición jurídica o un estigma social; está necesariamente vinculada con la conciencia que los hombres tienen de la dominación y la subordinación en una estructura más amplia de relaciones de poder vigentes dentro de contextos económicos particulares.

Desde el enfoque marxista, en el estudio de la desviación se pone de manifiesto cómo los valores institucionalizados y los propuestos por la clase obrera entran en conflicto. Se produce una heterogeneidad social que se introduce en el individuo originándole conflictos de tipo psicocultural. De esta manera, la desviación será la manifestación consciente de las contradicciones sociales, y en este sentido, tendrá un significado político, o por lo menos, podrá tenerlo. Esta afirmación de reapropiación del significado de los actos desviados, se distingue claramente de la hipótesis positivista.

Lo necesario es abandonar una concepción del ser humano como individuo atomizado, aislado de su entorno y ajeno a las condiciones sociales. El hombre, poseedor

de un cierto grado de conciencia, que depende de su ubicación en la estructura social de producción, lo es, tanto en una situación de normalidad, como en su posición de marginado. Teniendo derecho a su diversidad, el hombre, elige, incluso, la desviación. El comportamiento, como grupo de esta libre elección y no como efecto necesario de una patología, puede significar enfrentamiento con la organización social. [Coy, E. y Martínez, M. 1988].

Todo lo que se ha dicho implica otras dos consideraciones: por un lado, que hay que efectuar la distinción entre acto desviado y sistemas de comportamiento [estilos de vida] desviados; y por otro, que hay que considerar la relación entre diferentes comportamientos desviados, o mejor, entre sujetos desviados, como puede ser la constitución o formación de subculturas o contraculturas, en las que los comportamientos desviados pueden enlazarse, encontrar espacio y justificación.

La contribución más significativa de los enfoques marxistas, ortodoxos o no, es la de integrar el estudio de la desviación en una estructura social con determinantes políticos y económicos, abandonando las teorías propensas a la realización de formulaciones completamente ahistóricas. En esta línea se sigue profundizando e insistiendo en la necesidad de pasar del paradigma etiológico al paradigma de la definición, de la reacción social que se extiende a la distribución del poder de definición y de reacción en una sociedad, a la desigual distribución de este poder y a los conflictos de intereses que están en el origen de este proceso. [Coy, E y Martínez, M. 1988].

### **2.1.7 La Elección Racional**

Si bien D. Matza había señalado la importancia que la voluntad del sujeto, junto a otros factores, tiene en la realización de un comportamiento desviado, el resto de las teorías sociológicas analizadas no se han detenido en la consideración de la conducta delictiva como un acto deliberado y calculado por la persona.

Como apunta Giddens, A. [1991: 164-166]: “todos los estudios sociológicos conciben la delincuencia como una reacción y no como una acción, como resultado de las influencias externas, más que como un comportamiento que adoptan los individuos activamente para obtener determinados beneficios, o porque piensan que pueden beneficiarse de una situación temporal”. En los últimos años se ha producido un intento de aplicar la interpretación de la elección racional al análisis de los actos delictivos.

La interpretación presupone que los individuos no sólo se ven impelidos a realizar actividades criminales, sino que eligen de un modo activo participar en ellas. Las personas con mentalidad de delincuente son aquellas que piensan que pueden beneficiarse de las situaciones en las que se atenta contra la ley, conscientes del riesgo de ser atrapados. Las investigaciones indican que muchas acciones delictivas, particularmente los delitos menores, son decisiones situacionales.

La interpretación situacional del delito se puede conectar fácilmente con el enfoque del etiquetamiento, porque clarifica un rasgo de la delincuencia que la teoría del etiquetamiento no tiene en cuenta, porque muchas personas que no son de un modo obvio “anormales”, eligen participar en actos que saben que pueden recibir sanciones legales. La decisión, por ejemplo, de llevarse algo de unos grandes almacenes cuando no mira nadie, no es tan diferente de la decisión de comprar algo que nos gusta; de hecho, una persona puede hacer las dos cosas durante la misma salida de compras. [Giddens, A. 1991: 165].

**CAPÍTULO III**  
**EL CONTROL SOCIAL**



## CAPÍTULO III

### EL CONTROL SOCIAL

*Se tome la opción que se tome, deberá tenerse en cuenta la definición que, de su propio problema, hacen los afectados. Hace más de cincuenta años, el sociólogo W.I. Thomas acuñó una frase que ha llegado a convertirse en aforismo: "si los hombres definen ciertas situaciones como reales, se vuelven reales en sus consecuencias". Cómo interpretamos o definimos una realidad, influye decisivamente en cómo respondemos ante ella. Y la visión que esos "otros" tienen de sí mismos y de los demás, de las cosas que hacen y que les pasan, es bastante diferente de la que se les atribuye desde un despacho, una consulta o un escaño parlamentario. [Gamella, 1997].*

El consumo de alcohol supone un serio problema para la sociedad tanto en los países desarrollados como en los que se hallan en vías de desarrollo. A lo largo del tiempo y en los diferentes países, los distintos sistemas de valores culturales, fórmulas administrativas y creencias sobre la naturaleza fundamental de este problema han motivado una extraordinaria diversidad de respuestas políticas al problema del alcohol. Estas respuestas han incluido medidas tan dispares como la prohibición total del consumo, el racionamiento, el control por monopolios del Estado, la aplicación de impuestos especiales, controles legales de los establecimientos de expedición, y la limitación de horarios de venta o de edades legales para su consumición. Otras medidas políticas se han basado en campañas de información en los medios de comunicación o de educación general o escolar, fomento de un cambio de actitudes, conocimientos y conductas, o tratamiento de las condiciones sociales que favorecen el consumo de alcohol, como por ejemplo el movimiento de promoción de la abstinencia alcohólica u otras intervenciones sobre la comunidad en general. También se ha tratado de colocar etiquetas de alarma en las bebidas y de controlar los anuncios de bebidas alcohólicas. Algunas medidas se han dirigido a determinadas creencias y conductas sobre el alcohol, mientras que otras se han destinado a situaciones muy específicas [alcohol y seguridad vial, alcohol y trabajo] o determinados

grupos poblacionales, como pueden ser los jóvenes y las mujeres embarazadas. Una intervención precoz en atención primaria asociada a tratamientos más especializados contribuye a la prevención del alcoholismo, o cuando menos a reducir o aminorar sus consecuencias. El listado sobre las posibles medidas administrativas es más extenso, y sus límites y originalidad están en continua expansión.

Si en algunos países y épocas históricas la respuesta de la sanidad pública a los problemas del alcohol ha sido multitudinaria, enérgica, diversa e incluso confusa, llegando a considerarse como problemas políticos de primer orden, en otros lugares y otros tiempos las respuestas no destacan a veces por su elevada eficacia y competencia, sino por la virtual ausencia de cualquier medida coherente de sanidad pública. Los problemas derivados del consumo de alcohol en estas últimas circunstancias se consideran como inevitables e incluso incontrolables, como puedan ser las mareas en la costa, o sólo se limitan a adoptar alguna medida simbólica, acompañada de más o menos lamentaciones. En estas situaciones las políticas sobre el consumo de alcohol se consideran más una cuestión ligada a la agricultura, comercio, turismo o Ministerio de Economía que un auténtico problema de salud pública, sanidad, empleo o seguridad vial. [Griffith, E. 1997].

Los problemas diversos requieren la aplicación de una suma de diferentes remedios, y lo que puede ser apto y aceptable en un tiempo y lugar determinados puede ser absolutamente nefasto e inapropiado en otra situación. Existen multitud de factores económicos, sociales y culturales ligados al consumo del alcohol y sus problemas asociados que están fuera de cualquier control gubernamental y que no pueden ser planificados.

### **3.1 LA SOCIALIZACIÓN COMO MECANISMO DE CONTROL**

Una de las partes más fundamentales del aparato del control social en cualquier sistema no es la red de organismos que comprende. Es más bien una parte invisible de la vida cotidiana. De modo que el mecanismo más importante de control social es la interiorización de las normas y valores de la sociedad a la que se pertenece. A través del proceso de socialización, la sociedad va preparando al individuo para que ajuste su conducta a las normas, de forma espontánea y en la mayoría de las ocasiones de forma inconsciente. Los mecanismos de autocontrol o de control interno aprendidos a lo largo del proceso de socialización del individuo, son los más eficaces.

El concepto de socialización tiene su origen en la obra de Simmel, en la cual se alude a la transformación que sufren los individuos como consecuencia de la interacción con

otros. La socialización es el proceso por el cual el individuo en desarrollo se adapta a los requerimientos de la sociedad en que vive, según el Diccionario de Sociología [1998:695].

Guy Rocher [1990:133], define la socialización como el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.

Esta definición sugiere tres aspectos fundamentales de la socialización: en primer lugar, la adquisición de la cultura, puesto que la socialización es el proceso de adquisición de los conocimientos, de los modelos, de los valores, de los símbolos; en resumen, de las maneras de obrar, de pensar y de sentir, propias de los grupos de la sociedad, de la civilización en cuyo seno está llamada a vivir una persona.

En segundo lugar, la integración de la cultura en la personalidad, puesto que en la definición se afirma que, como consecuencia de la socialización, algunos elementos de la sociedad y de la cultura, pasan a ser parte integrante de la estructura de la personalidad psíquica, hasta el punto de convertirse en materiales o en una parte del contenido de dicha estructura.

El tercer aspecto de la socialización, la adaptación al entorno social es, en realidad, su consecuencia principal desde el punto de vista sociológico. La persona socializada es “de un medio ambiente”, “pertenece” a la familia, al grupo, a la empresa, a la religión, a la nación, en el sentido que forma parte de esas colectividades, que tiene su lugar propio en ellas.

Cucó, J; Nemesio, R y Serra, I, [1995: 105], entienden por socialización el proceso a través del cual una persona incorpora en sí misma la cultura de una sociedad, es decir, la adquiere. Aunque, difícilmente llegará un individuo a adquirir, es decir, a conocer y asimilar todos los elementos de la cultura correspondientes a la sociedad en la que vive, sobre todo en sociedades complejas, en tanto que un individuo va adquiriendo la cultura de una sociedad, se hace apto para vivir en esa sociedad, es decir, se socializa.

Peter Berger y Thomas Luckman, en su obra “La construcción social de la realidad” distinguen entre la socialización primaria y la secundaria. La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez; por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad, mientras que la socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad.



Para dichos autores, todo individuo nace dentro de una estructura social objetiva en la cual encuentra a los otros significantes que están encargados de su socialización y que le son impuestos. El niño acepta los roles y actitudes de los otros significantes o sea que los internaliza y se apropia de ellos. Y por esta identificación con los otros significantes el niño se vuelve capaz de identificarse él mismo, de adquirir una identidad subjetivamente coherente y plausible. En otras palabras, el yo es una entidad reflejada, porque refleja las actitudes que primeramente adoptaron para con él los otros significantes; el individuo llega a ser lo que los otros significantes lo consideran. [Berger, P. y Luckman, T. 1984: 166].

La socialización secundaria es para Berger y Luckman, la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento. Los “submundos” internalizados en la socialización secundaria, son generalmente realidades parciales que contrastan con el “mundo de base” adquirido en la socialización primaria. Así pues, existe una gran variabilidad histórico – social en las representaciones que comporta la socialización secundaria.

Nos atrevemos a deducir, a partir de estos razonamientos, que el ser humano no nace, sino que se hace, y posicionándonos desde esta perspectiva, hay que atribuirle su justo valor a los condicionantes sociales en la etiología del alcoholismo, frente a posturas de tipo más biologicista que apuntan hacia causas de tipo hereditario.

Se puede hablar también de una socialización terciaria, ya que es posible que los individuos adultos relativicen todo lo aprendido anteriormente dentro de un determinado contexto social y prefieran asumir e interiorizar las normas y valores de otra cultura o sociedad. La socialización terciaria, se relaciona con la transculturación y la integración en sociedades o sistemas de referencia totalmente distintos a los anteriormente aprendidos. En este último período los medios de comunicación social, así como las ideologías, la religión, y otros productos simbólicos de la cultura son muy relevantes como agentes socializadores. [Giner, S. Lamo, E, Torres, C.1998: 695].

La familia por tanto, es la base indispensable en el proceso de socialización del individuo, aunque no se debe perder de vista el hecho de que la familia no está aislada del sistema social en que está inserta, por ello, los papeles sociales de los individuos, particularmente de los padres, coexisten con otros papeles sociales. Gracias a esta circunstancia la estructura social puede servir de agente socializador, es decir, que el niño no se socializa solamente dentro de la familia, sino que es influenciado por el resto de las instancias sociales hacia las que la familia es permeable.

Por la razón apuntada, el niño crece y se desarrolla desde el primer momento inmerso en una tela de araña de informaciones, valores, normas y creencias, que lo circundan y penetran por todas partes. No obstante, las fuentes de información que más condicionan el desarrollo de su personalidad durante los primeros y fundamentales cinco años de la vida, son sus padres.

Los esquemas de comportamiento observados en la vida diaria dentro de la familia, son interiorizados por el niño, es decir, que acepta los valores culturales estereotipados en los comportamientos que ve y en los que le imponen y los transfiere a su interior. Por eso el sistema de educación se resume en esa interiorización de un código de comportamientos que abarque toda la vida. Al mismo tiempo, la clave de la madurez de la personalidad es que ese código de fórmulas aprendidas actúe dentro, sin la necesidad de coacciones externas adaptándose a las circunstancias de la realidad. [Fromm, E.; Horkheimer, M.; Parsons, T. 1970].

A pesar de todo ese proceso puede sufrir una serie de vicisitudes, desviaciones, e incluso fracasos. Muchas veces las mismas normas aprendidas con carácter absoluto, se resisten en la mente del individuo a ceder el paso a otras más flexibles, aunque la realidad cambie.

La función central de la familia según König, R.[1994: 83], es la construcción de la persona sociocultural del ser humano en el marco de un pequeño grupo, que se caracteriza además por el hecho de que sus miembros se hallan vinculados por sólidos e íntimos sentimientos. A diferencia de otros vertebrados superiores que nacen relativamente hechos, el ser humano no es capaz de sobrevivir unas pocas horas sin ayuda, esto demuestra que su supervivencia biológica esta socialmente condicionada de forma esencial. Precisamente aquí entronca la específica función de la familia como grupo, que no puede ser sustituida por otra institución. Por esta razón se ha dicho también que el nacimiento físico no es el más decisivo en el ser humano, sino su "segundo nacimiento" como persona sociocultural. Este segundo nacimiento es obrado por la familia.

La formación elemental de la persona humana se realiza en dos fases: sociabilización y socialización [Claessens, D.1967]. La sociabilización pretende la coordinación de las facultades físicas, prepara al ser humano para la ulterior socialización. En la segunda fase comienza la auténtica socialización en tanto introducción al mundo regulado de las relaciones sociales. En ella se muestra precisamente la extraordinaria riqueza de la repercusión de la familia sobre el ser humano, las capas más profundas del carácter y de la personalidad se fundamentan entre el primer y cuarto año de vida en el más reducido círculo de la familia. No debe malentenderse esta frase en el sentido que más tarde

no sobrevenga nada decisivo para el desarrollo de la personalidad humana, ya que con cada paso que el ser humano realiza fuera de la familia, no sólo se le abren nuevas posibilidades de existencia, sino que además experimenta constantes y nuevos procesos de socialización. El aprendizaje no cesa sino en una edad avanzada, pero ninguno de los procesos experimentados alcanzan al sujeto en la misma profundidad como las vivencias habidas durante la infancia en el círculo familiar.

A través del sentimiento de seguridad en el pequeño grupo, el niño cobra seguridad en sí mismo frente al mundo, frente a los demás niños y frente a los adultos.

La familia como institución social ha sufrido grandes cambios en su estructura, en su funcionamiento y en sus propios roles, pero como dice Sindo Froufe Quintás [1995: 65], conserva dos funciones principales: asegurar la supervivencia física del individuo y la construcción de su identidad a través de la interacción/aprendizaje de los valores. El microgrupo familiar es parte integrante de la sociedad y todo proceso de educación realizado dentro de su ámbito es un proceso de integración del nuevo miembro en la vida social de la comunidad. La historia de la familia es un poco la historia de cada uno de nosotros, de cada sociedad concreta, de cada civilización humana. La familia es la institución social que proporciona la socialización inicial del niño. La transmisión cultural que los padres hacen al niño mediante sus órdenes/mandatos hace que él detecte o esté de acuerdo con unos paradigmas implícitos de valoración cultural, de categorización de las personas/cosas y de formación de objetos dignos de estima. Como expresan Berger, P y Luckman, T. [1984:171], "No existe ningún problema de identificación en la socialización primaria. Aunque el niño sea un simple espectador pasivo en su proceso de socialización, son los adultos los que disponen las reglas del juego. El niño no interviene en la elección de las personas para él significativas. Se identifica con ellos casi automáticamente".

Las actuaciones y comportamientos que una sociedad proclama como significativos, en cuanto son percibidos como buenos por la mayoría, adquieren importancia en el diseño de organización de esa sociedad y se vuelven termómetro de todas sus actividades en numerosas situaciones concretas. El individuo, especialmente en la fase más intensa del proceso de socialización, asimila la cultura básica de su sociedad, construyendo así su primer universo. El prototipo de este fenómeno es la familia donde el niño se inicia en las más elementales formas de comportamiento social.

La familia debe, pues, establecer una especie de coordenadas de las que habla Froufe [1995: 69] para una correcta transmisión de los valores sociales, algunas de las cuales resumimos a continuación:

- Las metas que se proponen todas las familias coinciden en que pretenden que sus descendientes “se personalicen, se socialicen y se endoculturalicen” [Fermoso,1994: 191]. Otras funciones como educación instructiva/conocimientos han sido transferidas a otras instituciones sociales, principalmente la escuela.
- La interacción de los miembros de la familia es directa e íntima. Se producen vínculos naturales entre padres e hijos.
- El aprendizaje de los valores se realiza básicamente a través de la familia, como protagonista principal, en los primeros años de la infancia y el individuo queda impregnado de esos valores que son profundos, estables y personales.
- Los hijos aprenden en el hogar a responder como esperan los demás. El comportamiento adecuado a las exigencias sociales asignadas al sexo, edad, status cultural,... se convierten en un factor de socialización.
- La familia, como sistema social, suele permanecer estable en sus comportamientos. La conducta de cada miembro influye y depende de los demás y las relaciones de intercambio afectivo dentro de la familia, se suelen mantener constantes dentro de ciertos límites creando en el niño un universo orientado.
- El proceso de socialización familiar, donde el niño comienza a interiorizar los valores, las actitudes y los roles, conduce a la configuración de su personalidad.
- En la transmisión de los valores sociales en el seno de la familia aparecen dos polos cargados de afectividad. El padre y la madre. La figura paterna se define como responsable de provocar la acción, la confianza en sí y en el porvenir, y el interés por el mundo exterior. La figura materna como generadora de seguridad y de capacidad de amor.

La influencia ejercida por la familia en la formación de la personalidad es tan importante que se pueden encontrar privaciones de cualquier naturaleza en el ambiente familiar, pudiendo esto producir algún fallo en la personalidad del niño. Como dice Fermoso [1994: 193.], la familia no socializa mediante discursos y lecciones, sino mediante vivencias y experiencias convencionales, que reciben en cada familia su sello.

En la teoría de Durkheim la “conciencia colectiva” induce a los hombres a comportarse de determinadas maneras, por encima de los intereses egoístas de cada uno. Así, pues, una de las principales funciones de instituciones sociales como la familia, el matrimonio y la religión radica en aumentar el poder coercitivo de la “conciencia colectiva”; las instituciones son fundamentalmente agentes de control social. Su virtualidad deriva del

hecho de que a través de ellos, el control no se percibe como una imposición interna, sino como una demanda del propio individuo. Es el individuo el que se adhiere voluntariamente a la norma. A las personas, por tanto se les controla, principalmente, socializándolas, de tal manera que cumplan sus roles en la forma esperada mediante el hábito o la preferencia.

La socialización, como hemos apuntado anteriormente, modela nuestras costumbres, nuestros deseos y nuestros hábitos. Si todos los miembros de una sociedad comparten una socialización similar, voluntaria e impensadamente, actuarán en formas muy semejantes. Por otra parte, mediante la socialización se interiorizan las normas, los valores y tabúes de la sociedad a la que se pertenece. Interiorizarlos significa hacerlos parte de las respuestas automáticas e impensadas de uno. Las personas que interiorizan completamente las tradiciones, las obedecerán aunque nadie les esté viendo, porque la idea de violarlas no es probable que se les ocurra a quienes las han interiorizado plenamente. Si son seriamente tentados, la conciencia puede levantarse para evitar la trasgresión. Esto es lo que sucede la mayor parte de las veces en una sociedad con una cultura estable e integrada y en donde existe un consenso sobre los mismos valores.

Ciertamente, pocas sociedades modernas se ajustan perfectamente a este modelo. Ahora bien, la interiorización de los valores no es siempre una instancia capaz de garantizar el control social. Por esta razón, todas las sociedades han generado una serie de mecanismos externos de control que van desde los simples gestos de desaprobación, hasta las formas de represión institucionales [policía, ect.]. Cuando el individuo no desea cumplir las reglas, el grupo ejerce presión para obligarle a ello. Esta presión social es directamente proporcional al grado de importancia de la norma no observada. Y es que, como señalan Morales y Abad, “prescindir de las normas de etiqueta en una cena de gala provocará, indudablemente, miradas de desaprobación, pero el robo, la violación o el crimen, se castigan con la cárcel” [Morales y Abad. 1988: 166].

## **3.2 EL CONTROL SOCIAL NORMATIVO-LEGAL**

En España las primeras medidas preventivas que se encuentran son de tipo represivo [Pascual, F. 2000: 36], en concreto en el año 1755 el excesivo consumo de bebidas alcohólicas por la población constituía un grave problema para los gobernantes, observándose una elevada mortalidad junto con graves consecuencias morales y físicas entre los bebedores habituales.

Si revisamos someramente la evolución de las leyes que han servido de marco legal referencial al problema del alcoholismo, durante el siglo XX, podemos entrever la valoración social que predominaba en cada momento. De hecho las primeras actuaciones no contemplaban para nada al paciente alcohólico, se trataba de medidas encaminadas a disminuir la incidencia del alcoholismo, siempre teniendo en cuenta sus consecuencias morales sobre la sociedad.

Durante todos los períodos y diríamos incluso que en el período actual, aparece la disyuntiva entre vicio y enfermedad que será determinante en el tipo de tratamiento a emplear.

La Ley de Vagos y Maleantes que data del año 1933, ponía de manifiesto la postura social frente a las toxicomanías, que desde una concepción moralista consideraba al toxicómano, [y fundamentalmente al alcohólico que era el problema más acuciante en aquella época], como persona asocial, viciosa y peligrosa, como se pone de manifiesto en el artículo 2 de la mencionada ley : “son supuestos de estado peligroso antedelictual: los vagabundos habituales; los homosexuales; los ebrios y toxicómanos habituales...”.

Predomina en esta ley el carácter judicial sobre el tutelar, por lo que no intenta la rehabilitación del toxicómano, objetivo éste que tampoco consiguió la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, que en 1970 sustituyó a la anterior, a pesar de ser uno de los propósitos que se mencionan en su Exposición de Motivos “...servir con medios más eficaces a la plena integración de los hombres y las mujeres que hubieran podido quedar marginados de una vida ordenada y moral”.

Al igual que la anterior, esta Ley justifica la necesidad de defender a la sociedad de determinadas conductas individuales por entrañar un riesgo para la comunidad, incluyendo entre dichas conductas a los alcohólicos y toxicómanos.

En ambas leyes se preveían medidas de seguridad frente a personas que no eran delincuentes pero que eran tratados como tales, por lo que terminaban en Albergues, Manicomios o en la Prisión.

No fue hasta principios de los años ochenta y a partir del inicio y aumento del consumo de otras sustancias diferentes al alcohol, cuando empezó a manifestarse una preocupación por el problema de las drogodependencias, donde se incluía al alcoholismo.

La respuesta inicial surgió, por una parte, del sistema sanitario y social, junto con la iniciativa social, que se constituyó inicialmente, por asociaciones de auto ayuda y de familiares de drogodependientes, que han ido evolucionando hacia estructuras

semiprofesionales. Por otra parte, surgió también de las entidades locales, que promovieron la creación de recursos de atención y prevención de las drogodependencias.

Desde la Administración, es en el año 1985 cuando por vez primera se contempla el problema situándolo en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, que, en contraposición a las leyes anteriores, no se basa en una acción represiva, sino en una acción preventiva y asistencial, y en 1997 cuando se publica en la Comunidad Valenciana la Ley de Drogodependencias.

### **3.2.1 El Plan Nacional sobre Drogas**

El congreso de los Diputados en octubre de 1984, aprueba la elaboración de un plan de prevención contra la droga en el que se contempla la reinserción de los drogadictos. Se constituyó para este fin un grupo de trabajo interministerial y se encomendó la coordinación del mismo al Ministerio de Sanidad.

Las competencias para luchar contra las drogas están repartidas entre la Administración Central, la Autonómica y la Local. Una política general en este campo, se explica en el Plan, contribuirá a reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo.

Las medidas incluidas en el Plan se dirigen prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- Reducción de la oferta y la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una red pública de servicios de atención.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e instituciones sociales implicadas en el problema.

Todas las medidas debían ser contempladas bajo un triple enfoque: adecuación a la realidad a la que pretenden responder, coherencia en su desarrollo e integración en un plan conjunto.

Las medidas contempladas en el Plan se desarrollan a través de cinco grandes apartados:

- **Prevención.** La acción preventiva se desarrollará en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar. Para ello se tendrá en cuenta los dos factores que se sitúan siempre en el origen de las drogodependencias: la disponibilidad de la droga y un modelo de sociedad, progresivamente consumista.
- **Asistencia,** que requiere un enfoque psicosocial. El objetivo de la misma es, en términos generales, la abstinencia y la reinserción. Para diseñar la asistencia se plantean tres premisas básicas: la complementariedad entre servicios de salud y servicios sociales para la elaboración de programas terapéuticos, la potenciación de las redes generales de servicios asistenciales, frente a la creación de servicios paralelos especializados y por último la promoción de fórmulas alternativas al internamiento fomentando la asistencia en el campo familiar y comunitario.
- **Actividades de soporte.** Entre las deficiencias observadas en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas, destacan por su repercusión, la formación del personal encargado de realizar las diferentes actividades y la exigencia de un sistema informativo que permita evaluar la situación actual y la eficacia de las medidas que se proponen, así como la investigación permanente que debe ser potenciada tanto en lo que se refiere al conocimiento de la realidad como en lo correspondiente a investigaciones aplicadas.
- **Colectivos específicos.** Por la especial significación y características que presenta el consumo de drogas y su tratamiento, se contemplan en el Plan medidas particulares para tres colectivos de población: menores de reforma, reclusos y fuerzas armadas.
- **Coordinación.** Las distintas Administraciones Públicas deben coordinar su actuación e instrumentar su cooperación. En este sentido, se insiste en la necesidad de que intervengan coordinadamente los diversos sectores con competencias en esta área. La coordinación se considera como lo más importante en las actividades de prevención, represión, tratamiento y reinserción social de los toxicómanos y una de las consignas que más se recalcan en todas las reuniones nacionales e internacionales. Solo así será posible formular una política coherente que permita orientar racionalmente el conjunto de programas del Estado, así como establecer con carácter general, mecanismos de evaluación y control que midan no sólo la eficacia de los programas sino también su impacto.



En la Comunidad Valenciana se aplicaron las medidas del Plan a través de la Oficina del Comisionado de Lucha contra la Droga, y en 1986 la Generalitat Valenciana aprueba el Plan Autonómico Valenciano de Lucha contra la Droga que tuvo como consecuencia más inmediata la aprobación del decreto 232/1991 de 9 de diciembre, en el que el Consell de la Generalitat creó una organización político administrativa propia.

### **3.2.2 La Estrategia Nacional Sobre Drogas**

El Consejo de Ministros del 17 de diciembre de 1999, revoca el Plan Nacional de Drogas de 1985 y aprueba la Estrategia Nacional contra la Droga. Para una duración de ocho años, del 2000 al 2008, este Plan es aprobado con el consenso del Congreso de los Diputados, las 17 Comunidades Autónomas y el Gobierno.

El Plan del 85 era un plan asistencial que atajaba la marginación y la droga principal [excluyendo al alcohol], la heroína.

Este nuevo plan del 2000, es un Plan de Prevención, con campañas de información y de atención al ocio de las poblaciones; con estrategias e indicadores para velar por su cumplimiento y luchar contra todas las drogas, incluidas el alcohol y el tabaco.

El Plan Nacional sobre Drogas, fruto del consenso y la voluntad política en 1985, necesitaba adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas, así como adelantarse a previsibles cambios. A lo largo de todo este tiempo los Gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas han venido definiendo y poniendo en práctica los Planes Autonómicos sobre Drogas que han permitido disponer en el Estado de unas estructuras de intervención y desarrollar redes asistenciales y programas preventivos.

También hay que destacar el papel que las organizaciones no gubernamentales han jugado como elementos de intervención directa e inmediata con programas asistenciales y de prevención.

Por otra parte, la vigésima sesión extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en Junio de 1998 en Nueva York con masiva presencia de Jefes de Estado y de Gobierno, aprobó una declaración de principios rectores, metas y objetivos plurianuales, especialmente para el período comprendido entre los años 2003 y 2008. En dicha declaración se encomendaba a todos los Estados la elaboración de respectivas estrategias sobre drogas que constituyeran los elementos operativos para la consecución de los objetivos propuestos.

En nuestro país, La Estrategia Nacional Sobre Drogas para el período 2000-2008, está estructurada en los apartados siguientes:

**Análisis de la situación.** Este primer apartado analiza la transformación experimentada en nuestro país, en relación al fenómeno de la droga, durante la década de los años noventa. Se destaca el estancamiento e incluso el descenso del consumo de heroína junto a la aparición del uso de nuevas drogas y la adopción de nuevos patrones de consumo.

**Evolución y principales logros del PND.** [Plan Nacional sobre Drogas]. Se realiza una evaluación sobre la evolución y principales logros del PND desde sus orígenes hasta la actualidad. Entre los últimos cabe destacar la existencia de un plan global de intervención frente al fenómeno de las drogodependencias articulado desde un consenso institucional, social y político; la potenciación de un entramado social donde se articula la actividad que desarrolla la sociedad civil; la consolidación de una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada; la puesta en marcha de experiencias de inserción social y laboral y la creación de unas bases sólidas capaces de posibilitar el proceso de generalización de una política preventiva.

**Metas y objetivos de la Estrategia.** Entre las metas y objetivos destacan el de la prioridad, que tendrá la prevención, como la estrategia más importante para enfrentarse al problema; el de la adecuación de la red asistencial existente con el fin de adaptarla a las nuevas necesidades que plantea el fenómeno; el de impulso de programas que faciliten la incorporación de personas drogodependientes a la sociedad y el de potenciación de la reducción de la oferta de drogas, mediante la promoción de una actuación integral contra el tráfico de drogas, el blanqueo de capitales y otros delitos conexos.

**Áreas específicas de intervención,** agrupadas en función de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional. En el nivel de reducción de la demanda, la prevención se configura como el eje fundamental sobre el que se articula la Estrategia Nacional. En consecuencia, las medidas y objetivos tendentes a conseguir mayor implicación de la sociedad civil a través de la sensibilización y concienciación, así como la modificación de estereotipos sociales sobre los consumos, constituyen uno de los principales elementos de intervención. Los ámbitos escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social son los ámbitos prioritarios de la intervención preventiva en la Estrategia.

En el mismo nivel de reducción de la demanda, se contempla también la realización de intervenciones dirigidas a minorar los daños ocasionados por los consumos de drogas. Y en materia de asistencia e integración social de las personas afectadas por el consumo, se propugna un sistema que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimite las

funciones de cada uno de ellos, garantizando la equidad en las prestaciones en todo el Estado.

La principal iniciativa radica en que la asistencia a los drogodependientes deberá realizarse a través del Sistema de Salud y de Acción Social y Servicios Sociales, complementados con recursos debidamente autorizados y/o acreditados, a lo que se denomina Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes.

La cooperación internacional se constituye en la Estrategia como un área de especial importancia al posibilitar la participación activa de España en todos los foros multilaterales en los que se trata el fenómeno de las drogas [Unión Europea, Naciones Unidas, Consejo de Europa, Organización de Estados Americanos]. Todo ello sin perjuicio de las relaciones de colaboración bilateral con países con los que España comparte este problema común, preferentemente los países vecinos como Francia, Portugal, Italia y Marruecos y también los países Iberoamericanos.

**Ámbito normativo.** En este apartado se prevé prestar atención no sólo a la elaboración de normas legales directamente relacionadas con el tráfico y consumo de drogas ilegales, sino también sobre actividades comerciales y económicas que son aprovechadas por las organizaciones criminales. Tal es el caso de las nuevas tecnologías de la comunicación.

**Investigación y formación.** Ante la ausencia durante muchos años de un adecuado desarrollo de las actuaciones formativas y de investigación específica en materia de drogodependencias, la Estrategia contempla como un objetivo prioritario la formación dirigida a profesionales y el apoyo a la investigación aplicada a las drogodependencias. A este respecto, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, velará por la idoneidad y adecuación de los contenidos en el ámbito formativo a las necesidades prioritarias de nuestro país, así como también orientará su actuación a la consolidación de la investigación sobre drogodependencias a nivel estatal.

**Funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas.** En este apartado, la Estrategia recoge las funciones en su desarrollo a desempeñar por las distintas Administraciones públicas [Estatal, Autonómica y Local] teniendo en cuenta las competencias que tienen reconocidas en la Constitución, los Estatutos de Autonomía y las leyes de desarrollo de tales normas. Se incluyen también, dado su papel fundamental, las funciones de las organizaciones no gubernamentales y de otras entidades sociales.

**Evaluación y sistemas de información.** En este apartado, la estrategia prevé el diseño de un sistema de evaluación que permita la detección precoz de las desviaciones que puedan producirse y genere las acciones correctoras que garanticen la eficacia final de la propia

estrategia, permitiendo la adecuación de ésta a las nuevas necesidades o escenarios de intervención que puedan emerger.

En cuanto a los sistemas de información está previsto perfeccionar la estructura organizativa del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Además se consolidará el Sistema Nacional de Encuestas, mejorando sus aspectos metodológicos.

**Financiación.** En este último capítulo se abordan las previsiones sobre financiación de la Estrategia.

### **3.2.3 Ley de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana**

Las actuaciones que en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se desarrollen en la Comunidad Valenciana, responderán a los siguientes principios rectores: [Artículo 3. Principios rectores, de la Ley 3/1997, de 16 de Junio de la Generalitat Valenciana].

- a) La responsabilidad pública y la coordinación institucional de actuaciones, basada en los principios de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión de los programas y servicios, así como, la participación activa de la comunidad y de los propios afectados/as en el diseño de las políticas de actuación.
- b) La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas, así como, la solidaridad y la tolerancia, apoyo y asistencia con las personas con problemas de drogodependencias.
- c) La consideración a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo.
- d) La consideración prioritaria de las políticas y las actuaciones preventivas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- e) El establecimiento de criterios de eficacia, eficiencia y evaluación continua de resultados de las actuaciones y programas que se desarrollen en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

- f) La integración normalizada de actuaciones en materia de drogodependencias en los Sistemas Educativos, Sanitario y de Servicios sociales de la Comunidad Valenciana.
- g) La consideración de la prevención, asistencia e integración de las personas drogodependientes como un proceso unitario y continuado, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales.

Las drogodependencias tienen una consideración de área de intervención prioritaria en el Plan de Ordenación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana [Ley de la Generalitat Valenciana 5/1989 de 6 de julio] y son objeto de regulación en el marco del Plan de Salud Mental para la comunidad Valenciana [Decreto 148/1986 de 24 de noviembre del Gobierno Valenciano]. Pero se vio necesario avanzar en el esfuerzo normativo con la promulgación de una norma con rango de Ley que comprendiera un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia y protección social de las personas afectadas.

Es objetivo prioritario de la Ley garantizar una atención integral que conciba las drogodependencias y otros trastornos adictivos como una enfermedad común con repercusiones en las esferas biológica, psicológica, social y económica de la persona, de tal manera que se consolide un modelo de intervención en drogodependencias.

La presente ley se estructura en un título preliminar y siete títulos más, con un total de 55 artículos. Contiene además siete disposiciones transitorias, una derogatoria, y dos finales. Asimismo, se incorpora al texto de la Ley un índice sistemático, con objeto de facilitar la lectura y comprensión de la norma por sus destinatarios.

Los títulos hacen referencia a los siguientes contenidos:

- Disposiciones generales.
- De la reducción de la demanda a través de medidas preventivas.
- De la asistencia e inserción social.
- Del control de la oferta.
- De la organización y participación social.
- De las competencias de las Administraciones Públicas.
- De la financiación de las actuaciones.
- Del régimen sancionador.

### 3.2.4 El Plan Autonómico Valenciano

El Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias, 1999 – 2002, es un instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en la materia, y sirve como marco conceptual de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación entre instituciones públicas y privadas, y con la iniciativa social, en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.

Este Plan persigue como objetivos generales, los siguientes:

1. Desarrollar la Ley 3/1997 de 16 de Junio, de la Generalitat Valenciana, como marco normativo básico del conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que puedan generar dependencia, como por otros trastornos adictivos.
2. Disminuir el consumo de drogas y otros trastornos adictivos, no producidos por el uso de drogas, y contribuir a afrontar con garantías de éxito, la convivencia sostenida con el fenómeno de las adicciones.
3. Proporcionar atención integral a las personas afectadas por un problema de adicciones, con el fin último de facilitar su integración social, a sus familias y, en general, a la sociedad valenciana en su conjunto.
4. Promover la coordinación entre instituciones y con la iniciativa social, adecuadamente vertebrada, de tal manera que se optimicen los recursos disponibles, se coadyuve con el esfuerzo solidario de la sociedad valenciana y se obtenga la necesaria sinergia de acciones, nacida del consenso político y social y de la actuación coordinada.
5. Promover la eficacia, eficiencia y evaluación continua de resultados, global y por áreas y ámbitos de actuación, de tal manera que el quehacer diario contribuya positivamente a la construcción del futuro.

El Plan se estructura en una Introducción que contempla un marco teórico y normativo, y diez capítulos con los siguientes contenidos:

- Caracterización del problema.
- Sistema y prestaciones asistenciales.

- Objetivos globales.
- Área de coordinación institucional y participación social.
- Área de asistencia sanitaria.
- Área de inserción/reinserción.
- Área de prevención.
- Área de formación e investigación.
- Área de evaluación.
- Financiación.

### **3.3 LA NORMATIVA EUROPEA**

Las bebidas alcohólicas son consumidas en la mayoría de los Países Europeos, y tal como expresa el Plan Europeo de Acción sobre el Alcohol 2000 –2005, el significado de beber varía dependiendo de los diferentes contextos, desde culturas en las que pautas tradicionales son ocasionales, rituales y celebraciones, a aquellas en las que las bebidas alcohólicas son una parte más de la dieta.

Poco a poco se van poniendo en marcha diferentes medidas y políticas de actuación relacionadas con el alcohol, unas dirigidas a disminuir el consumo y problemas a nivel poblacional y otras centradas en conductas y contextos específicos. Estas estrategias son intrínsecamente complementarias y sería un error considerarlas como alternativas contradictorias. El objetivo fundamental de estas medidas políticas sobre el alcohol es reducir los problemas que causa su consumo [Edwards, G y otros. 1998].

Representantes nacionales de diferentes países de la región Europea se reunieron del 14 al 17 de Octubre en Madrid para analizar los objetivos propuestos en el borrador del Segundo Plan Europeo de Actuaciones sobre el Consumo de Alcohol. En el documento la Organización Mundial de la Salud propone una serie de medidas para lograr el descenso de la tasa de consumo europea hasta los seis litros de alcohol puro por persona y año, objetivo que se pretende alcanzar en el año 2015. [Vega, A. 1998].

Los datos ofrecidos por nuestro país en el encuentro, muestran que existe una reducción importante en el consumo entre la población, sin embargo hay que hacer constar

el aumento de consumo de alcohol entre la población joven en los fines de semana. Son los llamados nuevos usos del alcohol entre adolescentes y jóvenes caracterizados por la iniciación precoz, la incorporación de las chicas, el inicio y consumo en el grupo de iguales en los fines de semana, el exceso y la embriaguez.

La política de Salud para Todos en Europa tiene una pretensión clara como es reducir el consumo de sustancias nocivas para la salud y que producen dependencia.

Respecto a la respuesta política en Europa podemos decir que el propósito del Plan de Acción entre el período 1992 y 1999 era ayudar a los Estados Miembros a lograr una reducción significativa en el daño causado a la salud por el consumo de alcohol, reduciendo el consumo general de alcohol y cambiando los comportamientos de riesgo. Se diseñó un plan de acción en áreas claves como las políticas públicas, reglas que promueven la salud, atención primaria de salud, sistemas de apoyo, y cooperación internacional con una red de ayuda creada por la OMS, todo ello para implementarlo en cada Estado Miembro.

En 1995 la Conferencia de Salud, Sociedad y Alcohol, reunida en París adopta la Carta Europea sobre el alcohol. La Carta que plantea unos principios éticos y unos objetivos que los países podían emplear para desarrollar las políticas comprensivas y programas de alcohol, fue confirmada por todos los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS.

El Plan Europeo sobre el alcohol recalca, que todas las comunidades tienen un potencial de acción preventiva, por lo que debería dedicarse un esfuerzo mayor a estimular, reforzar y respaldar la acción local.

Desde esta perspectiva, las diez estrategias para la acción propuestas por la OMS en 1995 en la Carta Europea sobre el Alcohol, se convierten en indicadores del camino a seguir.

### **3.3.1 La Carta Europea sobre el Alcohol**

Como adelanto al Plan Europeo de actuación sobre el Alcohol, la conferencia de París insta a todos los Estados Miembros a elaborar políticas globales sobre el alcohol y a aplicar programas que trasladen a la acción dependiendo en cada caso de los diferentes entornos, culturales, sociales y económicos, la siguiente Carta de Principios Éticos.



- Todas las personas tienen derecho a que su familia, comunidad y vida laboral estén protegidas de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al alcohol.
- Todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información adecuada e imparcial desde la infancia a cerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad.
- Todos los niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un medio ambiente seguro y libre de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y a ser protegidos frente a la promoción de bebidas alcohólicas.
- Todas las personas que consuman alcohol de forma peligrosa o dañina y, los miembros afectados de sus familias tienen derecho a tratamiento y asistencia.
- Todas las personas que no quieren beber alcohol o que no pueden hacerlo por motivo de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidas frente a las presiones para consumir alcohol y a recibir apoyo en su decisión de no beber alcohol.

### **3.3.1.1 Diez estrategias para la “Acción sobre el Alcohol”**

La investigación y los ejemplos de éxito en diversos países demuestran que pueden lograrse considerables beneficios sanitarios y económicos en la Región Europea si las siguientes diez estrategias de promoción de la salud se emplean como parte de la “Acción sobre el Alcohol” como forma de aplicar los principios éticos enumerados en la Carta:

Informar sobre las consecuencias que el consumo de alcohol representa para la salud, la familia y la sociedad y sobre que medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando programas educativos completos que comiencen desde la primera infancia.

- Promover entornos públicos, privados y laborales protegidos de accidentes violencias y otras consecuencias negativas por el uso del alcohol.
- Adoptar e imponer leyes que disuadan eficazmente de conducir bajo los efectos del alcohol.
- Promover la salud controlando la accesibilidad y mediante impuestos, el precio de las bebidas alcohólicas.

- Aplicar controles estrictos, reconociendo las 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.
- Asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuente con personal adecuadamente formado, para las personas que consuman alcohol de forma peligrosa o dañina y a los miembros de sus familias.
- Resaltar las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en la comercialización o el servicio de bebidas alcohólicas y garantizar el control estricto de la seguridad de los productos.
- Mejorar la capacidad de la sociedad para dar respuesta a los problemas relacionados con el alcohol mediante la formación de profesionales de diferentes sectores como la sanidad, el bienestar social, la educación y el judicial, además de fortalecer el desarrollo y liderazgo de la comunidad.
- Apoyar las organizaciones no gubernamentales y los movimientos de autoayuda. Promover estilos de vida saludables y en concreto los destinados a prevenir o reducir los daños asociados al alcohol.
- Desarrollar en los países programas extensos sobre el alcohol, teniendo en cuenta las estrategias anteriormente descritas y la presente Carta Europea sobre el Alcohol. Especificar claros objetivos e indicadores de resultados. Controlar los progresos y asegurar una actualización periódica de los programas basada en la evaluación.

Para concluir, añadiremos la reflexión elaborada a este respecto por el Dr. Peter Anderson [1999] que afirma que los problemas relacionados con el alcohol forman uno de los más grandes desafíos de la Región Europea de la OMS. Las soluciones son conocidas. Es necesario ahora probar la voluntad política, movilizar la sociedad civil y poner en marcha los programas en todos los países para implantar las estrategias eficaces que han salido a la luz en la Carta Europea sobre el Alcohol.

### 3.3.1.2 Plan Europeo de Actuación Sobre el Alcohol 2000-2005

El Plan Europeo de Actuación Sobre el Alcohol, ha funcionado de 1992 a 1999 y ha desembocado en el desarrollo de planes nacionalizados de acción contra el alcohol en la mitad de los 33 países que hasta ahora han participado en su implementación. En vista de la continuación del peso determinante del alcohol en el ámbito de la Región Europea, los Estados Miembros en la Reunión de Florencia [Italia] en 1999, [cuadragésima novena sesión del comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud] acordaron que el Plan de Acción debería continuar por el período comprendido entre el año 2000 y el 2005.

Como hemos visto, la Carta Europea sobre el Alcohol establece cinco principios éticos y diez estrategias para la acción contra el alcohol. Para cada una de esas estrategias, el Plan de Acción actual indica qué debiera ser logrado en el período 2000-2005 y cómo podría ser logrado.

Cada Estado Miembro necesita considerar la naturaleza de los problemas relacionados con el alcohol y determinar cuál de las posibles acciones podría ser la más aplicable y efectiva en sus propias circunstancias. No se trata de un simple modelo que pueda ser aplicado a toda la Región Europea. Lo que más importa es que el Estado Miembro elija la acción que de manera más satisfactoria reduzca el daño que pueda ser causado en su respectivo territorio.

Los objetivos generales son:

- Generar más conciencia sobre la importancia de la educación y crear apoyos para las políticas de salud pública, que acompañen la labor de prevención del daño causado por el alcohol.
- Reducir el riesgo de los problemas asociados con el alcohol que puedan ocurrir en diferentes ambientes como el hogar, el trabajo, la comunidad y los escenarios de consumo de alcohol.
- Reducir la dimensión de los daños causados por el alcohol en cuanto a víctimas, accidentes, violencia y crisis familiares.
- Proporcionar tratamiento efectivo y accesible a las personas con graves problemas asociados al consumo de alcohol y codependencia alcohólica.
- Promover una mayor protección a las presiones de beber frente a niños, jóvenes y quienes eligen no beber alcohol.

Para el año 2005 todos los países de la Región Europea deberían:

### **Información y Educación**

Crear una conciencia pública acerca del daño potencial del alcohol y las consecuencias en la salud y el bienestar de los individuos, familias y comunidades.

Crear soporte para que las políticas de salud pública estén en línea con el Plan Europeo de Acción sobre el Alcohol.

Proveer a los niños y jóvenes de habilidades sociales efectivas para hacer frente a las presiones sociales de consumo de alcohol y adoptar decisiones saludables.

### **Lugares públicos, privados y de trabajo**

Reducir la frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en lugares públicos, especialmente en aquellos asociados a eventos deportivos y actividades de ocio.

Reducir el riesgo de daños familiares relacionados con el alcohol y procurar un hogar seguro para los niños.

Reducir el daño que pueda ser causado por el alcohol en los lugares de trabajo, especialmente los accidentes y la violencia.

### **Alcohol y conducción**

Buscar una reducción sustancial en el número de accidentes relacionados con el alcohol, muertes y lesiones que resulten de conducir bajo los efectos del alcohol.

### **Disponibilidad de productos alcohólicos**

Disponer de una política impositiva que contribuya a reducir el daño que pueda causar el alcohol; reducir el nivel de alcoholismo de menores, especialmente entre los más jóvenes.

### **Promoción de productos alcohólicos**

Adoptar medidas para proteger a los niños y jóvenes de la exposición a la promoción de productos alcohólicos.

### **Tratamiento**

Asegurar tratamientos personales y familiares accesibles y efectivos para problemas asociados al consumo de alcohol, desde los niveles de consumo perjudicial hasta los de dependencia alcohólica.

### **Responsabilidad de la industria alcohólica y el sector hostelero**

Una reducción de los problemas relacionados con el alcohol en los escenarios en los que se bebe.

Una reducción en el número de personas intoxicadas implicadas en asaltos, violencia y accidentes de tráfico relacionados con el alcohol.

La implementación de medidas apropiadas para restringir el acceso de los jóvenes al alcohol.

### **La capacidad de la comunidad para responder a daños relacionados con el alcohol**

Promover las acciones de la comunidad con intención de reducir los problemas relacionados con el alcohol en comunidades locales [accidentes de tráfico relacionados con el uso de alcohol y venta a menores de edad], a través de la previsión de más servicios de dispensación responsable y el incremento de la adopción de leyes locales.

Elevar la conciencia e incrementar la competencia entre todos los sectores del gobierno que puedan tener un impacto en una efectiva política sobre el alcohol.

### **Organizaciones no gubernamentales**

Apoyar a las Organizaciones no Gubernamentales y los movimientos de auto-ayuda que promuevan iniciativas de prevención o reducción del daño que puede ser causado por el alcohol.

### **Formulación, implementación y seguimiento de políticas**

Una política sobre alcohol comprensiva y extensa.

Un sistema para informar acerca del consumo de alcohol y para controlar y evaluar la aplicación de las políticas sobre alcohol y el daño que pueda ser causado por el alcohol.

Junto a esta enumeración de resultados esperados, el Plan también describe una serie de acciones recomendadas para lograr estos resultados.

En conclusión diremos que reducir el daño que pueda ser causado por el alcohol es uno de los retos más importantes de la Salud Pública en la Región Europea de la OMS.

CAPÍTULO IV  
LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES



## CAPÍTULO IV

### LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES

*Pero, si a la complejidad creciente que supone pasar del objeto-sustancia al sujeto-individuo y finalmente al contexto micro y macro social en el que se desarrolla, le añadimos al problema la complejidad de la estructura administrativa, Municipio, Comunidad Autónoma, Estado, con el aumento progresivo que esto supone de variables organizativas, cada vez más lentas y dificultosas, nos perdemos en un universo alejado excesivamente de la realidad cotidiana. Por que “cuanto más alta es la instancia de gestión y decisión, más difícil, sino imposible, resulta la aplicación de políticas globales y de actuaciones coordinadas [Magrí, N. 1988:43].*

En el marco de la Ley sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, de 1997, de la Comunidad Valenciana contemplamos las siguientes definiciones:

- Desintoxicación: proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.
- Deshabitación: proceso orientado al aprendizaje de estrategias terapéuticas que permitan al drogodependiente enfrentarse a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, con el objetivo final de eliminar su dependencia de las mismas.
- Rehabilitación: proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales en la sociedad.
- Inserción/reinserción: progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas.



- Prevención: conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.
- En el ámbito de esta Ley, se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas aquellas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicofármacos. [Legislación Valenciana Básica, 1998].

En realidad se puede hablar de políticas asistenciales tan sólo a partir de la aparición en el año 1985 del Plan Nacional sobre Drogas, ya que con anterioridad al mismo, como hemos podido comprobar en el apartado anterior, no existían disposiciones sobre la regulación de centros de tratamiento. Los alcohólicos eran tratados en las instituciones psiquiátricas y en centros abiertos que dependían de las antiguas Direcciones Generales de Sanidad o de las propias asociaciones de alcohólicos. De alguna manera, la existencia o no de estos centros en los distintos puntos de nuestra geografía dependía del interés y la iniciativa de los profesionales y grupos de alcohólicos que en cada zona hubiere.

De lo que se puede fácilmente deducir que la ubicación y características de los mismos, no venía determinada por una planificación técnica o política, sino por las posibilidades y capacidad de negociación y obtención de subvenciones de los diferentes colectivos en diferentes lugares.

A partir de la publicación del Plan Nacional sobre Drogas, el alcoholismo queda adscrito a las directrices de dicho Plan al igual que las otras toxicomanías y en este sentido aquello que se legisla en materia de drogodependencias, así como el modelo de asistencia que a partir de ese momento es diseñado, tiene la misma validez para los consumidores de drogas ilegales que para los alcohólicos.

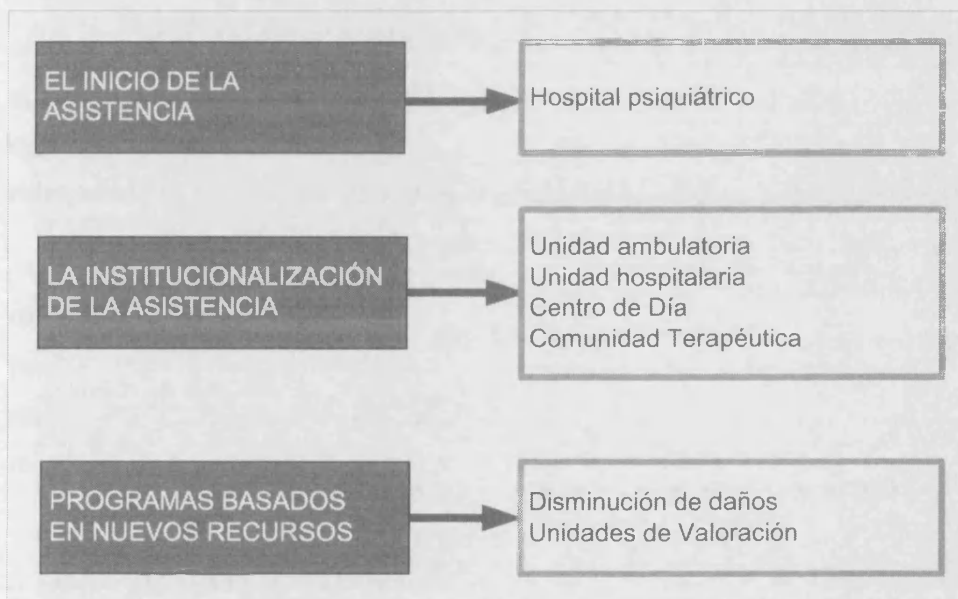
Ello permite, por un lado, despegar y deslindarse de los hospitales psiquiátricos como único marco de referencia asistencial, y por otro lado, promueve la aparición de grupos de alcohólicos rehabilitados que se constituyen en asociaciones, ya que desde los centros asistenciales previstos, se tiende a una medicalización que deja sin abordar el proceso de rehabilitación y reinserción del alcohólico. Proceso éste, que es asumido y adjudicado cada vez en mayor medida a las asociaciones.

Es por esto, que relacionamos las políticas asistenciales con los centros de tratamiento, ya que guardan entre sí una estrecha conexión, debido a que según se

configuran las distintas políticas de tratamiento, se han ido perfilando los centros asistenciales y a su vez, éstos han ido condicionando el tipo de demanda que presentan los colectivos afectados. Como dice Oriol Romaní [1999: 142], “hay que subrayar que las condiciones de posibilidad de la asistencia no dependen nunca del sustrato biológico o psicológico del individuo, sino fundamentalmente de lo que la sociedad decida respecto a la posibilidad de incluir a un individuo dentro de ella”.

En definitiva, la respuesta asistencial al fenómeno de las drogodependencias, es un proceso reciente que según Carmen Gimeno [1997] podemos dividirlo en tres fases. La fase de inicio que corresponde a las primeras respuestas asistenciales; la fase de institucionalización cuando se crea la respuesta institucional pública tras la aprobación del Plan Nacional Sobre Drogas y por último, la fase de diversificación en la que se plantean dos líneas fundamentales de asistencia: los programas con objetivos de abstinencia, llamados programas libres de drogas, y los programas con objetivos de retención denominados programas de disminución de daños.

**Cuadro 4.1 La respuesta asistencial según diferentes fases**



## 4.1 EL INICIO DE LA ASISTENCIA AL ALCOHÓLICO

Desde el modelo clínico en el que se enmarcan los inicios asistenciales, y que según Romaní, O. [1999: 64], “estaba basado en el paradigma de la enfermedad contagiosa”, apreciamos dos consecuencias que van a influir poderosamente en el tipo de asistencia

ofertado, una es la individualización de la enfermedad y la otra la estigmatización del enfermo como persona contaminada, cosas que, en el caso de las drogas, han aparecido con gran claridad.

#### **4.1.1 Los Hospitales Psiquiátricos**

Fueron los primeros centros desde los que se atendía a los enfermos alcohólicos y corresponden a una fase de inicio asistencial. Tan sólo una breve mención a los mismos ya que su descripción y análisis desbordan el tema de este trabajo.

En cuanto a las condiciones estructurales de los psiquiátricos, mencionaremos algunas referencias de profesionales, que habiendo vivido esa realidad, han escrito posteriormente acerca de sus vivencias en ellos, y concretamente en el hospital psiquiátrico de Valencia, como muestra que puede extrapolarse a otros puntos de nuestra geografía a mediados del pasado y reciente siglo XX. [Lera, A. 1972; Polo, C. 1999].

Leemos en un trabajo de Paloma Escribá, publicado en 1991, "...la imagen de cientos de seres anodinos, amontonados por la falta de espacio, encogidos como si tuvieran frío, vestidos con ropas viejas y raquíticas, aislados entre sí, a pesar del hacinamiento, por la falta de comunicación...y la del grupo de los que rodeaban a cualquier visitante al entrar en el recinto para pedir un duro..., era el primer impacto que se recibía al poner los pies en el patio de entrada y la expresión fidedigna de lo in-sano, in-humano, del mal vivir, del mal estar de los internados en el Sanatorio."....."La sistemática más general seguida por el médico en esas condiciones, era la de visitar en su despacho, por turno rotativo, periódicamente, a los enfermos y ocasionalmente a los que el personal auxiliar consideraba oportuno porque estaban agitados o alteraban el orden." Por último resaltaremos una de las conclusiones del mismo artículo en donde la autora cuestiona igualmente la existencia del nuevo hospital psiquiátrico como modelo de institución capaz de eliminar las malas condiciones de la anterior y ofertar una salida terapéutica válida. Dice Escribá, "...el hospital psiquiátrico de Bétera, concebido y construido a modo de una ciudad de locos, fue la respuesta al manicomio de Valencia, que tranquilizó la mala conciencia de los familiares, políticos y ciudadanos de bien, pero, para el paciente, significó en la práctica, otro lugar de reclusión que no respondía a sus intereses ni a sus necesidades". [Escribá, P. 1991: 81-96]

En el mismo sentido, aparecen críticas a la institución manicomial, tanto si se trata de vetustas e inapropiadas edificaciones como si nos referimos a modernas propuestas, en el interesante trabajo que publicaba Cándido Polo en 1999, sobre el tema de las instituciones

psiquiátricas: "el hospital psiquiátrico de Bétera fue concebido con ambiciosas pretensiones de alcance desorbitado y retórica grandilocuente.....trataremos de narrar con argumentos de peso las circunstancias de un fracaso anunciado, [Polo, C. 1999:13].

En cuanto al tratamiento aplicado al enfermo alcohólico en este tipo de centro, seguía un proceso funcional y terapéutico completamente condicionado por la estructura en la que se aplicaba. A su ingreso en el hospital, los enfermos eran conducidos a la sala denominada "enfermería" donde permanecía los días que fueran necesarios desde el punto de vista médico, para su observación, [y en su caso tratamiento del síndrome de abstinencia], para finalmente, tras facilitar la recuperación física, llegar a diagnosticar el grado de alcoholismo, poniéndole en condiciones de aceptar y admitir el tratamiento de deshabitación.

En la enfermería había toda clase de patologías, desde oligofrénicos a psicópatas, por lo que el primer contacto con el hospital solía ser para el enfermo alcohólico altamente impactante.

Según las indicaciones médicas, el enfermo pasaba a otro departamento, también en convivencia con el resto de enfermos mentales. Estos departamentos estaban divididos en diferentes categorías según el pago que se realizara, [beneficencia, especiales y distinguidos]. Por supuesto los cuidados y atenciones recibidas por los pacientes estaban en relación directamente proporcional a la cantidad abonada por su estancia.

Así como en la enfermería el alcohólico solía permanecer en cama, en el resto de los departamentos era obligatorio levantarse a las seis de la mañana. Durante todo el día permanecían en los patios del Hospital, zonas tristes y frías donde una masa de enfermos paseaba sin rumbo fijo de un lado a otro y algunos grupos se jugaban a las cartas las pocas monedas de que disponían.

Algunos privilegiados podían realizar trabajos en las obras de renovación del edificio o ayudando a las monjas en el mantenimiento y limpieza, recibiendo por ello injustas y aleatorias gratificaciones. También habían compensaciones de otro tipo, como la concesión de permisos de salida diurnos sin la autorización médica pertinente.

Los tratamientos médicos, durante el mínimo de un mes que duraba la estancia del alcohólico en el internado, estaban basados en técnicas conductistas. Se trataba de tratamientos aversivos, con la intención de crear reflejos condicionados en el alcohólico que le alejaran del alcohol. Se utilizaba principalmente las llamadas "curas de apomorfina" y posteriormente también se utilizaban las "corrientes farádicas". Estos tratamientos de deshabitación eran acompañados de psicoterapias individuales y de grupo. En las

psicoterapias grupales se incluía la presencia y participación de los familiares y se prolongaban en el tiempo, de forma que el alcohólico seguía acudiendo al grupo durante meses o años tras su salida del hospital. [A partir de estos grupos se constituyeron posteriormente las asociaciones de alcohólicos].

El personal que atendía a los enfermos en el hospital estaba compuesto por practicantes, religiosas y auxiliares sin cualificación.

En el transcurso del tiempo, las condiciones asistenciales fueron mejorando y el paso al nuevo hospital de Bétera fue decisivo, porque en la nueva estructura se contemplaba un Servicio de Alcoholismo, como unidad especializada y separada de las unidades de psiquiatría, permitiendo ello un funcionamiento más adecuado a las características de los enfermos alcohólicos.

Este Servicio continúa existiendo, reconvertido en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, [UDH] respondiendo así a la actual caracterización de los centros de internamiento.

## **4.2 LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA**

En una segunda fase de institucionalización de los servicios asistenciales, vamos a describir los centros de atención a las toxicomanías, entendiendo que se incluye en ellos la atención al alcoholismo junto a las otras toxicomanías.

En nuestra Comunidad, se perfiló por primera vez las características de los centros a través del Decreto 87/1987 del Consell de la Generalitat Valenciana.

Se considerarán centros de atención a toxicómanos:

- Los centros o servicios de tratamiento médico cuya finalidad es la desintoxicación y deshabituación en régimen de atención ambulatoria.
- Unidades de desintoxicación, que realizan tareas de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario.
- Centros de Día, establecimientos de asistencia o ayuda social cuya finalidad es lograr la rehabilitación e inserción social del toxicómano, en régimen de estancia de día.

- Residencias de rehabilitación de toxicómanos, establecimientos de asistencia o ayuda social cuya finalidad es lograr la rehabilitación del toxicómano en régimen de alojamiento, manutención y atención personalizada, por un tiempo determinado.

#### **4.2.1 Unidad Ambulatoria**

La unidad ambulatoria, es un centro sanitario abierto especializado en el tratamiento de los drogadictos [Hofman, F. 1983]. Debe estar integrado en una red asistencial amplia y debe mantener estrechas relaciones con la unidad hospitalaria, el centro de dispensación de metadona, las comunidades terapéuticas y los servicios médicos y psiquiátricos de su entorno

El fin primordial de la unidad ambulatoria de toxicómanos, es el tratamiento a largo plazo y de forma global, tanto de la dependencia física como de la dependencia psicológica, de los problemas psicológicos personales como de los conflictos familiares, de los aspectos laborales hasta los asuntos judiciales si el caso lo requiere.

Por lo general se empezará por el tratamiento del síndrome de abstinencia en el domicilio del enfermo, pero sólo como paso previo para otro tipo de intervenciones.

Si no es posible la desintoxicación ambulatoria, se recurre a ingresar al enfermo en el hospital, para posteriormente continuar el tratamiento en el ambulatorio, utilizando así el ambulatorio como un centro de postcura de la unidad hospitalaria.

Otro de los objetivos que puede desempeñar este tipo de centro, es el de diagnosticar precozmente las enfermedades asociadas a las drogodependencias, tratarlas si no se precisa de sofisticados medios técnicos y participar en la prevención de dichas enfermedades.

Cuando el enfermo o sus familiares lo necesitan, se puede desde el ambulatorio proporcionar la información necesaria para utilizar otros recursos sociales de la comunidad, solicitar ayudas o becas y tramitar otras gestiones en relación con la enfermedad y la situación social.

El ambulatorio permite una amplia gama de alternativas terapéuticas, algunas de ellas se pueden simultanear en el mismo enfermo, otras sin ser excluyentes, se pueden aplicar de forma sucesiva. Las podemos agrupar de la siguiente forma:

- a) **Desintoxicación ambulatoria:** consiste en el tratamiento del síndrome de abstinencia en el domicilio del enfermo, bajo supervisión de algún familiar [San Molina, L.1985]. Por lo tanto es condición indispensable que el enfermo disponga de un lugar para tal efecto. También es necesario que el familiar que se va a responsabilizar de él no tenga otras ocupaciones durante los primeros quince días del tratamiento. El enfermo se ha de comprometer además a no salir del domicilio, ni recibir visitas de amigos ni hablar por teléfono, ni por supuesto, consumir drogas ni alcohol durante el tratamiento. Se le prescriben diversos medicamentos para combatir la ansiedad, los dolores y el insomnio. La desintoxicación ambulatoria está indicada especialmente en las primeras desintoxicaciones, cuando haya apoyo familiar y disponibilidad de un alojamiento y el enfermo esté motivado para el tratamiento.
  
- b) **Tratamiento libre de drogas:** puede ser la continuación del anterior, o si el enfermo lo prefiere, el mismo inicio del tratamiento. Consiste en conseguir la abstinencia mediante diversas estrategias y con tratamiento psicoterapéutico. Este último puede ser una psicoterapia estructurada con una orientación concreta, o bien una psicoterapia de apoyo. Las estrategias utilizadas tienen en común apartar al enfermo del ambiente toxicomanígeno y son muy variadas en función de las peculiaridades del enfermo. [Mothner, I.; Weitz, A. 1986].
  
- c) **Programa de mantenimiento con metadona:** la metadona es un opiáceo sintético que se puede ingerir por vía oral, con lo que se eluden los riesgos de la vía endovenosa. El programa de mantenimiento con metadona, consiste en administrar durante largos períodos de tiempo la metadona a una dosis tal que el enfermo ya no tenga necesidad de utilizar otros opiáceos como la heroína. [Dole, V.P.,y Nyswander, M.E. 1980].

#### **4.2.2 Unidad Hospitalaria**

La unidad hospitalaria es un dispositivo asistencial imprescindible dentro de una red amplia de servicios de atención de las toxicomanías, con los que debería mantener una estrecha relación y permanente colaboración. Pero no deja de ser uno más de la gama de alternativas terapéuticas necesarias en una sociedad moderna, y sería un tremendo error pensar que las unidades hospitalarias son la panacea de todos los problemas de los toxicómanos. [Gossop, M y Cols. 1986].

El objetivo primordial de la unidad hospitalaria, es el diagnóstico y tratamiento de los síntomas producidos por la retirada de la droga en los enfermos adictos, o lo que es lo mismo, la desintoxicación hospitalaria. Por lo tanto no tiene nada que ver con las expectativas falsas que genera entre la población cuando piensan que los enfermos que allí se tratan van a salir curados en todos los aspectos.

El tratamiento del síndrome de abstinencia se realizará con distintos medicamentos en función de la droga de que se trate [Freixa, F.; Masferrer, J.; Sala, L. 1986]. Se pueden utilizar los mismos medicamentos que se utilizan en el ambulatorio, pero las condiciones de internamiento de la desintoxicación hospitalaria, permite utilizar ciertos fármacos cuyo manejo se hace difícil en régimen ambulatorio.

Por último hay que incluir también entre los objetivos de la unidad, la detección de los problemas sociales, económicos, laborales y familiares, tan frecuentes entre la mayoría de los enfermos. Está claro que no es el lugar adecuado una unidad hospitalaria para la resolución de estos problemas, pero es necesario conocer a fondo cada uno de estos aspectos de los individuos, para poder encauzar al enfermo al ser dado de alta del hospital.

#### **4.2.3 Centro Urbano de Rehabilitación, o Centro de Día**

El centro urbano de día es un recurso asistencial intermedio entre la asistencia dispensarial o ambulatoria y la comunidad terapéutica.

La intervención terapéutica en el centro de día se realiza a través de tres áreas de actuación diferentes: la psicológica, la social y la médica. Cada una de ellas tiene un doble nivel de actuación: el individual y el grupal. El nivel individual cubre la actuación sobre el sujeto y sobre su núcleo familiar; el tratamiento grupal se realiza sobre el grupo de sujetos y sobre el grupo de familiares.

El Centro de día se ubica como un recurso asistencial que por un lado, ofrece un tratamiento exclusivo y completo en el medio urbano, y por otro, se complementa con otros recursos asistenciales como dispensarios y comunidades terapéuticas rurales.

El paciente acude al centro a primera hora de la mañana y permanece allí durante todo el día realizando las distintas actividades programadas, regresando a su casa sobre las seis de la tarde.



Los objetivos fundamentales de un centro de día se pueden concretar en dos: superar la adicción y dependencia a las drogas y conseguir la integración social del sujeto.

El problema real con el que se encuentran los pacientes terminada su desintoxicación física y psíquica, es el de la reinserción social, y éste es el fin último que debe proponerse un centro de día. Si el supuesto teórico de recuperación del toxicómano tiene como objetivo su vuelta a la situación anterior del consumo de la droga, no debe olvidarse que la situación anterior ya era en muchos casos disocial. Reinsertar significará diseñar un proyecto de vida no conflictiva ni autodestructora, por tanto, la línea de actuación ha de ir encaminada a fomentar en el sujeto las siguientes actitudes:

- La capacidad de aceptar responsabilidades.
- La adquisición de compromisos personales.
- La capacidad de tolerar las frustraciones.
- La capacidad de tomar decisiones.
- La autonomía personal.
- La capacidad de análisis y reflexión.
- La mejora del bagaje cultural
- La autoestima.
- La normalidad interrelacional en los grupos de pertenencia.

Estos objetivos específicos podrían resumirse en lo que se conoce como el desarrollo o crecimiento personal, aspecto importante a tener en cuenta a la hora de intentar lograr la reinserción social.

La desvinculación del paciente de su medio socio-familiar conlleva, en muchos de los casos, que los mismos factores que actuaron inicialmente desencadenando las drogodependencias, actúen al final del proceso de tratamiento [cuando el sujeto se reincorpora a su medio social], produciendo así repetidas recaídas. El vivir largo tiempo en una comunidad alejada de su entorno social puede producir en algunos enfermos, dificultades de integración al volver a enlazar con el medio. Desde el centro de día se actúa sobre las dificultades de adaptación y/o integración en el medio de referencia [social y familiar].

Así, la reinserción social del paciente no se realiza de una manera súbita, sino paralelamente al proceso de deshabitación, por cuanto que se actúa simultáneamente sobre ambos procesos.

Tratar el fenómeno de las drogodependencias en el medio donde ésta se generó se apoya en la hipótesis de que es más efectivo, a largo plazo, lograr que la persona rechace o rehuya el consumo de drogas, que apartar o alejar las drogas de la persona [Durán, A. 1985]

La reinserción social en el centro de día se plantea atendiendo tres áreas de reinserción: familiar, escolar y laboral.

Para alcanzar los objetivos propuestos en un centro de día, se desarrolla un programa de actividades que se realiza bajo la dirección de los miembros del equipo profesional. Estas actividades son:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Taller ocupacional.
- Gimnasia y deporte.
- Asambleas.
- Actividades comunitarias.
- Actividades culturales.
- Actividades recreativas.

En los centros de día suele existir un comité de selección que valora si es el recurso asistencial idóneo para cada una de las personas que solicitan su ingreso en él, o si por el contrario, sería otro el modelo de tratamiento adecuado.

#### 4.2.4 Comunidad Terapéutica

La comunidad terapéutica se puede conceptualizar como el espacio donde los pacientes pueden realizar un intenso proceso de crecimiento para poder elegir una vida sin drogas, permitiéndoles una maduración personal.

Para ello, se debe contar con un equipo terapéutico bien diferenciado de los pacientes, que mediante recursos técnicos propios logre que el toxicómano tome progresivamente conciencia de sí mismo y de la sociedad que le rodea. La función de dicho equipo es hacer al toxicómano apto, hábil y capaz para una vida no dependiente, mediante la superación de las carencias identificatorias, la mayor tolerancia a la frustración, la aceptación de su propio cuerpo, sus emociones y pensamientos respecto a sí mismo y a los demás y a la adquisición de hábitos de trabajo y ocupación del ocio. Así se posibilita su entrada en el universo adulto sin desarraigarlo más allá de lo necesario, creando una "sociedad" paralela.

Resulta siempre recomendable la autorevisión periódica del propio trabajo junto con la evaluación y valoración de los resultados.

La comunidad terapéutica debe, por tanto, estar englobada en un programa más amplio de tratamiento, donde se contemplen otras variables: aspectos familiares, residenciales, educativos, culturales y sanitarios, etc., así como coordinada con programas globales autonómicos y nacionales.

Grimson, W.R. [1972] ha proporcionado una acertada caracterización de la comunidad terapéutica, considerándola un conjunto de técnicas integradas que se aplican en una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, caracterizada por un sistema constante pero flexible, cuyas características son conocidas por todos los participantes y son discutidas por ellos, periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos de funcionamiento en base a la deliberación común. La comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. Tiende a integrar el conjunto de actividades en un marco socioterapéutico. La distribución del poder tiende a la igualación de los roles y se dispone de un conjunto de información común a todos los participantes.

Todo ello con los objetivos básicos de:

- Proporcionar al paciente experiencias que aumenten su conciencia de la realidad.

- Facilitar su colaboración y relación con el resto de personas de la comunidad, de modo que aumente su seguridad y su autoestima.
- Movilizar sus capacidades para que desarrolle sus potenciales de realización personal.

De esta forma, los principios de la comunidad terapéutica modifican los esquemas tradicionales de la relación médico-enfermo [o por extensión personal-pacientes], intentando utilizar con finalidad terapéutica todos los recursos de la institución. El paciente pasa de ser considerado un objeto pasivo de cuidados, a convertirse en un agente terapéutico más. La tradicional estructura jerárquica se transforma, adoptándose un modelo de funcionamiento horizontal, a medida que la institución va organizándose sobre bases democráticas.

Podemos, por todo esto, encontrar ciertas características similares en todas las comunidades terapéuticas independientemente de su orientación.

Básicamente se pueden esquematizar en tres los modelos de comunidades terapéuticas: aquellas que solamente están regidas por extoxicómanos, aquellas, donde además se permite la participación de personal técnico y por último las conducidas solamente por profesionales.

Estas modalidades de intervención han sido duramente criticadas. N. Kalibaba [1984] ha sido quien ha realizado el análisis más lúcido de estos modelos terapéuticos señalando cómo están contruidos sobre la permanente escisión entre el mal=afuera y el bien=adentro. Estas comunidades no modificarían la naturaleza de las relaciones objetales del toxicómano. Tan sólo desplazarían las relaciones de dependencia creando una total sumisión a los modelos que valorizan a través de "sobredosis" de aprendizaje. Esto se evidencia en lo problemático que resulta en todas ellas la salida de la comunidad, siendo lo más fácil para el paciente reingresar e intentar convertirse en un miembro más del "staff".

En oposición a estos modelos, la mayoría de profesionales responsables de comunidades terapéuticas definen sus modelos como plurales y multireferenciales.

Creemos con ellos, que los distintos dispositivos asistenciales deben posibilitar a jóvenes con diferentes trastornos, cuyo síntoma manifiesto sea la toxicomanía, encontrar referencias terapéuticas que permitan una confrontación con su realidad individual y social. [Gómez Moya, J. 1988]

## **4.3 DIVERSIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA: PROGRAMAS BASADOS EN NUEVOS RECURSOS**

### **4.3.1 Programas de disminución de daños**

Estos programas entran a formar parte de una tercera etapa de mayor diversificación de recursos asistenciales. Son aplicables tanto en el área preventiva como asistencial. Surgen en la Europa del Norte como intento de control sanitario de un colectivo con graves problemas de salud pública y que no acceden a los recursos asistenciales regularizados, así como de un planteamiento más pragmático que utópico de tratamiento de las adicciones.

Con respecto, a la aplicación de estos programas a la población alcohólica, estarían dirigidos a un colectivo considerado marginal, lo que hoy denominamos alcohólico residual. Se caracterizan fundamentalmente por intentar una mejora de la calidad de vida del alcohólico, proporcionándole apoyo higiénico, alimenticio y social.

Sin embargo, donde mayor aplicación han tenido estos programas ha sido en el ámbito de las drogodependencias no alcohólicas y han supuesto una innovación asistencial en este campo con referencia a los planteamientos iniciales, por lo que haremos una breve descripción sobre el contenido de los mismos, algunos de los cuales, como se verá son accesibles también a los alcohólicos o en todo caso a los policonsumidores de alcohol y otras drogas. [Seguimos para ello con el esquema propuesto por Gimeno, C. 1997].

El punto de partida de la reducción de daños es el no enjuiciamiento moral del consumo de drogas ilegales. Estas son una realidad en nuestra sociedad al igual que las drogas legales y hay un colectivo no desdeñable que las consume y que no puede o no quiere dejar de tomarlas.

- a] Los programas de intercambio de jeringuillas, son el buque insignia de esta nueva concepción. Se iniciaron en Amsterdam [Buning, 1994. Walters, 1994. Bayes 1995] y en nuestro país la primera experiencia fue en el País Vasco en 1989. En la Comunidad Valenciana se iniciaron en Elche en 1993 y posteriormente en Valencia y Alicante desarrollados por ONG. Estos programas pretenden evitar la dispersión de las infecciones y pueden ser de dos tipos; aquellos en que los usuarios acuden a centros de dispensación y recogida, o bien, los que se plantean la búsqueda activa de usuarios a través de la

dispensación con vehículo móvil por profesionales, o a través de agentes de salud o mediadores sociales.

- b) Programas móviles: resultan bastante dispares en cuanto a sus objetivos. Ofrecen información sobre recursos asistenciales y mecanismos de acceso, recursos sociales, servicios sanitarios, dispensación de metadona y suministro e intercambio de materiales. A los alcohólicos se les ofrece comida y abrigo. Se caracterizan porque son los profesionales los que acuden a los sitios de encuentro de los enfermos, en lugar de los programas de concepción clásica de espera.
- c) Centros socio-sanitarios de acogidas y estancias breves: tienen la filosofía de los programas de disminución de riesgo, realizando intercambio de jeringuillas, reparto de preservativos, cuidados de higiene y limpieza de ropa, así como control médico y analítico. [Andrés, M 1995]. Prestan su atención en horario nocturno y pueden ser el punto de enlace con otros recursos asistenciales.
- d) Enfermería de calle, presta asistencia ofreciendo tratamiento a los problemas médicos y previniendo el síndrome de abstinencia con metadona; consulta médica diaria sin cita previa; problemas sanitarios como heridas, vendajes o vacunas; tratamiento de pacientes con un estado general o heridas graves; tratamientos supervisados de tuberculosis.
- e) Salas de inyección: su objetivo primordial es facilitar a los toxicómanos un lugar donde sean tratados con respeto y se les acepte como son, también ofrece un lugar de estancia con bebidas no alcohólicas y alimentos, con una habitación aparte con todos los utensilios necesarios para que el toxicómano pueda inyectarse la droga que trae, bajo la mirada y supervisión de un profesional de enfermería que cuenta con un equipo de reanimación en caso de sobredosis. [Andrés, M. 1995].
- f) Programas de agonistas: los primeros programas de agonistas fueron desarrollados por Dole y Nyswander a partir de 1964 como tratamientos alternativos a la dependencia de opiáceos. Según los objetivos del programa se pueden distinguir [Torrens, M. 1997]: los programas orientados al cambio, con el objetivo final de la obtención de la abstinencia, denominados de alto umbral o de alta exigencia. Y los programas de orientación paliativa destinados a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la dependencia de heroína, denominados de bajo umbral o de baja exigencia.

Los programas orientados al cambio suelen tener una estructura más rígida y un nivel de exigencia más alto, mientras que los paliativos son más flexibles y con un nivel de exigencia menor. Aunque estos tratamientos con agonistas opiáceos se realizan habitualmente con metadona, se pueden realizar con múltiples fármacos agonistas.

#### **4.3.2 Unidad de valoración y apoyo**

La Unidad de valoración y apoyo en drogodependencias[UVAD] es un recurso que surge con la finalidad de posibilitar que los drogodependientes implicados en diligencias judiciales por la comisión de delitos relacionados con su dependencia a las drogas puedan, si así lo desean, recibir un tratamiento adecuado para su adicción en función de su situación social, personal y legal.

La intervención de la UVAD puede ser solicitada directamente por el propio drogodependiente o por: órganos jurisdiccionales, ministerio fiscal, médicos forenses, abogados defensores y recursos asistenciales en drogodependencias.

Los objetivos pueden resumirse en tres:

- Informar y orientar a los detenidos implicados en diligencias judiciales por la comisión de delitos relacionados con su dependencia a las drogas, y a sus familias, sobre las alternativas asistenciales existentes para el tratamiento de su drogodependencia.
- Prestar asesoramiento y apoyo técnico a los órganos judiciales competentes sobre las alternativas terapéuticas y medidas más adecuadas para favorecer la rehabilitación del drogodependiente, en función de sus características personales, familiares y sociales.
- Mantener la coordinación entre los órganos jurisdiccionales competentes y los centros asistenciales públicos y privados acreditados, que garantice el eficaz seguimiento de las medidas decretadas.

Las actividades que se realizan son:

- Asesoramiento en materia de drogodependencias.
- Elaboración de diagnósticos, propuestas de tratamiento y pronósticos sobre el caso.

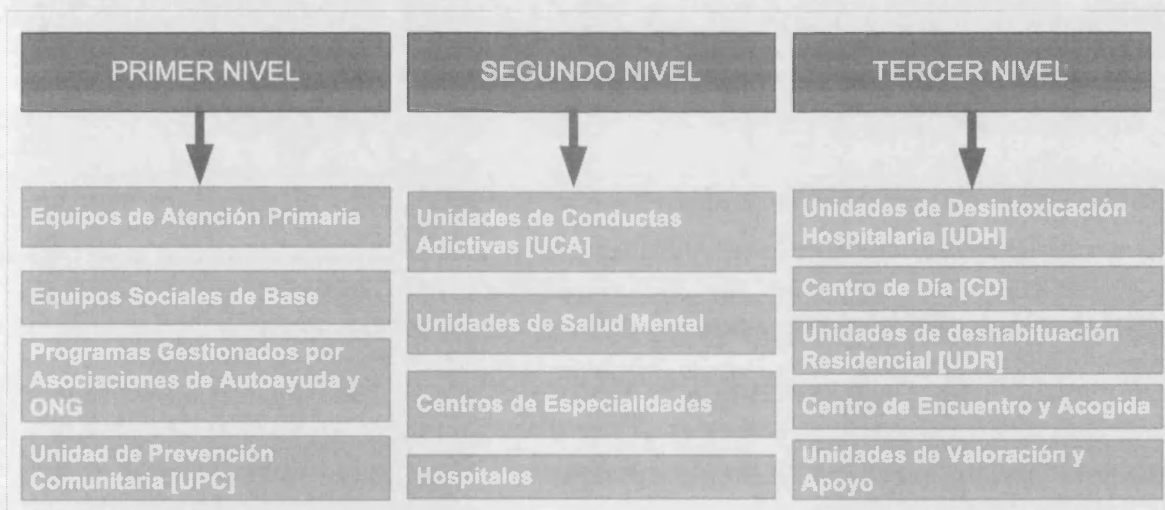
- Derivación a los recursos específicos de asistencia a drogodependientes.
- Seguimiento de casos que se encuentran cumpliendo medidas alternativas al ingreso en prisión.
- Coordinación y solicitud de informes a los centros específicos que asumen el tratamiento de penados.
- Elaboración y compilación de informes.
- Ratificación de los informes elaborados ante los órganos judiciales competentes a solicitud de estos y/o durante el transcurso del juicio oral.

Estos centros son gestionados por asociaciones que reciben subvenciones de la Administración.

#### 4.4 ESTRUCTURA ASISTENCIAL ACTUAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

El modelo de intervención en drogodependencias en la Comunidad Valenciana, se estructura en tres niveles básicos de intervención [Cuadro 4.2].

**Cuadro 4.2 Niveles básicos de intervención en drogodependencias según el modelo actual en la Comunidad Valenciana]**



El primer nivel esta constituido por:

1. Equipos de Atención Primaria, distribuidos en zonas básicas de salud.
2. Equipos Sociales de Base, distribuidos en áreas de acción social.



3. Unidades de Prevención Comunitaria de la Administración Local.
4. Unidades de Prevención del SIDA de los Centros de Salud Pública.
5. Centros y Servicios dependientes de la Administración de Justicia.
6. Programas gestionados por las organizaciones no gubernamentales y asociaciones de autoayuda en los términos establecidos en la legislación vigente.

Son prestaciones de atención primaria a las personas drogodependientes:

- a] Información, orientación, asesoramiento, motivación y educación sanitaria y promoción de la salud y en su caso, derivación hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria y social.
- b] Diagnóstico y detección precoz: valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.
- c] Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al uso y/o abuso de drogas.
- d] Apoyo a su proceso de incorporación social.
- e] Apoyo a sus familiares y entorno afectivo.
- f] Implicación en la dispensación de sustitutivos opiáceos de sujetos en programa de mantenimiento con opiáceos.

El segundo nivel estará constituido por:

- 1.- Unidades de Conductas Adictivas [UCA] que se constituirá como dispositivo de referencia del modelo en su correspondiente Área de Salud.
- 2.- Unidades de Salud Mental.
- 3.- Unidades de hospitalización psiquiátrica, de agudos y de media estancia.
- 4.- Hospitales Generales y centros de especialidades.

Son prestaciones de atención especializada a las personas drogodependientes y con trastornos adictivos:

- a] Planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabitación y rehabilitación ambulatoria.

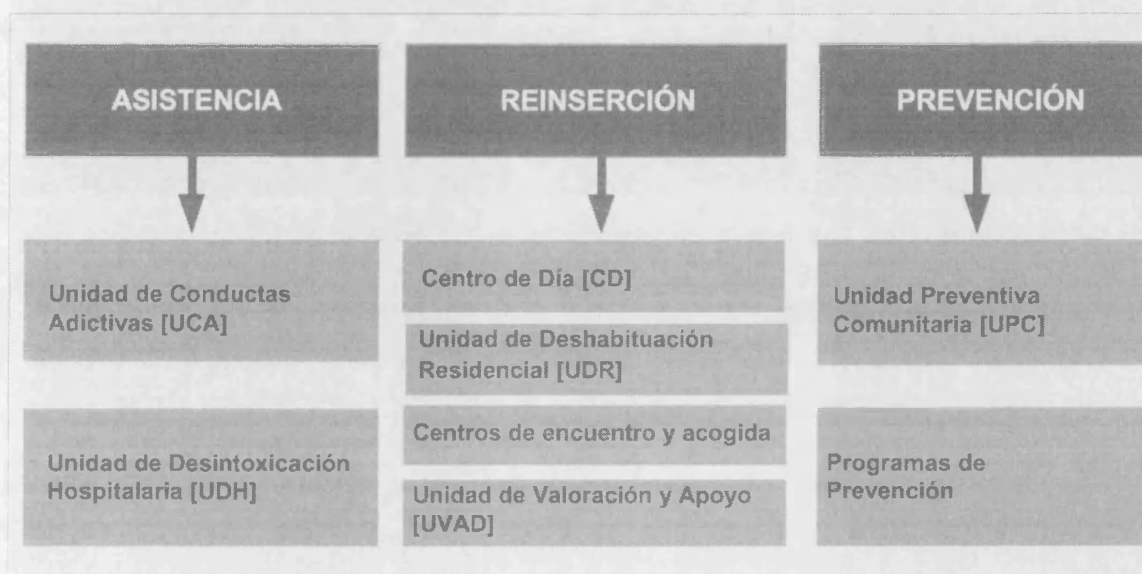
- b) El apoyo y coordinación de los procesos de incorporación social y a los recursos del nivel primario y terciario de intervención.
- c) Evaluación y seguimiento de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- d) La atención a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.
- e) La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- f) La educación sanitaria y el apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos del SIDA.

El tercer nivel, complementario de los dos anteriores, estará constituido por:

1. Unidades de desintoxicación hospitalaria. [UDH]
2. Unidades de deshabitación residencial. [UDR]
3. Centros de Día. [CD]
4. Centros de encuentro y acogida.
5. Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias. [UVAD]

#### 4.4.1 Descripción de los recursos existentes

Cuadro 4.3 Recursos de drogodependencias existentes en la Comunidad Valenciana



Las Unidades de Conductas Adictivas, [UCA], son centros o servicios de tratamiento ambulatorio [desintoxicación y deshabituación] de los trastornos adictivos que desarrollan actividades asistenciales a los enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos.

Funcionalmente, se configuran como unidades de apoyo a los equipos de Atención Primaria, así como, de referencia para el tratamiento de patologías de dependencia a cualquier tipo de droga dentro del Área de Salud en la que radiquen.

Unidades de Alcoholología, [UA], subtipo específico de las UCA dirigidas a la asistencia a pacientes que presentan diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol.

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria [UDH], son aquellas que, dentro de un Centro Hospitalario, realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario, cuando las condiciones bio-psico-sociales y familiares del paciente lo requieren.

Los Centros de Día [CD], son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamientos de deshabituación, rehabilitación y reinserción mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social.

Las Unidades de Deshabituación Residencial, [UDR], [tradicionalmente denominadas Comunidades Terapéuticas] son aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabituación, rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones bio-psico-sociales y familiares del paciente lo requieren.

Los Centros de Encuentro y Acogida son aquellos recursos que, en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio, plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos, priorizando el objeto de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.

Las Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias, [UVAD], son aquellos recursos que tienen como función el asesoramiento y apoyo a los órganos jurisdiccionales en la valoración de drogodependientes con problemas legales.

Las Unidades de Prevención Comunitaria [UPC], son aquellos recursos que, perteneciendo a una Corporación Local, desarrollan actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y, por lo tanto, los problemas asociados a éste,

así como, promover hábitos de vida saludable y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas. [Legislación Valenciana Básica, 1998].

## **4.5 EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO Y LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

Los primeros movimientos que empiezan a dar una atención al problema del alcoholismo tienen su punto de origen en las sociedades templarias, datándose su inicio en 1861 con una implantación originaria en países como Estados Unidos y los Países Escandinavos.

Alcohólicos Anónimos [A.A.] es una comunidad mundial, [en 1999, se calculaba que más de dos millones de personas se han recuperado por medio de A. A], "...donde hombres y mujeres se agrupan para resolver sus problemas comunes y ayudar a sus compañeros que sufren a recuperarse de esa antigua y desconcertante enfermedad". [Alcoholics Anonymous, 1995:13].

Funcionan como una sociedad en donde ningún miembro puede imponer su autoridad personal a otro y no existe nada parecido a un gobierno central. Tan sólo un conjunto de principios tradicionales, que no tienen ninguna fuerza legal, mantiene la unidad y la eficacia de la comunidad de A.A.

Alcohólicos Anónimos empezó en 1935 en Akron, Ohio, como resultado de un encuentro entre un conocido cirujano de esa ciudad y un agente de bolsa de Nueva York. Los dos eran graves casos de alcoholismo e iban a convertirse en los cofundadores de la Comunidad de A.A.

Los principios básicos fueron tomados en su mayor parte de los campos de la medicina y la religión, aunque algunas de las ideas que tuvieron una importancia decisiva para el éxito de la organización se adoptaron como resultado de observar el comportamiento de los asociados y percibir sus necesidades.

Después de tres años de pruebas y tanteos en busca de los principios más realizables que pudieran servir de base para la Sociedad, y tras muchos fracasos en los intentos de conseguir que los alcohólicos se recuperasen, tres grupos lograron tener éxito, el primero en Akron, el segundo en Nueva York y el tercero en Clevelan. Incluso entonces era difícil encontrar cuarenta personas con una recuperación segura en los tres grupos.

No obstante, la Sociedad incipiente decidió poner por escrito su experiencia en un libro que se publicó en 1939. En ese momento se contaba con unos cien miembros recuperados. El libro se tituló "Alcohólicos Anónimos" y de él tomó su nombre la Comunidad.

En las páginas de dicho libro se describía el alcoholismo desde el punto de vista del alcohólico, y se estructuraron por primera vez las ideas espirituales de la Sociedad en los "Doce Pasos", clarificándose la aplicación de estos "pasos" al dilema del alcohólico. El libro "Alcohólicos Anónimos" se convirtió en el texto básico de la comunidad y todavía lo es.

A partir de esta publicación se puso fin a la época pionera y se inició una reacción en cadena a medida que los alcohólicos recuperados llevaban el mensaje a otros más.

He aquí los pasos que se sugieren como programa de recuperación: [Alcohólicos Anónimos. 1990: 55]

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol. Que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un "poder superior" a nosotros mismos podía llegar a devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios *como nosotros lo concebimos*.
4. Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

**11.** Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, *como nosotros lo concebimos*, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

**12.** Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

En Estados Unidos, Alcohólicos Anónimos es una organización que goza de un gran prestigio y reconocimiento social e institucional, en lo referente a la rehabilitación de alcohólicos. Prácticamente es el único movimiento asociativo que trabaja sobre este tema y que basa toda su fuerza rehabilitadora en la importancia que se le atribuye a la ayuda mutua y la creencia en una filosofía de vida basada en los "Doce pasos o doce tradiciones".

Nos hemos detenido a conocer someramente cual es su funcionamiento y como se desarrolló y creció, porque consideramos que esta es la base a partir de la cual surge la idea para fundar otro tipo de movimientos de ayuda mutua, en otros países, tal como ocurrió en nuestro país.

Las diferencias fundamentales las encontramos en la filosofía y la espiritualidad que Alcohólicos Anónimos [A.A.] fomenta, como si se tratara de una religión, y de hecho cumple ese papel para muchos rehabilitados. En España, el funcionamiento de las asociaciones rememora el modo de funcionar de A.A. en los aspectos básicos y organizativos como son: los grupos como elemento imprescindible para la rehabilitación, la implicación de las familias, los Congresos o Concentraciones de las Asociaciones, demostrando su sobriedad frente a la sociedad, las convivencias en el tiempo libre y las publicaciones.

Sin embargo existe una gran diferencia en cuanto a la espiritualidad de los miembros. En España se persigue la abstinencia a partir de la racionalidad y en A.A. a partir de la creencia.

La lucha antialcohólica no pudo revestir en España, ni en la mayor parte de los países europeos, la forma extrema con que se llevó en Estados Unidos, pues ya desde aquel momento, las industrias derivadas del alcohol, como la del vino, la cerveza y los licores, comenzaban a representar una inmensa riqueza que en ningún momento convenía destruir.

En nuestro país, los movimientos antialcohólicos, han venido desarrollando un papel muy importante en el intento, por un lado de disminuir la incidencia y prevalencia del

alcoholismo, e impedir así sus consecuencias, sobre todo sociales, y por otro, en el de ofrecer una solución al paciente alcohólico y a sus familiares.

En un interesante trabajo del Dr. Freixa sobre el movimiento asociativo, encontramos datos exactos sobre la aparición de las primeras asociaciones en nuestro país. La primera asociación de alcohólicos se funda en Madrid en 1967 al amparo del único Dispensario de Alcoholismo y Toxicomanías que existía de una manera oficial, dependiente de la dirección General de Sanidad, por iniciativa del Dr. Joaquín Santodomingo. Se llama Asociación de Exalcohólicos Españoles. Aunque en 1960 se había registrado para su legalización la organización de Alcohólicos Anónimos cuyas características inspiracionales no se correspondían en aquella época con las características socioculturales y vitivinícolas de nuestro país. [Freixa, F. 2000: 122-157]

En 1970 se creó otra Asociación en Valencia [la actual AVEX] y seguidamente surgieron otros grupos en diversas ciudades como Bilbao, Barcelona, o Alicante.

Lo importante de éste hecho, como dice Freixa en el trabajo antes mencionado, es que en el ámbito de lo que serían después autonomías o nacionalidades históricas y en distintos municipios, las distintas asociaciones fueron útiles para generar centros de atención y en especial, que éstos tuvieran además de los recursos médico asistenciales, aquellos otros que tenían carácter socioterapéutico, como base la terapia de grupo y aprovechar los aspectos positivos de ciertos niveles de la autoexperiencia.

En el momento actual la red de apoyo social que brindan las asociaciones de alcohólicos rehabilitados está realizando una labor de primordial importancia, formando parte del modelo moderno de atención al alcohólico junto con los psicofármacos y los tratamientos psicoterapéuticos.

Esa función desarrollada por las asociaciones y los grupos se encuadra en la fase de la rehabilitación del paciente alcohólico y se aborda desde una perspectiva tanto individual como social.

#### **4.5.1 Las asociaciones de alcohólicos: una red de apoyo social**

Podemos hablar de dos formas de apoyo social, por un lado los servicios profesionales y por otro los recursos o redes informales no profesionalizados. Ambos coexisten en nuestro sistema de recursos pero no con la suficiente articulación y coordinación. Ambos debieran plantearse en colaboración, y programarse con una mayor

integración entre sistemas formales e informales de ayuda, ya que los servicios profesionales no pueden satisfacer todas las necesidades y cada vez más, se hace patente la necesidad de una mayor participación de los usuarios.

El movimiento asociativo se fundamenta en el trabajo con diferentes tipos de grupos, tanto aquellos que buscan la mejoría de las condiciones y habilidades sociales a través de los encuentros entre pares, como aquellos cuyo objetivo fundamental es el individuo enfermo, y el grupo cumple una finalidad terapéutica.

Tanto si se persigue un objetivo u otro, conceptualizaremos el grupo a través de los rasgos que, según Cristina de Robertis [1994], diferenciarían a un grupo de cualquier otro tipo de agregado, como es, la interacción que existe entre las personas y la conciencia de estar psicológicamente ligadas en función de intereses comunes.

Los grupos de ayuda y apoyo social cumplen un papel socializador, para las personas que han tenido un problema personal que les ha separado de los cauces "normales" de socialización, como sería el caso de los alcohólicos.

Trataremos de reflexionar acerca de ese papel atribuido a los grupos y las asociaciones de alcohólicos, que de alguna manera ha estado condicionado a través de los años, por la representación que del alcoholismo se ha tenido en la sociedad, por el significado atribuido a las asociaciones en diferentes momentos históricos y por supuesto, por la construcción social del concepto de alcohólico según la evolución de la enfermedad, considerada ésta como problema social.

Los grupos de apoyo social de alcohólicos vienen funcionando en nuestro país, como decíamos anteriormente, aproximadamente desde mitad de los años 60 y como bien expresa Enrique Gracia [1996:5] hablando del valor que se atribuye a la ayuda mutua, estos grupos funcionan porque a través de ellos las personas demuestran que no necesitan ser pasivas y que tienen poder; aunque permiten la dependencia también exigen autonomía e independencia; aunque proporcionan apoyo, exigen acción y trabajo y no giran alrededor de un líder o profesional sino que son grupos centrados en los iguales. Con esto, no pretendemos significar la exclusión de los profesionales de este tipo de grupos ya que su presencia es considerada en ciertos momentos imprescindible. Tan sólo señalar la diferencia con respecto a otro tipo de grupos de finalidad más psicoterapéutica.

Existen también ciertos mecanismos que, según Gracia, E. [1996: 8] explican la obtención de beneficios al desempeñar el rol de ayuda:

- La persona que ayuda es menos dependiente



- Enfrentando el problema de otra persona, la persona que ayuda tiene la oportunidad de observar su propio problema desde la distancia.
- La persona que ayuda obtiene un sentimiento de utilidad social al desempeñar ese rol.
- La persona que desempeña un rol tiende a cumplir las expectativas y requisitos de ese rol, adquiriendo habilidades, actitudes conductas y disposición mental.

Las asociaciones de alcohólicos rehabilitados forman parte de esta red informal de apoyo social desempeñando un papel importante en la representación social del alcoholismo y desarrollando ese papel en una doble vertiente: hacia fuera de la asociación y hacia dentro de la asociación.

#### **4.5.2 El papel de las asociaciones de alcohólicos**

La atención al problema del alcoholismo ha desarrollado a través del tiempo diferentes marcos operativos desde los cuales se realizaba la intervención. Y probablemente ese marco o estructura desde el que se atiende el problema, esta fuertemente condicionado por el enfoque teórico desde el cual es considerado el alcoholismo.

Así que podemos referirnos a tres momentos diferentes según la construcción social del concepto, vicio – enfermedad; toxicomanía – drogodependencia; y adicción.

Cada uno de estos conceptos podemos situarlo en el tiempo, atribuirle una teoría de referencia, describir un marco institucional para su atención y adjudicar un papel a las asociaciones según cada contexto.

Las asociaciones inician su andadura en un marco conceptual moralista y peyorativo con respecto al alcohólico y cumplen una misión de sensibilización social para contribuir al cambio del concepto de vicio por el de enfermedad.

Las asociaciones durante esta época que situamos entre los años 1965 a 1975, cumplen un papel importante en la asistencia al enfermo alcohólico, ya que existe una carencia y un vacío asistencial en medio abierto, que en parte es cubierto por las asociaciones. Estas alcanzan un gran protagonismo en la lucha antialcohólica con acciones dirigidas hacia el medio social, a fin de concienciar a la población de la existencia de una enfermedad y de las posibilidades asistenciales de la misma.

En la década siguiente, la aparición de nuevos consumos y consumidores representa un gran impacto en la sociedad, que no está preparada para asumir las toxicomanías que entre los jóvenes comienzan a extenderse.

Durante este período proliferan los centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias, iniciándose una tendencia a la medicalización de los tratamientos, quizá por el envejecimiento de la población toxicómana y la aparición de enfermedades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Para las asociaciones de alcohólicos es una etapa de indefinición, de tránsito, de laguna. Supone un interrogante. El alcohólico no se identifica como toxicómano ni como drogadicto. La eclosión de las drogas ha impactado en la sociedad y el problema del alcoholismo parece pasar a un segundo plano.

Las asociaciones continúan, sin embargo su tarea, aún percibiendo la pérdida de protagonismo. Gracias a ellas la representación del colectivo de alcohólicos continúa significando y ocupando un espacio en la sociedad.

En los años 90 hemos de hablar de adicción a diferentes sustancias o conductas y también de policonsumos. La sociedad de consumo invade los mercados incluso el de la salud, y por otro lado, se evidencian conflictos de valores en nuestra sociedad, a través de los grupos defensores de estilos de vida saludables. Estos últimos representados en gran parte, por los grupos de alcohólicos, y por las asociaciones y colectivos afectados.

Para las asociaciones supone también una definición de funciones. Tienen un papel que cumplir en el ámbito de la rehabilitación y la reinserción. Han de llegar donde no alcanza el sistema sanitario, es decir a la persona, su familia, sus inquietudes, sus temores y sus éxitos.

#### **4.5.2.1 La actuación rehabilitadora desde las asociaciones**

La atención individualizada. Nos referimos aquí a la prestación que la asociación de alcohólicos ha desarrollado en la atención y asistencia al enfermo alcohólico. Es decir el papel de la asociación "hacia dentro". Y para mejor entenderlo, habría que diferenciar éste en función de los diferentes perfiles sociales de las personas que acuden en demanda de ayuda a las asociaciones.[Gómez Moya, J. 1992: 106].

El alcohólico residual: sin trabajo, sin familia, sin vivienda, con un concepto de sí mismo muy negativo y carente de crédito social, suele plantear demandas de tipo material.

Las asociaciones ofrecen una respuesta asistencial puntual y paliativa, orientando y derivando a recursos que puedan disminuir el malestar. Se plantean objetivos a corto plazo.

El alcohólico habitual, o alcohólico crónico: que abandona sus deberes laborales, presenta desajustes familiares, descuida las reglas sociales...plantean demandas materiales y también otro tipo de demanda no material, basada en la carencia de apoyos personales y familiares, y en la necesidad de una orientación adecuada para intentar encauzar su vida sin alcohol. La asociación en estos casos tiene una finalidad integradora. Intenta mejorar la calidad de vida del alcohólico aún sabiendo que las abstinencias pueden ser tan sólo transitorias. Se pretenden mejoras parciales que tiendan a la posible rehabilitación en un futuro. Se trata de rehabilitar a través de objetivos a medio plazo.

El alcohólico que denominamos intermitente, o también el alcohólico crónico poco deteriorado: que tiene un trabajo fijo, con apoyos familiares consistentes, muy relacionados socialmente aunque con pocos amigos, también como en el caso anterior plantean demandas materiales y no materiales. En estos casos la asociación es un puente de apoyo en su camino hacia la abstinencia total y la reinserción social.

Los grupos de familiares. También las asociaciones prestan un importante servicio a la familia del alcohólico destacando el trabajo con grupos de familiares. El entorno del paciente enferma con él y la familia detecta y percibe en primera línea los síntomas de la enfermedad.

En los grupos de familiares se pretende crear deliberadamente un medio ambiente protegido donde las relaciones sociales se fomenten de manera que conduzcan a un cambio positivo en sus miembros.

Podemos diferenciar dos tipos de grupos con familiares [aunque evidentemente puede haber más], nos centraremos en los grupos informativos y los grupos de discusión.

Grupos informativos: Ofrecen una guía a los familiares para conducir las relaciones. Deben concienciar sus responsabilidades. Ayudar a aceptar su situación y arbitrar medios para procurar soluciones.

Grupos de discusión: Tratan de producir la eclosión de la problemática familiar. Ofrecen la posibilidad de verbalizar las dificultades y elaborar las causas. Posibilitan volcar la problemática del miembro afectado en la familia. Integrar al sujeto afectado en el núcleo familiar.

Las asociaciones como grupos de presión. También las asociaciones constituyen un grupo de presión social, muy capaz de reivindicar demandas en nombre de un colectivo. Para ello se precisa en primer lugar que los componentes de la agrupación tomen conciencia de su “estar” y de su “deber estar” como ciudadanos y como agrupación social con unos fines y unos medios.

La estructura asociativa, requiere:

- Participación activa, de personas que quieren voluntariamente comprometerse en la acción.
- Organización, habrá que organizar la participación a través de un conjunto de reglas y procedimientos y clarificar las líneas de actuación.
- Y por último, hay que disponer de unos objetivos comunes explícitos y pactados con programas y proyectos para los asociados. [Tschorne, P 1990: 15].

La presencia de las asociaciones indican la presencia de un problema social al que no se puede dejar de mirar y de atender.

La presencia de las asociaciones indica que la magnitud del problema ha desbordado el ámbito de lo individual.

La presencia de las asociaciones indica que el enfermo alcohólico es en primer lugar persona, después enfermo y por último, enfermedad.



**CAPÍTULO V**  
**PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS**



## CAPÍTULO V

# PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS

*“Si el conocimiento fuese una piedra, con los contornos y la estructura terminados, invariable al paso de los años; o si esa piedra continuase allí, invariable, millones de años después que nosotros hubiéramos desaparecido...Pero no. El conocimiento es un proceso fluido, sometido a todas las influencias y las luchas sociales, tanto en su origen como en su dilatada generación y en su consolidación” [Durán M.A. 2000: 357].*

La rehabilitación de la alcohólica es un proceso largo y difícil tanto para la mujer como para los que la rodean. El reconocimiento de su enfermedad implica admitir y asumir una etiqueta que conlleva una carga social importante, por lo que en muchas ocasiones se opta por la negación del problema, como una posible salida ante la situación. En otras ocasiones, los apoyos y las redes socio-culturales, -entendidas como lo hace Elkaim, M. [1995:24], “grupos de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos, a un individuo o una familia”-, cumplen su objetivo, brindando las respuestas necesarias para que las mujeres alcohólicas encuentren la salida adecuada al problema con que se enfrentan.

Hablamos de la rehabilitación de la alcohólica de forma genérica pero en realidad estamos refiriéndonos a un proceso de abstinencia que comporta cuatro fases interrelacionadas y que van realizándose de un modo progresivo, aunque diferenciadas conceptualmente. El comienzo de la abstinencia es lo que denominamos la desintoxicación, entendida ésta como el proceso por el que pasa una persona desde que deja de consumir la droga de la que depende, hasta que supera las manifestaciones orgánicas propias del síndrome de abstinencia. Una vez superada la adicción comienza un proceso orientado al aprendizaje de estrategias terapéuticas, que permitan a la persona enfrentarse a factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, con el fin de eliminar la dependencia del mismo.



Hablamos, entonces, de deshabitación. Casi simultáneamente a este aprendizaje, la persona precisa de un tiempo para integrarse en la sociedad y éste período es lo que habitualmente se considera como la rehabilitación. Por último la reinserción, considerando ésta como la vuelta a la situación anterior a su dependencia. [Diez, E. 1998: 29]. Es decir, la integración social la concebimos como un conjunto de relaciones sociales que se crean y modifican a través de redes grupales [estructuras], contextos económicos y culturales [condicionantes históricos], y la dinámica de conflictos y correspondencias en ellas inherentes [procesos sociales contradictorios]. O dicho de otro modo, y como expresa Rodríguez Cabrero, G. como “el conjunto de experiencias individuales de integración espacial y socialmente condicionadas”. Desde otra perspectiva, el mismo autor, considera la reinserción social como “el conjunto de prácticas sociales de recuperación individual contextualizadas normalmente, aunque no exclusivamente por programas o actividades institucionales de reinserción/integración, a su vez condicionadas por las actividades de las instituciones del orden social y condicionadas y/o determinadas por las prácticas sociales e ideologías de la sociedad a través de sus diferentes grupos y colectivos sociales”. [Rodríguez, G. 1988: 28].

Este conjunto de realidades sociales, que tiene como núcleo central los procesos sociales de recuperación individual, no se manifiesta aisladamente, sino que cada uno de los espacios de acción e intervención, sólo puede comprenderse en su relación dinámica, con el conjunto global de los aspectos, dimensiones y conflictos que conlleva la reinserción social. Entendemos que en la rehabilitación de la mujer alcohólica se interviene básicamente desde dos dimensiones. Desde la mujer alcohólica con su propia realidad, su familia, sus amigos y su trabajo. Desde las instituciones representadas en la figura de los profesionales que trabajan en los centros dentro del marco político-asistencial de cada momento.

Estos elementos o actores sociales, piensan, toman decisiones y actúan basándose en la cultura grupal en que se desenvuelven sus vidas. Sin embargo, en toda cultura hay aspectos visibles que podemos observar y copiar como son los hábitos y las costumbres, pero también hay aspectos ocultos. [White, C. 1999]. Son los pensamientos, actitudes, creencias y valores de nuestra sociedad. Determinan lo que hacemos y lo que decimos. Necesitamos observar, escuchar, analizar y estudiar los grupos y los actores sociales, para comprender los problemas sociales y entrar en un proceso de comunicación más eficaz entre los grupos y dentro de ellos mismos.

En la presente investigación se realiza un análisis del proceso de rehabilitación de la mujer alcohólica desde su propio discurso. Discurso que se centra en las vivencias, experiencias, expectativas de futuro y apoyos sociales obtenidos durante la rehabilitación.

Este proceso de rehabilitación no tiene una sola dimensión, sino que tiene un carácter multidimensional en el que participan diferentes actores, de ahí que, ligado al objetivo anterior, nos planteamos como objetivo complementario el estudio y análisis de la visión de otros actores presentes en el mencionado proceso, como son los profesionales que trabajan en el ámbito del alcoholismo.

Se trata, en definitiva, de ver cómo las personas relacionadas e implicadas, crean y reflejan a través de su experiencia, el mundo social que rodea a la alcohólica durante su rehabilitación. Para acercarnos a estas experiencias nos inclinamos por la utilización de documentos personales que como define Allport, G.W. [1970:472]: “se trata de todo documento escrito o manifestación verbal del propio sujeto que nos proporciona, intencionadamente o no, información relativa a la estructura y dinámica de la vida del autor”.

La mayor parte de las investigaciones sobre alcoholismo se han centrado en el alcohólico varón y en el intento de describir las causas, síntomas, consecuencias y formas de tratamiento. Los factores psico biológicos y los mecanismos de adquisición de la dependencia, es además, hoy en día, uno de los puntos de interés de la medicina y la psicología, puesto que tras un período de gran importancia de los factores sociales, [Bogani, E. 1971; Piqueras, F. 1973; Comas, D; Graña J.L.; Garcia, A.; 1987; Freixa, F. 1988; Rodríguez Cabrero, G. 1988] se está volviendo a posturas más biologicistas, [Espinós, C.; Sánchez, F.1997; Buck, K.J. 1998; Tiihonen, J. y otros 1999; Schuckit, M.A. 2000]. con las que, por otra parte, no nos identificamos en esta investigación.

En la historia del alcoholismo han destacado los médicos, como profesionales interesados en el fenómeno y sobre todo los psiquiatras, en cuanto que se ha considerado una enfermedad clasificada como enfermedad mental. Dado que el perfil mayoritario de los investigadores del tema ha sido durante años el de médico psiquiatra y varón, y que por otro lado, hasta hace apenas diez años el porcentaje de alcohólicos que llegaba al tratamiento era muy superior al de las mujeres, la mayor parte de las investigaciones sobre alcoholismo femenino han estado condicionadas por ambos factores. Se han orientado hacia estudios descriptivos en busca de características específicas y diferenciadoras en las mujeres alcohólicas, con respecto al modelo dominante de alcoholismo masculino.

Son escasos los trabajos que realizan una aproximación al discurso de las propias mujeres alcohólicas para conocer, analizar y concluir sobre el alcoholismo femenino desde el epicentro del mismo. Tampoco recogen los discursos de otros actores, como los profesionales, que promueven hábitos y conductas culturales diferentes a la cultura alcohólica. Este es el objetivo de esta investigación y esta la razón por la que se hace imprescindible la utilización de un método de investigación de tipo cualitativo. Sin embargo

las circunstancias del estudio empujan a practicar una combinación metodológica, haciendo uso de fuentes documentales, que aportan datos secundarios imprescindibles para la cuantificación del fenómeno y por ello, el planteamiento general de nuestro estudio, se basa en la aplicación de lo que conocemos como integración metodológica.

La elección de diferentes perspectivas de investigación para recoger los datos posibilita que se compensen las debilidades de unas perspectivas con las potencialidades de las otras. De este modo se enriquece la investigación, puesto que el conocimiento del tema a investigar se aborda desde distintas perspectivas, pudiendo llegar a conclusiones que aportan conjuntamente una visión subjetiva y otra objetiva sobre el alcoholismo, en este caso.

De hecho todo el planteamiento metodológico pretende estudiar de la manera más completa posible, el fenómeno del alcoholismo desde la perspectiva de género y en el ámbito concreto de la Comunidad Valenciana.

En base a la mencionada estrategia de integración, hemos aplicado técnicas cuantitativas y cualitativas. Concretamente, hemos optado por emplear el análisis de datos secundarios, el relato de vida y la entrevista enfocada.

El estudio cuantitativo de datos secundarios permite conocer el estado de la situación del alcoholismo en nuestro País y en la Comunidad Valenciana.

Como se aprecia en el Cuadro 5.1, se ha incluido en la perspectiva cuantitativa tres dimensiones básicas referidas al consumo de alcohol: 1] Prevalencia y tendencias de consumo de alcohol en España, 2] El consumo de alcohol en el colectivo de mujeres en España y 3] La caracterización del problema del alcoholismo en la Comunidad Valenciana. [Cuadro 5.1.]

**Cuadro 5.1.- Marco analítico del consumo de alcohol en España y la Comunidad Valenciana: perspectiva cuantitativa.**

PERSPECTIVA	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES
PERSPECTIVA CUANTITATIVA	PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA.	El consumo de alcohol: prevalencia y evolución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evolución temporal del consumo.</li> <li>▪ Evolución del consumo mensual y diario por edad y sexo.</li> </ul>
		Tendencias de consumo y nuevos fenómenos emergentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad a de inicio al consumo.</li> <li>▪ Tipos de bebidas.</li> <li>▪ Intoxicaciones etílicas.</li> <li>▪ El consumo en la población juvenil.</li> </ul>
		Tipología de los consumidores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de bebedores.</li> <li>▪ Edad, sexo y frecuencia.</li> </ul>
	EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL COLECTIVO DE MUJERES	Los patrones de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiempos y frecuencia de consumo.</li> <li>▪ Edad de inicio.</li> <li>▪ Tipo de bebida y cantidad.</li> </ul>
		Tipología y perfil de las bebedoras abusivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad.</li> <li>▪ Estado civil.</li> <li>▪ Nivel educativo.</li> <li>▪ Ocupación.</li> <li>▪ Clase social.</li> <li>▪ Ideología política</li> <li>▪ Creencias religiosas.</li> <li>▪ Zonas</li> </ul>
	LA CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	Prevalencia y patrones de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frecuencia de consumo y perfil de consumidores.</li> <li>▪ Edades de inicio.</li> <li>▪ Tipos de bebida y cantidad.</li> </ul>
		Tipología de bebedores y perfil	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de bebedores</li> <li>▪ Perfil de consumidores abusivos.</li> </ul>
		Modelo socio-cultural del consumo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lugares y compañía para consumir.</li> <li>▪ Perfil de los consumidores según el ámbito de consumo.</li> </ul>

Las fuentes básicas que hemos empleado para analizar los indicadores específicos propios de cada una de estas dimensiones han sido, los Informes del Observatorio Español sobre Drogas de los años 2000 y 2001, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Estudio del Equipo de Investigación Sociológica [EDIS] sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino en España del año 2000, el Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias 1999-2002, y el Estudio Sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados en la Comunidad Valenciana [II] de la Generalitat Valenciana y de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [FAD] del año 2000.

La primera dimensión referida a la prevalencia y las tendencias de consumo de alcohol en España, se articula a través de tres subdimensiones concretas: a] prevalencia y evolución del consumo, b] las tendencias y los fenómenos emergentes y c] la tipología de los consumidores. Para conocer la situación del consumo en nuestro país [subdimensión a] nos hemos planteado como indicadores específicos, estudiar la evolución de la prevalencia de los consumos de alcohol de la población general española por sexo y edad, según patrones de consumo mensual y diario.

La segunda subdimensión, propia de la prevalencia de consumo en España, es la referida a las tendencias y los fenómenos emergentes [subdimensión b], donde hemos estudiado cuatro indicadores. Los tres primeros, edad de inicio, tipos de bebidas e intoxicaciones etílicas, nos ayudan a conocer las tendencias actuales entre la población española. El cuarto indicador, el consumo entre la población joven, es el fenómeno más significativo que ha surgido en los últimos años.

En último término [subdimensión c] presentamos diferentes tipologías de bebedores según, edad, sexo y frecuencia.

La segunda dimensión integrante de la perspectiva cuantitativa es la que hace referencia al consumo de alcohol en el colectivo de mujeres. Nos hemos propuesto como partes básicas de esta categoría analizar, a] los patrones de consumo y b] la tipología y perfil de las bebedoras abusivas, lo cual conforma las dos subdimensiones de este apartado. A su vez, cada una de estas subdimensiones se desagrega en una serie de indicadores, los referidos al consumo: tiempos, frecuencia, edad de inicio, tipos de bebidas, cantidad, y los referidos al perfil de bebedora abusiva: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, clase social, ideología política y creencias religiosas y zonas.

La última dimensión que conforma el análisis cuantitativo, es la que alude a las características del problema del alcoholismo en la Comunidad Valenciana. Para ello introducimos tres subdimensiones: a] la prevalencia y patrones de consumo, b] la tipología de bebedores y su perfil y c] el modelo socio-cultural del consumo.

La prevalencia y patrones de consumo los estudiamos a partir de los indicadores: frecuencia en el consumo de alcohol y perfil de consumidores, edades de inicio al consumo de alcohol, y tipos de bebida y cantidad. La segunda subdimensión comprende dos indicadores de estudio, los tipos de bebedores y el perfil de consumidores abusivos. Con referencia a la tercera subdimensión sobre el análisis del modelo de consumo, nos acercamos al conocimiento de los lugares y la compañía elegida para consumir alcohol, así como el perfil de los consumidores según el ámbito de consumo.

Respecto a la perspectiva cuantitativa nos gustaría explicitar la técnica de investigación utilizada para conseguir cada uno de los indicadores propios de las diferentes dimensiones y subdimensiones que le son propias. Se trata del análisis de datos secundarios.

La explotación de datos secundarios es posiblemente una de las técnicas de investigación más extendida en cualquier metodología aplicada dentro del campo de las Ciencias Sociales. Se consideran datos secundarios, según Almarcha [1969:30], "el cúmulo de informaciones que se hallan recogidas o publicadas por diversas instituciones sin propósitos específicos de investigación social, sino con otros fines muy variados, fundamentalmente, proveer de información o documentación a los órganos del Estado o al público. Entra aquí un abigarrado conjunto de datos censales, literatura política, biografías, ficheros de distintas instituciones, memorias, publicaciones periódicas, etc."

La propia naturaleza secundaria del material documental, [producidos generalmente con propósitos diferentes a los de la investigación social] según el mismo autor, pueden presentar rigideces y limitaciones, por lo que se aconseja que sirvan de hábil complemento a los datos primarios. [Almarcha, A.1969: 164].

Por otra parte, el estudio cualitativo, trata de conocer las vivencias, experiencias, actitudes de las personas, a través de los discursos que emergen de las mismas. La investigación cualitativa, por tanto es inductiva, los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas que les proporcionan los discursos. Se sigue un diseño de investigación flexible y se comienza el estudio con interrogantes vagamente formulados. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan. "Tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas". [Taylor, S.J. y Bogdan, R. 1987:19]

Para la perspectiva fenomenológica, en la que se enmarca la investigación cualitativa, es esencial entender la realidad tal como otros la experimentan. No se busca "la verdad" o "la moralidad" sino una comprensión detallada desde el punto de vista de otras personas.

Desde este enfoque se ha realizado un acercamiento a la realidad a partir de dos colectivos, como puede apreciarse en el Cuadro 5.2] 1] Los profesionales que trabajan con las mujeres alcohólicas. 2] La mujer alcohólica en proceso de recuperación.

En el colectivo de profesionales consideramos tres temas para el análisis: a] trabajar con alcohólicos: vocación o profesión, b] perspectivas de abordaje del trabajo profesional, y por último, c] la mujer alcohólica para los profesionales.

El estudio del grupo de mujeres alcohólicas, se ha subdividido en cuatro temas de análisis: a) la experiencia del alcoholismo, b) alcoholismo y socialización, c) el tratamiento y la rehabilitación: un reto para la mujer alcohólica, y d) alcoholismo y sociedad.

**Cuadro 5.2.- Marco de referencia para el análisis de los discursos desde la perspectiva cualitativa**

	COLECTIVO	TEMAS DE ANÁLISIS	ASPECTOS
<b>PERSPECTIVA CUALITATIVA</b>		Trabajar con alcohólicos: vocación o profesión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La decisión de trabajar en alcoholismo: el enganche</li> <li>• El profesional y su trabajo</li> <li>• La opinión de los profesionales sobre la estructura asistencial.</li> <li>• El proceso del tratamiento.</li> </ul>
	<b>Los Profesionales</b>	Perspectivas teórico-metodológicas del trabajo de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales y la conceptualización del alcoholismo femenino.</li> <li>• Enfoques y Modelos para la intervención</li> <li>• Abstinencia total versus beber controlado</li> <li>• Las asociaciones y los grupos de autoayuda</li> </ul>
		La mujer alcohólica para los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El perfil de la mujer alcohólica</li> <li>• El mundo vital de la alcohólica, visto por los profesionales.</li> <li>• El profesional como referente para la alcohólica</li> </ul>
		La experiencia del alcoholismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciarse en el alcohol.</li> <li>▪ Motivos y formas de consumo.</li> <li>▪ La conciencia de alcoholismo</li> <li>▪ Consecuencias asociadas al consumo excesivo.</li> </ul>
		Alcoholismo y Socialización	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuerdos de una vida: vivencias y sentimientos.</li> <li>▪ Las relaciones con la familia de origen.</li> <li>▪ La pareja de la alcohólica.</li> <li>▪ Los hijos.</li> </ul>
	<b>Las mujeres alcohólicas</b>	El tratamiento y la rehabilitación: un reto para la mujer alcohólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La decisión de cambiar.</li> <li>▪ El proceso de recuperación</li> <li>▪ La vida sin alcohol: una meta alcanzable.</li> <li>▪ El apoyo a otras personas</li> </ul>
		Alcoholismo y sociedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percepción social y diferencias por género.</li> <li>▪ El trabajo de la mujer dentro y fuera del hogar.</li> <li>▪ La degradación social</li> <li>▪ La esperanza</li> </ul>

Cada uno de estos temas, son estudiados a través de una serie de aspectos de análisis, diferenciando entre los distintos colectivos.

Los aspectos contemplados para el análisis de los temas referidos al colectivo de los profesionales, son: para el tema a) trabajar en alcoholismo, vocación o profesión: La

decisión de trabajar en alcoholismo, el profesional y su trabajo, la opinión de los profesionales sobre la estructura asistencial, y el proceso del tratamiento. Para el tema b] perspectivas teórico-metodológicas del trabajo de los profesionales: los profesionales y la conceptualización del alcoholismo femenino, enfoques y modelos para la intervención, abstinencia total versus beber controlado, y las asociaciones y los grupos de autoayuda. Para el tema c] la mujer alcohólica para los profesionales: el perfil de la mujer alcohólica, el mundo vital de la alcohólica visto por los profesionales, y el profesional como referente para la alcohólica.

Los aspectos investigados que se refieren al colectivo de las mujeres alcohólicas, son: para el tema a] la experiencia del alcoholismo: iniciarse en el alcohol, los motivos y las formas del consumo, la conciencia de alcoholismo, y las consecuencias asociadas al consumo excesivo. Para el tema b] alcoholismo y socialización: recuerdos de una vida, las relaciones con la familia de origen, la pareja de la alcohólica, y los hijos. Para el tema c] el tratamiento y la rehabilitación: la decisión de cambiar, el proceso de recuperación, la vida sin alcohol: una meta alcanzable, y el apoyo a otras personas. Y para el tema d] alcoholismo y sociedad: la percepción social y diferencias por género, el trabajo de la mujer dentro y fuera del hogar, la degradación social y la esperanza.

En el presente trabajo, con las mujeres alcohólicas, se utiliza la técnica autobiográfica en la modalidad del relato de vida. Los relatos autobiográficos son una construcción de la realidad social [Belenky 1986, Evans 1993, Gilmore 1994, Linde 1993, Plummer 1983, Stanley 1992]. No son meros datos referenciales de vidas, sino que articulan la realidad de una vida personal dentro de un contexto social determinado. El género biográfico, en sus diversas modalidades, revisadas por Sarabia B. [1989], ha sido practicado desde antiguo por filósofos, miembros del clero, personajes políticos, historiadores, novelistas, antropólogos y sociólogos. [Allport 1942, Denzin, 1970; Szscepanski, 1973].

Lo que Vallés denomina como relatos de vida, *life stories*, [Vallés, M. 1997: 243], hace referencia a narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos. En su opinión, el entendimiento de lo biográfico en tanto método, enfoque o conjunto de técnicas de investigación social debe partir del referente histórico – cultural. Las distintas culturas han ido generando y desarrollando, a lo largo de la historia, una rica variedad de formas orales, escritas y audiovisuales de carácter biográfico o autobiográfico.

Siguiendo las orientaciones de Pujadas [1992:74], el relato de vida, aunque basado en un relato biográfico, posee un proceso de análisis en donde las narrativas biográficas son tan solo un punto de partida, o un medio de análisis, pero no el objeto principal de la investigación. Expresión de la naturaleza y cultura humana, el relato de la vida propia o



ajena ha alcanzado la distinción de género por su reflejo de moldes estilísticos elaborados y reelaborados en contextos determinados

En nuestro caso, y teniendo en cuenta las características de las personas sobre las que se centra la investigación, el relato escrito presenta ciertas ventajas sobre otros tipos de técnicas, ya que permite a la persona reflexionar sobre lo que quiere decir, porque tiene tiempo, y asimismo, se evita la presión de una entrevista frente a una persona desconocida. Por lo general a las mujeres alcohólicas les cuesta hablar sobre sí mismas con desconocidos, e incluso, para conseguir sus escritos ha sido absolutamente necesario hacerlo a través de una tercera persona. Esta tercera persona ha sido el profesional que estando en contacto cotidiano con las mujeres alcohólicas y conociéndolas desde tiempo, podía garantizar el buen fin del trabajo que se les pedía, la confianza en la persona que realizaba la investigación y por supuesto la confidencialidad de los datos.

Sin embargo para el colectivo de los profesionales, se ha optado por la utilización de otra técnica cualitativa como es "the focused interview" o entrevista focalizada. Este término, fue acuñado por Robert K. Merton, en su artículo firmado con Patricia L. Kendall en 1946, en *The American Journal of Sociology* [Vallés, M. 1997:184].

La entrevista focalizada, según Ruiz Olabuénaga, J.; Ispizua, M.A. [1989: 153] pretende responder a cuestiones concretas y se centra en un solo acto, experiencia o significado social. Se trata de un procedimiento en torno a un punto-diana, núcleo o foco de interés como pueda ser una experiencia, una situación o una acción. Va dirigida a un individuo concreto caracterizado por haber tomado parte en esa situación o haber vivido esa experiencia. La realización de esta delimitación exige por parte del investigador un conocimiento y análisis sistemático previo, del objeto de estudio.

A pesar de su especificidad, la entrevista focalizada se incluye dentro de la categoría de entrevistas cualitativas de investigación. Según Merton y Kendall [1946:545], para que esta entrevista resulte productiva ha de basarse en cuatro criterios:

- No dirección. Tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas.
- Especificidad: animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas
- Amplitud. Indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto.

- Profundidad y contexto personal. La entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica.

En realidad se trata de criterios entrelazados, pues la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte la obtención de profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas. Por otro lado, el logro de estos tres últimos criterios exige rebajar la pretensión del criterio de no dirección.

Se ha utilizado un guión de entrevista [Anexo I], que ha servido como eje conductor de las conversaciones, aunque en ningún momento se ha intentado ceñir el discurso de los entrevistados a categorías previamente elaboradas.

Con respecto al colectivo de los profesionales, se han tomado decisiones muestrales persiguiendo la representación de todos los perfiles de profesionales que intervienen en el proceso de rehabilitación de la mujer alcohólica desde los diferentes recursos de asistencia. Teniendo en cuenta que no todos los profesionales están en todos los programas, se ha seleccionado un perfil distinto en cada uno de los centros de trabajo. En la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Alcoholología se ha entrevistado al Médico. En la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria al Diplomado en Enfermería; en el Centro de Día al Trabajador Social; al Educador en la Unidad de Deshabitación Residencial, y por último al Psicólogo en la Asociación de Alcohólicos. [Cuadro 5.3].

**Cuadro 5.3.- Marco de referencia del colectivo de profesionales entrevistados según perfil profesional y contexto de trabajo.**

COLECTIVO	PERFIL PROFESIONAL	RECURSOS	TÉCNICA
PROFESIONALES	<b>Educador</b>	Unidad de Deshabitación Residencial [UDR]	Entrevista 1
	<b>Trabajador Social</b>	Centro de Día [CD]	Entrevista 2
	<b>Psicólogo</b>	Asociación	Entrevista 3
	<b>Médico</b>	Unidad de Conductas Adictivas [UCA]	Entrevista 4
	<b>Diplomado en enfermería</b>	Unidad de desintoxicación Hospitalaria [UDH]	Entrevista 5
	<b>Médico</b>	Unidad de alcoholología.	Entrevista 6

En el colectivo de las mujeres alcohólicas, donde, por razones obvias, es imprescindible estudiar el discurso de la mujer cuando no está bajo los efectos del alcohol,

hemos establecido una tipología en base a diferentes períodos de abstinencia y contextos en los que se produce la rehabilitación.

En la elección y selección de los recursos, como puede verse en el Cuadro 5.4 nos hemos centrado en la estructura asistencial y de reinserción que está vigente en la actualidad en la Comunidad Valenciana. Siguiendo el criterio de consideraciones pragmáticas como apuntan [Hammersley y Atkinson, 1995: 38], la consideración de la accesibilidad [Marshall y Rossman, 1989: 56; Erlandson y otros, 1993:56] y la consideración de los recursos disponibles [Morse, 1994:222], las mujeres alcohólicas abstinentes se han localizado a través de los centros de tratamiento y de asociaciones o grupos de autoayuda y siempre por medio de un profesional.<sup>1</sup>

**Cuadro 5.4.- Marco de referencia del colectivo de mujeres alcohólicas estudiadas según periodo de abstinencia en los diferentes recursos**

COLECTIVOS	Periodo de abstinencia y fase	Recursos	Técnica
Mujeres alcohólicas en tratamiento y rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre 1 día y un mes de abstinencia.</li> <li>▪ Fase de desintoxicación</li> </ul>	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria	Relato de vida 1 Relato de vida 2
		Unidad de Conductas Adictivas	Relato de vida 3 Relato de vida 4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre 1 mes y 6 meses de abstinencia.</li> <li>▪ Fase de Deshabitución</li> </ul>	Unidad de Alcoholología	Relato de vida 5 Relato de vida 6
		Unidad de Conductas Adictivas y Asociación.	Relato de vida 7 Relato de vida 8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre 6 meses y 2 años de abstinencia.</li> <li>▪ Fase de Rehabilitación</li> </ul>	Asociación. Grupo terapéutico.	Relato de vida 9 Relato de vida 10 Relato de vida 11
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Más de 2 años de abstinencia.</li> <li>▪ Fase de reinserción</li> </ul>	Sin contactos con grupos o asociaciones.
Miembro activo de Asociación de Alcohólicos rehabilitados	Relato de vida 14		
Perteneciente a Alcohólicos Anónimos.	Relato de vida 15		

Se ha practicado la selección estratégica de casos procediendo según pautas de muestro teórico al modo definido por Glaser y Strauss [1967]. Siguiendo estas

<sup>1</sup> No se ha recogido ningún relato de mujeres en Unidades de Deshabitución Residencial [UDR] ni tampoco en Centros de Día [CD], porque, a pesar de ser un recurso que se ofrece tanto a alcohólicos como toxicómanos de otras sustancias, no se suele atender a mujeres alcohólicas en dichos centros.

consideraciones, como puede apreciarse en el Cuadro 5.4. se han seleccionado para la categoría de mujer alcohólica en tratamiento y rehabilitación, los recursos que cumplen este fin, procurando la representación de todas las modalidades de centros de atención, dada la diversidad de los mismos. Seguidamente y siguiendo el criterio de saturación o redundancia se ha configurado un grupo de once mujeres que estuvieran entre un día y dos años sin beber, completándose según etapas de abstinencia del siguiente modo: cuatro de ellas en fase de desintoxicación, entre un día y un mes de abstinencia, dos ingresadas en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y dos en tratamiento ambulatorio en una Unidad de Conductas Adictivas. Otras cuatro de las mujeres que componen este agregado estaban abstinentes varios meses hasta un máximo de seis, por lo que se puede considerar fase de deshabitación, bien en una Unidad de Alcoholología o combinando un centro médico con una asociación.

Las tres mujeres restantes que completan este grupo, se han considerado en fase de rehabilitación por estar más de seis meses abstinentes pero no más de dos años, por lo que todavía reciben un apoyo psicoterapéutico grupal en una asociación.

Para la categoría de alcohólica recuperada, o en fase de reinserción, se han seleccionado cuatro casos. Dos de ellas pertenecen a grupos de ayuda mutua, o a algún tipo de organización de ayuda a otras personas alcohólicas, y las otras dos, no realizan ningún tipo de actividad que tenga relación con el alcoholismo. Todas ellas llevan más de dos años de abstinencia.

Como hemos apuntado anteriormente, el diseño de la investigación se basa principalmente en la perspectiva cualitativa. En este punto queremos hacer referencia a la base teórica del análisis cualitativo que esta fundamentada en la Grounded Theory [Glaser, B.G. y Strauss, A. 1967]. Su enfoque de la teoría fundamentada tiene la finalidad de dirigir la atención del investigador al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales frente al procedimiento de la inducción analítica [Znaniecki, 1934; Robinson, 1951;] que ha sido empleado a fin de desarrollar, verificar o poner a prueba proposiciones sobre la naturaleza de la vida social. A pesar de las diferencias señaladas por Vallés, M [1997:348] entre ambos métodos, apunta también este autor que Glaser y Strauss consideran que ambos procedimientos de generación de teoría pueden complementarse.

El enfoque de la teoría fundamentada es un método para descubrir hipótesis, conceptos, teorías y proposiciones, partiendo directamente de los datos y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. La estrategia para el desarrollo de la teoría fundamentada es el Método Comparativo Constante [MCC], por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos.

Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente. [Taylor, S.J. y Bogdan, R. 1987:154].

Los principales momentos del análisis cualitativo, según el procedimiento de la Grounded Theory, el denominado Método Comparativo Constante [MCC], fueron originalmente descritos distinguiendo cuatro fases: comparación de incidentes, integración de categorías y sus propiedades, delimitación de la teoría y escritura de la teoría.

Para concluir estas aportaciones metodológicas haremos referencia a una cita de Glaser y Strauss [1967:3] en la que aducen que el criterio clave para evaluar las teorías consiste en examinar si se ajustan y funcionan. Por ajuste entendemos que las categorías deben ser fácilmente aplicables [sin forzarlas] a los datos que se estudian y surgir de ellos; el funcionamiento supone que deben ser significativamente apropiadas y capaces de explicar la conducta en estudio. Al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino sólo de demostrar que son plausibles.

**CAPÍTULO VI**  
**CONSUMO DE ALCOHOL Y CONTEXTO SOCIAL**



## **CAPÍTULO VI**

### **CONSUMO DE ALCOHOL Y CONTEXTO SOCIAL**

*“Nadie puede ignorar que éste es un problema a la vez personal, familiar y comunitario. Por otra parte, qué duda cabe de que estamos ante un problema que abarca los elementos educativo, sanitario y social. También sabemos que el tema que nos ocupa tiene unas dimensiones domésticas, laborales y de convivencia. Nadie ignora, tampoco, las implicaciones locales, regionales, estatales e internacionales de las adicciones. Es difícil, asimismo, diferenciar la gravedad del problema en base a la división cultural entre las drogas legales e ilegales o entre “blandas y duras”. A nadie se le oculta, al tiempo, que éste es un problema que afecta a la población en general, sin distinción de edades ni de sexos.” [Sanchís, M.; Martín, E. 1997:1]*

#### **6.1 PREVALENCIA Y TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA**

En este capítulo se presentan las características sociodemográficas y los hábitos de consumo existentes en la población general y la población femenina en particular. En primer lugar se analizan las conductas de consumo en el Estado Español para después centrarnos en el ámbito geográfico más próximo de la Comunidad Valenciana.

La ampliación de la base social de consumidores, con la presencia de adolescentes de ambos sexos, y la existencia de una importante tolerancia social frente al alcohol, son sin duda los factores que de forma más intensa han favorecido la expansión que el consumo de bebidas alcohólicas ha tenido en las dos últimas décadas en España, convirtiendo el alcohol en la droga más consumida. En paralelo, y a medida que el uso de las bebidas alcohólicas se iba generalizando, Elzo opina que se ha instaurado una imagen normalizada de esta



conducta, que con frecuencia se traduce en la banalización del consumo y de los efectos asociados al alcohol. [Elzo, J. 2000: 14-38]. Conviene añadir también que este proceso de normalización o de acomodación social no es exclusivo del alcohol, sino que, como expresa Sánchez, L. [2001: 85-94], define las nuevas relaciones que, la sociedad española y de modo particular los jóvenes, ha establecido con las drogas y que ha hecho del uso de estas sustancias un elemento central de la cultura juvenil y de sus formas de ocupación del ocio.

Para analizar las prevalencias y tendencias del consumo de alcohol en España, desde una perspectiva cuantitativa, hemos optado por utilizar la fuente que nos asegura mayor fidelidad de datos que es la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas, estudio que periódicamente realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.<sup>2</sup>

### 6.1.1 El consumo de alcohol, prevalencia y evolución

El alcohol es sin duda la sustancia de mayor penetración en la sociedad española, como se pone de manifiesto si analizamos los datos de la tabla 6.1.

**Tabla 6.1 Evolución temporal de las prevalencias de consumo de alcohol en España entre la población comprendida entre 15 y 65 años de edad. 1995-1999**

	1995	1997	1999
<b>Alguna vez en la vida</b>	---	<b>89,9</b>	<b>87,1</b>
Últimos 12 meses	68,2	77,8	74,6
Últimos 30 días	53,0	60,7	61,7
Última semana	38,9	48,5	46,7
Consumo diario	14,6	12,9	13,7

Fuente: DGPNSD.<sup>3</sup> Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Podemos observar que el 87,1% de la población entre 15 y 65 años, en 1999, ha consumido alcohol alguna vez en la vida. Esto significa que prácticamente toda la población española ha bebido alguna vez, teniendo en cuenta que no están incluidos los niños y los ancianos. Esta cifra despertaría la alarma social si se tratara de cualquier otra droga, si bien, en el caso del alcohol, la sociedad se comporta de una forma mucho más tolerante, como podremos comprobar a lo largo de esta investigación.

La cifra va descendiendo a medida que acortamos los períodos de tiempo de consumo, de forma que en el último año son los bebedores un 74,6%, en el último mes un

<sup>2</sup> Este Organismo ha publicado cuatro informes referidos a los años 1998, 1999, 2000, y 2001 que aportan abundante información sobre la situación del fenómeno del alcoholismo en nuestro país.

61,7% y en la última semana un 46,7%. La población que consume diariamente asciende a un 13,7%. Aunque este dato puede parecer poco elevado, significa que ese colectivo de personas puede considerarse como grupo de riesgo, en la medida que diariamente ingiere una droga.

Respecto a la evolución del consumo, aunque algunos estudios [Icsa-Gallup 1980; Navarro, J. 1984; Ministerio de Agricultura, 1998; Sánchez, L. 2002] parecen apuntar un cierto descenso del consumo en los promedios globales del conjunto de la población, el análisis de esta tabla indica claramente el incremento de los consumidores anuales, mensuales y semanales en 1999 con respecto a 1995. Excepto para los consumidores diarios que desciende del 14,6% en 1995 al 13,7% en 1999. Esto podría indicar que en efecto, los bebedores abusivos, según el patrón clásico de consumo diario, han disminuido, dando paso a un nuevo fenómeno más extendido entre la población juvenil que responde a un patrón de uso más compulsivo, como es el consumo durante los fines de semana.

Conviene analizar los datos de consumo de alcohol con mayor detenimiento, por lo que presentamos, la evolución y prevalencia referidas al consumo mensual y al consumo diario, desagregando ambos por sexo y grupos de edad, en las tablas 6.2 y 6.3.

**Tabla 6.2 Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupos de edad**

Grupo de edad [años]	1995		1997		1999	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total Población 15-65</b>	<b>68,4</b>	<b>38,0</b>	<b>73,3</b>	<b>48,2</b>	<b>74,7</b>	<b>50,7</b>
<b>15-19</b>	56,8	37,7	52,8	46,2	54,9	50,9
<b>20-24</b>	75,6	53,2	79,1	60,4	76,5	65,3
<b>25-29</b>	77,9	46,0	76,9	55,1	77,6	62,6
<b>30-34</b>	70,2	39,8	80,3	52,3	79,2	55,7
<b>35-39</b>	73,1	42,1	80,3	53,7	83,0	52,0
<b>40-65</b>	65,2	29,6	73,3	41,5	74,5	42,1
<b>Total</b>	<b>53,0</b>		<b>60,7</b>		<b>61,7</b>	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001. Elaboración Propia.

Si consideramos el consumo en la población entre 15 y 65 años podremos observar cómo el aumento ha sido progresivo en todos los años, tanto para el grupo de mujeres como para el de hombres. En los hombres se pasa del 68,4% en 1995, al 73,3% en 1997 y al 74,7% en 1999. Mientras que las mujeres se sitúan en un 38,0% en 1995, un 48,2% en 1997

<sup>3</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

para alcanzar el porcentaje de 50,7% en 1999. Puede comprobarse que el aumento de mujeres que consumieron alcohol durante el último mes, doce puntos porcentuales de diferencia entre 1995 y 1999, es mucho más elevado que el aumento en el grupo de hombres, seis puntos porcentuales de diferencia para el mismo periodo, por lo que, a pesar que el uso sigue siendo superior entre los hombres, las diferencias con respecto a las mujeres se han reducido sensiblemente, al mismo tiempo que el uso de alcohol entre las mujeres ha aumentado de manera considerable. Estos datos corroboran la hipótesis de la actual incorporación de las mujeres al consumo de alcohol.

El grupo de edad de menor consumo es el de mujeres entre 40 y 65 años, [29,6%, 41,5% y 42,1%, respectivamente en cada año], a consecuencia, probablemente, de la tardía incorporación que ha tenido este colectivo a la ingesta de alcohol, debido probablemente al control que la sociedad ha ejercido sobre el uso/consumo del mismo entre la población femenina y a que la conducta de consumo por parte de las mujeres no suele manifestarse.

Cabe destacar, sin embargo, el crecimiento que el consumo de alcohol ha registrado entre las mujeres de 15 a 19 años, que pasa del 37,7% en 1995 al 50,9% en 1999. Esta reciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol, es un aspecto muy relevante entre los nuevos patrones de consumo en España. Como afirman Calafat, A. y Amengual, M. [1997:7], “en el momento actual existe, en la práctica, una equivalencia, en las tasas de consumo de alcohol entre los dos sexos, sobre todo en las edades comprendidas entre los 15 y los 18 años.”

Por último, añadiremos que en 1995 la cifra más alta era para los hombres entre 25 y 29 años, con un 77,9%. Mientras que en 1997, era para el grupo de hombres de edad comprendida entre los 35 y 39 años con un 80,3%, situándose el porcentaje más alto de consumo, en el mismo grupo de edad, en 1999 con un 83,0%. Entre las mujeres, el porcentaje más elevado se sitúa en 1999, en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 24 años con un 65,3%. Esta tendencia se observa ya en los años 1995 y 1997, donde el grupo de mujeres de mayor prevalencia de consumo de alcohol es también de 20 a 24 años de edad, con un 53,2 y 60,4 de porcentaje de población en cada año respectivamente.



Tabla 6.3 Evolución de la prevalencia del consumo diario de alcohol por sexo y grupo de edad

Grupo de edad [años]	1995		1997		1999	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total Población 15-65</b>	<b>23,6</b>	<b>5,8</b>	<b>20,5</b>	<b>5,4</b>	<b>21,1</b>	<b>6,2</b>
<b>15-19</b>	2,2	0,5	0,6	0,3	1,6	0,1
<b>20-24</b>	5,6	0,9	3,3	1,0	3,9	0,5
<b>25-29</b>	13,0	3,2	10,9	2,3	10,5	4,1
<b>30-34</b>	23,4	6,6	18,3	3,6	17,9	5,0
<b>35-39</b>	31,5	8,4	22,6	6,3	28,8	6,9
<b>40-65</b>	37,5	8,5	34,4	9,0	32,5	9,7
<b>Total</b>	<b>14,6</b>		<b>12,9</b>		<b>13,7</b>	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001. Elaboración Propia.

Otro indicador importante de las prevalencias de consumo de alcohol en nuestro país es el consumo diario [Tabla 6.3], que sigue estando asociado a los varones como lo confirma la existencia en 1999 de un 21,1% de hombres que beben diariamente frente a un 6,2% de mujeres, entre 15 y 65 años. La costumbre social de beber, es una norma ampliamente aceptada y tolerada para el hombre, que no encuentra ningún tipo de enjuiciamiento social aunque las ingestas de alcohol sean en público.

Esta conducta no tiene la misma aceptación si se trata de una mujer, sin embargo, en los últimos años observamos una mayor incorporación de las mujeres al hábito del consumo diario sobre todo en el grupo de edad de 40 a 65 años que se sitúa en 1999 en un 9,7% frente al 8,5% de 1995. Como indican Santo Domingo y Rubio en la Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo, el aumento del consumo de alcohol entre las mujeres españolas, es un proceso perceptible en las últimas décadas que se intensifica en los últimos años, [Santo Domingo, J. Rubio, G. 2000: 15-32].

Los porcentajes más altos de consumo diario en los tres años analizados, se sitúan en la franja de edad entre 40 y 65 años tanto para los hombres [37,5%, en 1995, 34,4% en 1997 y 32,5% en 1999] como para las mujeres [8,5% en 1995, 9,0% en 1997 y 9,7% en 1999]. Podemos observar a la vista de estos datos que en el grupo de hombres el porcentaje va disminuyendo con el transcurso de los años, contrariamente a lo que sucede en el grupo de mujeres que registra un aumento paulatino.

La lectura de los datos de esta tabla también pone de manifiesto que los grupos de edad más jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, tienen los porcentajes más bajos de consumo diario en los tres años estudiados, produciéndose incluso un descenso entre 1995

que muestra un 2,2% para los hombres y un 0,5% para las mujeres, y 1999 con un 1,6% en los hombres y un 0,1% en las mujeres.

Esto corrobora los datos aportados en trabajos recientes [Sánchez, L. 2002, b: 43-61; Sánchez, L 2002,a: 12-19], sobre el consumo de alcohol en España, en los que se afirma que el consumo de los y las jóvenes está asociado a ingestas más compulsivas y concentradas en fines de semana.

### **6.1.2 Tendencias de consumo y nuevos fenómenos emergentes**

Los cambios que se han registrado en los últimos años respecto de los consumos de alcohol no han sido sólo de carácter cuantitativo [aumento de las prevalencias de uso]. Se han producido variaciones muy importantes en los patrones de uso de esta sustancia y en el perfil de los consumidores, en especial con la presencia de colectivos como los adolescentes, más vulnerables a los efectos del alcohol. Estas transformaciones han afectado también a las funciones asignadas a los consumos de alcohol, dando lugar a la aparición entre los jóvenes de un nuevo patrón de uso que ha dado en denominarse: consumo recreativo de alcohol. Estas nuevas pautas de consumo de alcohol en la población juvenil, representan uno de los aspectos más destacados de la evolución de los consumos de drogas en los últimos años, como muestran las encuestas de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, [Observatorio Español sobre Drogas 2001].

Este consumo se caracteriza por realizarse lógicamente fuera del hogar y concentrarse durante los fines de semana y en contextos de tiempo libre y diversión.

Otras características del patrón juvenil de consumo de alcohol, son la búsqueda intencionada de la embriaguez y la ingesta, principalmente, de combinados y cerveza.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en 1999 en 16,9 años. Se aprecia una estabilización si lo comparamos con la edad media en 1997 que se sitúa una décima por debajo, en 16,8, como se puede apreciar en la tabla 6.4.

Tabla 6.4 Evolución de la edad media de inicio al consumo de alcohol

Grupo de edad [años]	1997		1999	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Total Población 15-65</b>	<b>15,9</b>	<b>17,8</b>	<b>16,1</b>	<b>17,7</b>
<b>15-19</b>	14,6	15,0	14,9	15,0
<b>20-24</b>	15,3	16,2	15,4	16,2
<b>25-29</b>	15,5	16,6	15,7	16,6
<b>30-34</b>	15,7	17,1	15,9	17,2
<b>35-39</b>	16,0	17,7	16,0	17,3
<b>40-65</b>	16,6	19,8	16,8	19,4
<b>Total</b>	<b>16,8</b>		<b>16,9</b>	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001. Elaboración Propia.

Las mujeres, en todos los grupos de edad, se inician en el consumo algo más tarde que los hombres. Si consideramos la población general entre 15 y 65 años y con datos para el año 1999, los hombres inician el consumo a los 16,1 y las mujeres a los 17,7.

Sin embargo, las mujeres van incorporándose al consumo de alcohol en edades cada vez más tempranas, ya que, como se puede observar, en este mismo grupo de población se aprecia un ligero descenso de la edad de inicio al consumo en las mujeres, que pasa de 17,8 en 1997 a 17,7 en 1999. En los hombres se da el efecto contrario ya que hay un aumento de dos décimas en la edad media de inicio, que en 1997 es de 15,9 y en 1999 es 16,1.

Cabe resaltar las diferencias existentes según los grupos de edad, siendo el grupo de mujeres de 40 a 65 años las que más tardíamente han comenzado a beber alcohol, en 1997 a los 19,8 años de edad media y en 1999 a los 19,4.

La edad de inicio en los grupos más jóvenes de hombres se retrasa alguna décima entre 1997 [14,6] y 1999 [14,9] para la población comprendida entre 15 y 19 años y también para el colectivo de 20 a 24 años que es de 15,3 en 1997 y 15,4 en 1999. Sin embargo para los mismos grupos de edad en las mujeres permanece igual en 1997 y 1999, siendo de 15,0 en el grupo de 15 a 19 años y 16,2 en el grupo de 20 a 24 años.

Otro dato significativo en relación con el anterior, es que las edades medias de inicio al consumo en las mujeres descienden de manera considerable, a medida que los grupos poblacionales son más jóvenes. Así en 1999, mientras el grupo de 40 a 65 años se inicia a los 19,4 años de edad el de 15 a 19 lo hace a los 15 años. Estos datos ponen de manifiesto la temprana incorporación de la mujer al hábito de beber alcohol y sobre todo el cambio



socio-cultural acaecido con referencia a las mujeres jóvenes de hace veinte años, representadas en el grupo de 40 a 65 años.

También en los grupos de hombres se observa un descenso en la edad media de inicio según desciende la edad de los grupos, aunque las diferencias no son tan relevantes como en las mujeres. En el grupo de 40 a 65 años, para el año 1999 la edad media de inicio al consumo es de 16,8 y es 14,9 en el grupo de 15 a 19 años. Este descenso se aprecia igualmente en 1997 en los mismos grupos de edad, siendo 16,6 la edad media de inicio para el grupo de 40 a 65 años y 14,6 para el grupo de 15 a 19 años. Indicando por tanto que, la tendencia al consumo por los jóvenes, en edades cada vez más tempranas, se ha ido instaurando a través de los años, puesto que en 1997 la población más joven ya se iniciaba en el consumo a menor edad que los grupos de edades superiores.

Con referencia a las bebidas alcohólicas más consumidas en nuestro país, el vino y la cerveza son los favoritos, aunque el orden de preferencia varía si se trata de fin de semana o días laborables como puede comprobarse en la tabla 6.5.

**Tabla 6.5 Bebidas alcohólicas más consumidas en los últimos 30 días, prevalencias de uso**

Tipo de Bebida	Días Laborales			Fines de semana		
	P.G.*	15-18	15-29	P.G.	15-18	15-29
Vino/Champán	11,7	0,6	2,4	17,2	3,7	6,5
Cerveza/Sidra	6,5	0,8	3,1	18,5	10,5	19,0
Aperitivos/vermut	0,1	0,1	0,1	1,7	1,3	1,4
Combinados/cubatas	0,3	0,1	0,3	8,9	13,0	17,3
Licores de frutas	0,2	--	0,1	1,3	1,7	2,1
Licores fuertes	0,6	--	0,1	2,4	1,5	2,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001. Elaboración propia.

\*P.G. Población General

Tomando como referencia la población general, podemos comprobar que en los días laborables la bebida más consumida es el vino con un 11,7 seguido de la cerveza con un 6,5. Estas preferencias se modifican a la inversa durante los fines de semana, siendo la bebida más consumida la cerveza con un 18,5, seguida del vino con un 17,2.

Si desagregamos los datos por grupos de edades de población joven, estas preferencias difieren de las de la población general, ya que para los jóvenes siempre es la cerveza la bebida más consumida, tanto en días laborables [en el grupo de 15 a 18 años 0,8, y en el grupo de 15 a 29 años, 3,1] como durante los fines de semana [grupo de 15 a 18 años, 10,5 y grupo de 15 a 29 años, 19,0].

Las bebidas menos consumidas son los aperitivos y licores, tanto en días laborables para la población general [0,1 y 0,2 respectivamente] como para los grupos de edad más jóvenes [0,1], así como durante los fines de semana, que aunque aumenta algo el consumo con referencia a los días laborables, sigue siendo la menos consumida en relación a las otras bebidas entre los grupos más jóvenes [1,3 y 1,4 los aperitivos y 1,5 y 2,1 los licores] y también en la población general que tan sólo alcanza el 1,3 en los licores y 1,7, los aperitivos.

Lo que se puede deducir a partir de lo que reflejan estos datos, es que hay un aumento considerable del consumo de alcohol durante los fines de semana, tanto en la población general como en los grupos más jóvenes, y que la tendencia es consumir las bebidas más baratas, y de menos graduación, lo cual permite estar bebiendo durante más tiempo y beber más cantidad. También hay una tendencia a mantener las costumbres sociales del área mediterránea, [consumo diario de vino], y añadir las costumbres importadas de otros países [consumo más compulsivo de otras bebidas en fin de semana].

Con respecto a las intoxicaciones etílicas, el análisis de los datos sobre las personas que se emborrachan con frecuencia, constituye un indicador para realizar una aproximación a las personas que puedan presentar problemas de abuso con el alcohol, como puede apreciarse en las tablas 6.6 y 6.7.

**Tabla 6.6 Evolución de las borracheras entre quienes se han emborrachado en los últimos 12 meses**

Frecuencias	1997		1999	
	Nº [miles]	%	Nº [miles]	%
<b>Frecuencia diaria</b>	291	1,1	110	0,4
<b>1-6 días semana</b>	456	1,7	351	1,3
<b>1-3 días mes [mensuales]</b>	649	2,5	605	2,2,
<b>Bimensuales y/o anuales</b>	3.542	13,4	4.014	14,7
<b>No se han emborrachado</b>	14.812	56,1	15.004	55,0
<b>Abstemios + No han bebido último 12 meses + NC</b>	6.642	25,2	7.197	26,4
<b>Totales</b>	26.397	100,0	27.285	100,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

La comparación entre 1997 y 1999 nos permite evidenciar que, el porcentaje de quienes se emborrachan, ha disminuido prácticamente en todas las frecuencias, excepto para quienes lo hacen de manera esporádica una o dos veces al año que pasa del 13,4% en 1997 al 14,7 en 1999. Las borracheras diarias pasan del 1,1% en 1997 al 0,4% en 1999, las semanales reducen el porcentaje del 1,7 al 1,3 y las mensuales del 2,5 al 2,2.



De otra parte, se observa una tendencia descendente en las personas que no se han emborrachado, ya que en 1997 es el 56,1% y en 1999 el 55,0%, al tiempo que aumentan los abstemios o que no han bebido en el último año, pasando de ser un 25,2% en 1997 a un 26,4% en 1999

Una aportación interesante es conocer la evolución del número de borracheras en función del sexo, que como se aprecia en la tabla 6.7, también apunta a la reducción de las mismas en ambos sexos tanto para las frecuencias diarias, semanales como mensuales.

**Tabla 6.7 Evolución de las prevalencias de borracheras por sexo y grupo de edad. España 1997-1999**

Frecuencias	1997				1999			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Grupo edad [años]	%	Grupo edad [años]	%	Grupo edad [años]	%	Grupo edad [años]	%
<b>Diaria</b>	40-65	2,8	40-65	0,6	30-34	1,3	35-39	0,3
	30-40	2,4	25-29	0,5	40-65	0,9		0,2
<b>5-6 días/semana</b>	40-65	0,4	40-65	0,01	15-19	0,3	40-65	0,2
	25-29	0,4					40-65	
<b>3-4 días/semana</b>	35-39	0,4	25-29	0,1	20-24	0,5	35-39	0,4
					35-39	0,5		
<b>1-2 días/semana</b>	20-24	4,1	15-19	2,0	20-24	2,8	15-19	2,5
	25-29	3,4	20-24	1,7				
<b>1-3 días/mes</b>	20-24	9,4	15-19	3,6	20-24	8,1	20-24	3,3
<b>1 día/cada 2 mes</b>	20-24	12,6	20-24	7,8	20-24	11,3	20-24	11,2
	25-29	11,0						
<b>1-2 días/año</b>	25-29	21,2	20-24	15,0	20-24	23,2	20-24	16,3
	20-24	18,6	15-19	12,4				
<b>nunca</b>	40-65	65,6	35-39	64,3	40-65	65,7	30-34	64,2
	35-39	62,4	30-34	62,6	35-39	59,6	35-39	62,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Tanto en 1997 como en 1999, la prevalencia más alta de borracheras diarias, se produce entre los hombres de 40 a 65 años [2,8% en 1997 y 0,9 en 1999], seguido del grupo de 30 a 34 años [2,4 y 1,3 respectivamente].

En esta misma frecuencia diaria de borracheras, hay una gran diferencia entre hombres y mujeres en ambos periodos de tiempo, ya que las mujeres sólo representan el 0,6% en 1997 y el 0,2%, en 1999 para el grupo de 40 a 65 años.

Ocurre lo mismo, aunque con menor distancia, en las frecuencias semanales, ya que puede observarse en la frecuencia de 1-2 días a la semana, en el grupo de 20 a 24 años, el porcentaje es de 4,1 para los hombres y 1,7 para las mujeres. Todos los grupos con mayor prevalencia tienen menos de 29 años tanto para hombres como para mujeres. Los que nunca se han emborrachado, tanto para hombres como para mujeres, superan los 30 años.

Tras el análisis de todos los datos expuestos, podemos constatar la existencia de una serie de procesos en relación con las tendencias de los consumos de bebidas alcohólicas entre la población española. Resalta la elevada prevalencia de uso del alcohol, así como la estabilización de las edades de inicio al consumo y la reducción en el número de bebedores abusivos.

El fenómeno que ha surgido hace unos años en la población juvenil, refiere un patrón dominante, del que ya hemos hablado, que responde al denominado modelo recreativo, vinculando los consumos a la diversión y concentrando los mismos en los espacios de ocio del fin de semana. Pero los últimos análisis de los perfiles de los consumidores de alcohol, ponen de relieve que el abuso juvenil de alcohol ya no se circunscribe al fin de semana, sino que los porcentajes de jóvenes bebedores abusivos en los días laborables son similares a los observados en el conjunto de la población, tal y como pone de manifiesto el reciente trabajo de Sánchez, L. [2002] sobre el consumo de alcohol en la población juvenil española. Este estudio permite identificar la existencia de una serie de procesos relevantes entre los que destaca la generalización de los consumos de alcohol entre los escolares, como lo confirma el hecho de que el 76% de los mismos haya consumido alguna vez y que el 58% lo consuma de manera habitual, como puede apreciarse en la tabla 6.8.

**Tabla 6.8 Prevalencia de los consumos de alcohol entre los estudiantes de secundaria según edad y sexo**

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
<b>Total</b>	76,0	75,3	58,0
<b>SEXO</b>			
Hombres	75,6	74,8	57,8
Mujeres	76,3	75,8	58,3
<b>EDAD</b>			
14 años	50,7	49,8	30,6
15 años	71,7	71,1	50,5
16 años	82,4	81,8	65,0
17 años	88,7	88,0	73,5
18 años	92,5	92,0	80,0

Fuente: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar. DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Comparando las frecuencias de esta tabla según el sexo, podemos apreciar que no hay grandes diferencias entre los hombres y las mujeres, ya que los hombres que consumen alguna vez son el 75,6% y el 76,3% mujeres. En los últimos 12 meses han consumido el 74,8% de hombres y el 75,8% de mujeres y los últimos 30 días el 57,8% hombres y el 58,3% mujeres. Es significativo que las mujeres superan a los hombres en las frecuencias que

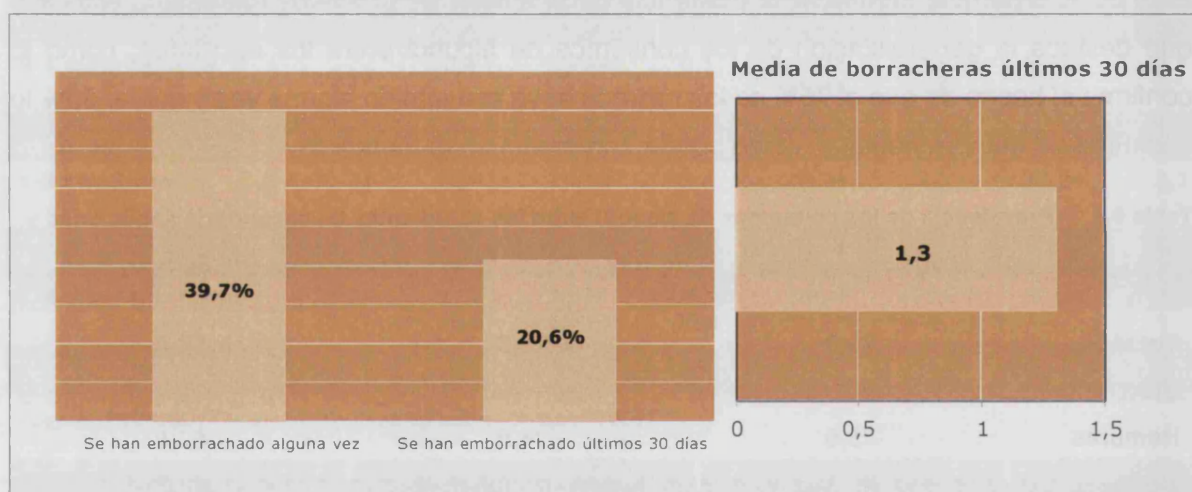


implican una forma de consumo más habitual o cotidiano como es en los últimos 30 días. Esta apreciación corrobora los datos que se muestran en la tabla 6.2 en la que aparece un crecimiento del consumo de alcohol entre las mujeres de 15 a 19 años desde 1995 a 1999.

Con referencia a la edad, el grupo de mayor consumo en todas las frecuencias es el de 18 años [alguna vez, el 92,5, en los últimos 12 meses el 92,0, y en los últimos 30 días el 80,0], pudiéndose observar que estos porcentajes descienden gradualmente en todas las frecuencias según baja la edad, fenómeno lógico dado que a medida que los jóvenes van teniendo más edad van consumiendo más cantidad de alcohol.

Las intoxicaciones etílicas [borracheras] son relativamente frecuentes entre los escolares, como lo confirma el que un 39,7% declare haberse emborrachado alguna vez a lo largo de su vida, un 20,6% de los alumnos afirma haberse emborrachado en los últimos 30 días, siendo la media de borracheras en este período de 1,3. [Figura 6.1].

**Figura 6.1 Prevalencia de las intoxicaciones etílicas entre los estudiantes de secundaria**



Fuente: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar. DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Entre los datos del Observatorio Español sobre Drogas [2000], cabe destacar, redundando en la importancia de la tendencia de los jóvenes al consumo de alcohol, que cada año más de 2000 jóvenes menores de 29 años son admitidos a tratamiento por problemas de abuso o dependencia al alcohol en la red de centros dependientes de los planes Autonómicos sobre drogas.

### 6.1.3 Tipología de los consumidores de alcohol

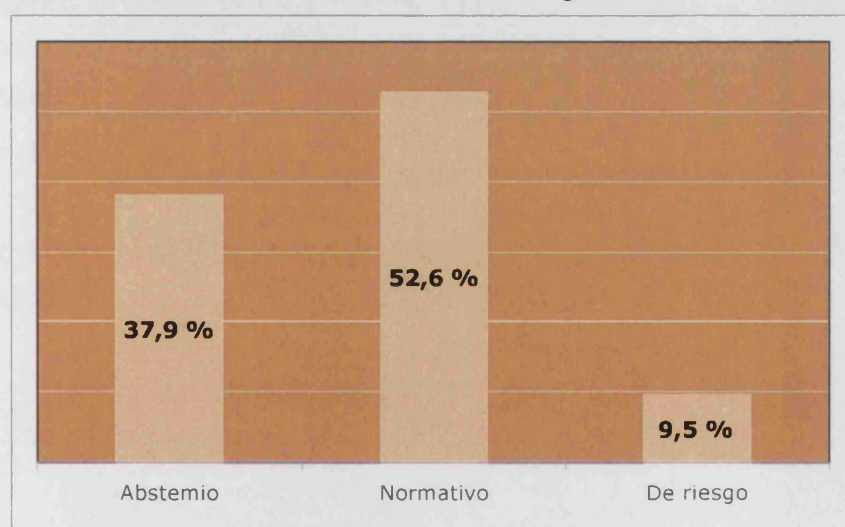
Existen diferentes tipologías para clasificar a la población en función de sus niveles de consumo de alcohol, que difieren entre sí básicamente, en los períodos de cómputo de las cantidades de bebidas alcohólicas ingeridas, [según se registren los consumos semanales o diarios, etc.] y en los rangos establecidos para considerar como abusivos ciertos consumos de alcohol.

Una de estas tipologías es la de la Organización Mundial de la Salud que ha elaborado un perfil de bebedores a partir del consumo semanal de alcohol, estableciendo tres categorías:

- Abstemios [ningún consumo],
- Bebedores normativos [hasta 280 gramos/semana de alcohol en los hombres y 168 gramos en las mujeres],
- Bebedores de riesgo [por encima de los 280 y 168 gramos /semana respectivamente para los hombres y las mujeres].

Como podemos apreciar en la Figura 6.2, la aplicación de esta tipología a los datos sobre ingesta de bebidas alcohólicas facilitados por la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas de 1999 [DGPNSD, 2001] supondría la existencia en España de un 37,9% de abstemios, un 52,6% de bebedores normativos y un 9,5% de bebedores de riesgo.

**Figura 6.2** Tipología de bebedores en función del consumo medio semanal de alcohol, entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días, según criterios de la OMS



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas de 1999. Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Por su parte, la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo, utiliza, como unidad de medida simplificada de las cantidades de alcohol ingerido la denominada Unidad Básica Estándar [UBE].

- 1 cerveza/vino/aperitivo = 1UBE
- 1 consumición con destilados = 2 UBE
- La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando éstas por 12,5.

Se establecen seis tipos de bebedores con rangos de ingesta de alcohol diferenciados en función del sexo de los bebedores: abstinentes, ligeros, moderados, altos, excesivos y gran riesgo.

La tabla 6.9 recoge la tipología de bebedores en días laborables en función del consumo medio de alcohol en un día laborable según sexo y grupo de edad, elaborada a partir de los datos de consumo manifestados por las personas que habían consumido alcohol en los últimos 30 días. Casi la mitad de las personas que han bebido alcohol en los últimos 30 días [46%], no han consumido durante los días laborables, siendo este hecho más frecuente entre las mujeres que llegan a significar casi 6 de cada 10, [59,8%] que entre los hombres que no llegan a 4 de cada 10 [36,6%].

Cerca del 30% de los encuestados serían bebedores ligeros y un 18,1% moderados. Por su parte, aproximadamente el 6% de la población mantendría consumos considerados como abusivos [altos 2,5, + excesivos, 2, + de gran riesgo, 1,5], entre quienes es claramente superior la presencia de varones, ya que para el tipo “bebedores altos”, la cifra de hombres se sitúa en el 3,0% y las mujeres 1,8%. Los bebedores excesivos suponen un 2,9% para los hombres y un 0,6 para las mujeres. No obstante, entre los bebedores de gran riesgo [aquellos con mayores niveles de ingesta de alcohol] las diferencias entre los sexos se acortan notablemente, siendo sólo superiores en cuatro décimas para los hombres con un 1,7 frente al 1,3 de las mujeres. [Tabla 6.9].



**Tabla 6.9 Tipología de bebedores en días laborables en función del consumo diario medio de alcohol [entre quienes han consumido alcohol en los últimos treinta días], por sexo y grupo de edad**

TIPO DE BEBEDORES	%TOTAL	HOMBRES	MUJERES	Grupo de edad [años]					
				15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-65
Abstinentes [0 UBEs]	46	36,6	59,8	78,3	67,6	56,8	47,4	38,6	30,3
Ligeros [1-2 UBEs]	29,9	30,3	29,1	10,8	16,6	21,5	28,4	33,9	40,2
Moderados [3-6/3-4 UBEs]	18,1	25,5	7,3	6,6	10,1	14,5	18,0	21,7	23,3
Altos [7-8/5-6 UBEs]	2,5	3,0	1,8	1,0	2,4	3,6	1,7	2,7	2,7
Excesivos [9-12/7-8 UBEs]	2	2,9	0,6	1,9	1,8	2,0	1,8	1,6	2,3
Gran riesgo [+13/+8 UBEs]	1,5	1,7	1,3	1,4	1,6	1,7	2,6	1,5	1,2
<b>TOTAL ABUSIVOS</b> Altos+Excesivos+Gran Riesgo	<b>6</b>	<b>7,6</b>	<b>3,7</b>	<b>4,3</b>	<b>5,8</b>	<b>7,3</b>	<b>6,1</b>	<b>5,8</b>	<b>6,2</b>

Fuente: DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

Respecto a los diferentes grupos de edad, entre 15 y 19 años, encontramos el porcentaje más alto de abstinentes con un 78,3%, cifra que va disminuyendo paulatinamente según aumenta la edad hasta llegar al 30,3% de abstinentes entre 40 y 65 años. En este último grupo, sin embargo, es donde se encuentran los porcentajes más altos de bebedores ligeros [40,2%] y moderados [23,3%], mientras que los bebedores abusivos [altos+excesivos+gran riesgo] se encuentran principalmente en el grupo de edad de 25 a 29 años con un 7,3% seguidos del grupo entre 30 y 34 años con un 6,1%.

Con respecto a los consumos de fin de semana, como se aprecia en la tabla 6.10, únicamente el 8,3% de las personas que han bebido durante los últimos 30 días permanecen abstinentes los fines de semana, sin que se aprecien diferencias relevantes en función del sexo o la edad. Cabe destacar que son las mujeres las que permanecen más abstinentes, como muestran los porcentajes, [10,5] para las mujeres y [6,8] para los hombres. Respecto a los grupos de edad, son los comprendidos entre 15 y 19 años [9,5%] y entre 35 y 39 años [9,4%] los que alcanzan el porcentaje más elevado de conductas abstinentes.

Por su parte, el 59,2% del total de la población, realiza consumos ligeros, de forma más intensa las mujeres con un 68,3% y las personas adultas de 40 a 65 años con un 69,2%.

Un elevado porcentaje de españoles [el 7,7%] bebe de forma abusiva durante el fin de semana, lo que supone cerca de 1.300.000 personas en valores absolutos, en tanto que un 1,7% realizaría consumos considerados como de gran riesgo. El 4% realiza un tipo de consumo calificado como alto.

El mayor consumo abusivo de fin de semana lo registran los grupos de 20 a 24 años con un 16,2% seguido del grupo de 25 a 29 años con un 12,2% y con escasa diferencia del grupo más joven de 15 a 19 años con 11,8%

**Tabla 6.10 Tipología de bebedores en fin de semana en función del consumo diario medio de alcohol [entre quienes han consumido alcohol en los últimos 30 días] por sexo y grupo de edad**

TIPO DE BEBEDORES	%TOTAL	HOMBRES	MUJERES	Grupo de edad [años]					
				15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-65
<b>Abstinentes [0 UBEs]</b>	8,3	6,8	10,5	9,5	7,8	7,2	7,5	9,4	8,5
<b>Ligeros [1-2 UBEs]</b>	59,2	53,0	68,3	50,2	43,6	48,3	59,4	61,1	69,2
<b>Moderados [3-6/3-4 UBEs]</b>	24,8	31,7	14,6	28,5	32,5	32,3	24,8	25,0	18,9
<b>Altos [7-8/5-6 UBEs]</b>	4,0	4,1	3,8	6,0	6,8	5,6	5,7	2,6	2,0
<b>Excesivos [9-12/7-8 UBEs]</b>	2,0	2,5	1,3	3,5	4,4	3,8	1,1	1,4	0,9
<b>Gran riesgo [+13/+8 UBEs]</b>	1,7	1,8	1,4	2,3	5,0	2,8	1,5	0,5	0,5
<b>TOTAL ABUSIVOS</b>									
<b>Altos+Excesivos+Gran Riesgo</b>	7,7	8,4	6,5	11,8	16,2	12,2	8,3	4,5	3,4

Fuente: DGPNSD, Observatorio Español sobre Drogas. 2001.

## 6.2 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL COLECTIVO DE MUJERES

Los consumos de alcohol han tenido tradicionalmente una importante presencia en la sociedad española, que se ha visto reforzado en las últimas décadas como consecuencia de la incorporación a este hábito de nuevos grupos de consumidores [adolescentes, jóvenes y mujeres]. “Las profundas transformaciones de carácter económico, político, social y cultural que vivió España en los años setenta provocaron, entre otros cambios, que el consumo de bebidas alcohólicas dejara de ser patrimonio casi exclusivo de los varones adultos, incorporándose al repertorio de conductas de otros grupos sociales como los jóvenes o las mujeres” [Sánchez, L.2002:43-61].

La mujer ha conseguido una triste igualdad con el hombre en cuanto a los hábitos de consumo de alcohol, sobre todo entre las mujeres menores de 30 años. Se está equilibrando el porcentaje de mujeres y hombres, afirma el Dr. Rubio [2000], por lo menos en las ciudades, aunque a nivel rural el varón sigue siendo el consumidor predominante, [Rubio, G. 2000].

El primer estudio realizado en España sobre el consumo de drogas en el colectivo femenino, con una muestra representativa a nivel de todo el Estado, es el efectuado en el



año 2000 por el Equipo de Investigaciones Sociológicas [EDIS], publicado por el Instituto de la Mujer.

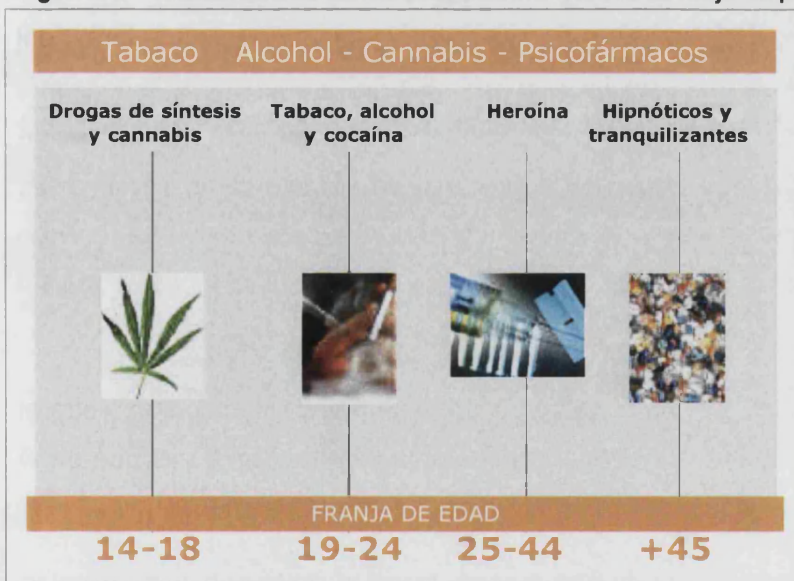
Los datos de dicho estudio corroboran la existencia de un nivel de consumo de drogas por parte de las mujeres que debe preocupar a todos los estamentos sociales, sobre todo porque las más jóvenes, las que están en edad escolar, presentan unas prevalencias de consumo más altas que el conjunto de la población femenina. Esta prevalencia de consumo se manifiesta en todas las drogas, excepto los psicofármacos.

Un total de 850.000 mujeres a partir de los 14 años,[ el 4,9% de las mujeres españolas] consumen alcohol de forma abusiva [EDIS 2000].

El tramo de edad de mayor consumo de alcohol está entre las jóvenes de 19 a 24 años, mientras que las que menos lo consumen son las mujeres de más de 55 años. El citado estudio muestra también que el comportamiento en la ingesta de alcohol es diferente según la edad, siendo las adolescentes quienes concentran un consumo absolutamente exagerado durante los fines de semana.

Según el mismo estudio, las sustancias más consumidas son tabaco, alcohol, cannabis y psicofármacos, [Figura 6.3]. Si dividimos el consumo por franjas de edad, las drogas de síntesis y el cannabis serían las más consumidas entre las adolescentes de 14 a 18 años; tabaco, alcohol y cocaína son las habituales en las jóvenes de 19 a 24 años; para las de 25 a 44 años sería la heroína, y a partir de los 45 destaca el uso de hipnóticos y tranquilizantes.

**Figura 6.3 Sustancias más consumida en el colectivo de mujeres por franjas de edad**



Fuente: EDIS, 2000.



Entre los motivos para el consumo de drogas, las mujeres destacan como principal la búsqueda del placer y diversión [más del 60% de las encuestadas], y, a continuación, señalan el deseo de escapar de problemas familiares o personales, y el gusto por hacer algo prohibido.

### 6.2.1 Patrones de consumo

Centrándonos en los patrones de consumo, los expertos establecen una tipología que considera “habitual” el consumo diario, de 4 a 6 días a la semana, “frecuente” de 1 a 3 días a la semana, “esporádico” de 1 a 3 al mes y 1 o 2 días al año y “abstinente” cuando no bebió en los últimos doce meses, o no bebió nunca. Vemos que existen claras diferencias en los patrones de consumo de alcohol, acentuándose más los extremos en la población general de mujeres, mientras que destaca el alto índice de escolares que consumen alcohol de manera frecuente [28,4%] y esporádica [52,6%] que supera en ambos casos al colectivo femenino en general. [Tabla 6.11].

**Tabla 6.11 Patrones básicos de consumo de alcohol**

Patrones	General	Escolares
Habitual	6,6%	2,7%
Frecuente	19,1%	28,4%
Esporádico	37,0%	52,6%
Abstinente	37,3%	16,3%

Fuente: EDIS. 2000.

Para completar estos datos analizaremos, a continuación, los indicadores del consumo de alcohol en distintos periodos de tiempo [Tabla 6.12] y la frecuencia de consumo en el último año [Tabla 6.13], diferenciando los datos que hacen referencia a la población femenina en general de la población escolar, dado que ello nos permite comparar diversas tendencias del consumo y comprobar como apuntábamos al principio de este apartado, que las prevalencias de la población juvenil femenina superan a la población femenina en general.

En la tabla 6.12 vemos como estas prevalencias oscilan entre las escolares entre el 88,4% que ha tomado alcohol alguna vez al 31,1 en la última semana, mientras que en el colectivo general la oscilación se sitúa entre el 79% y el 25,8% respectivamente.

Es altamente significativo y alarmante que más de la mitad de la población escolar, [el 57,2%] haya consumido alcohol durante el último mes.

**Tabla 6.12 El consumo de alcohol en el colectivo femenino en los distintos periodos de tiempo**

Periodos de tiempo	General	Escolares
Alguna vez en su vida	79,0	88,4
En los últimos doce meses	62,8	83,3
En el último mes	41,9	57,2
En la última semana	25,8	31,1

Fuente: EDIS. 2000.

Tomando como referencia la frecuencia de consumo en el último año también para ambos colectivos, encontramos que tan sólo el 11,6% de las escolares no ha bebido nunca, [tabla 6.13], frente al 21,0% de la población general que tampoco ha bebido y tan sólo el 4,7% de las escolares no ha bebido en el último año frente al 16,3 de la población general.

Los porcentajes se invierten cuando se trata del consumo diario, ya que mientras la población general femenina bebe a diario en un 4,0%, las escolares tan sólo el 0,5%.

El patrón de consumo para ambos colectivos sería principalmente, frecuente o de fin de semana, [28,4%] para las escolares y [19,1%] para las mujeres en general.

**Tabla 6.13 Frecuencia en el consumo de alcohol en el último año**

Frecuencias	General	Escolares
Todos los días	4,0	0,5
4 a 6 días a la semana	2,6	2,2
1 a 3 días a la semana	19,1	28,4
1 a 3 días al mes	16,1	26,1
1 día cada 2 ó 3 meses	10,8	16,2
1 ó 2 días al año	10,1	10,3
No han bebido en los últimos doce meses	16,3	4,7
No han bebido nunca	21,0	11,6
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Base</b>	<b>[2.000]</b>	<b>[1.059]</b>

Fuente: EDIS. 2000.

Un indicador importante es la edad de inicio en el consumo de alcohol, y como puede verse hay una gran precocidad entre las escolares, ya que el 50% se han iniciado antes de los 14 años, como puede verse en la tabla 6.14, mientras que en el colectivo general tan sólo se iniciaron antes de los 14 años el 9,3%.



**Tabla 6.14 Edades de inicio en el consumo de alcohol**

Edades	General	Escolares
Hasta los 10 años	2,4	8,7
De 11 a 13 años	6,9	41,3
De 14 a 16 años	36,4	46,4
De 17 años	54,3	3,6

Fuente: EDIS. 2000.

Abundando respecto al inicio en el consumo de alcohol, en las escolares, un 46,4%, comienzan a consumir entre los 14 y los 16 años de edad y otro porcentaje elevado, el 41,3% lo hace entre los 11 y los 13 años.

En la tabla 6.15, se aprecia los distintos tipos de bebidas consumidas por el colectivo de mujeres en general, comprobando que el 56,3% lo hizo el día anterior, frente a un 43,7% que no bebió.

Las bebidas más consumidas son la cerveza [27,8%] y el vino [27,6%], a estas le siguen los licores [11,2%] y los combinados [6,4%]. La preferencia de las mujeres por estos dos últimos tipos de bebidas contrasta con las preferencias de la población general española [Tabla 6.5]. En dicha tabla quedó patente que tanto los licores como combinados aparecen en los últimos lugares de preferencia. Puede ser debido, a la tendencia de las mujeres a obtener un efecto más rápido con menos cantidad de bebida y en el menor tiempo posible. Esto se consigue con bebidas de más alta graduación como pueden ser los licores y combinados, frente a otras bebidas del tipo cerveza o vinos.

**Tabla 6.15 Tipos de bebidas consumidas por el colectivo general de mujeres, en el día anterior, durante el último mes, entre las que bebieron algún día**

	%Total General	
Cerveza	27,8	<b>56,3</b>
Vino	27,6	
Aperitivos	2,5	
Combinados	6,4	
Licores	11,2	
Otros	2,6	
Ninguna	43,7	
<b>TOTAL</b>	<b>121,8*</b>	
Base	[838]	

\*Suma más de cien porque algunas bebieron más de un tipo de bebidas.

Fuente: EDIS. 2000.

Con respecto a la cantidad de alcohol ingerido, entre las bebedoras, [tabla 6.16], diferenciamos entre los días laborables y los fines de semana. Se incluye tanto la población general de mujeres como las escolares, pues la comparación en este caso nos pone sobre aviso de un futuro consumo de alcohol en las mujeres.

Las cantidades se expresan en alcohol puro en mililitros y en unidades básicas estándares [UBE].

**Tabla 6.16 Cantidad de alcohol ingerido entre las bebedoras en mililitros y en unidades básicas de bebidas**

En días	Colectivo General		Escolares	
	MI	UBE	MI	UBE
Laborales	37,03	2,96	20,75	1,66
Fin de Semana	38,13	3,05	88,34	7,07
Promedio diario semanal general*	<b>37,49</b>	3,0	<b>39,74</b>	3,02

\*Promedio resultante del total de alcohol tomado en los días laborables y en los de fin de semana

Fuente: EDIS. 2000.

Según estos datos, podemos ver que si bien no hay una gran diferencia en el promedio semanal de alcohol ingerido, [37,49ml en el colectivo general y 39,74 en el de escolares], sí hay una gran diferencia en el patrón de consumo. Mientras que en el colectivo general los promedios de días laborables y de fin de semana apenas divergen [37,03 y 38,13 ml. respectivamente], en el de las escolares la oscilación es enorme, pasando de un promedio de 20,75 ml en los días laborables a otro de 88,34 en el fin de semana.

Esta concentración en las escolares de su mayor parte de ingesta en sólo dos días, hace que aumente el potencial de peligrosidad por comas etílicos, daños hepáticos y accidentes, especialmente los relacionados con la conducción de vehículos, que como es bien sabido, es la principal causa de mortalidad entre los jóvenes.

## 6.2.2 Tipología y perfil de las bebedoras abusivas

El perfil de las bebedoras abusivas<sup>4</sup>, según indican los datos de la Figura 6.4, sería como sigue:

- Por zonas, correspondería a: Norte, Centro Madrid, Costa Mediterránea y Sur. Y en los hábitats semiurbanos y urbanos, medios y grandes.

<sup>4</sup> Bebedores Abusivos = Altos+Excesivos+Gran Riesgo.

- En mujeres entre los 14 y los 34 años. Principalmente solteras y separadas/divorciadas.
- De estudios medios y altos. Activas económicamente, [empresarias y directoras, trabajadoras y empleadas y paradas], estudiantes y pensionistas. Aunque sin diferencias significativas de clase social.
- No creyentes y agnósticas y creyentes de otras religiones no católicas. De izquierda y centro-izquierda y de centro.

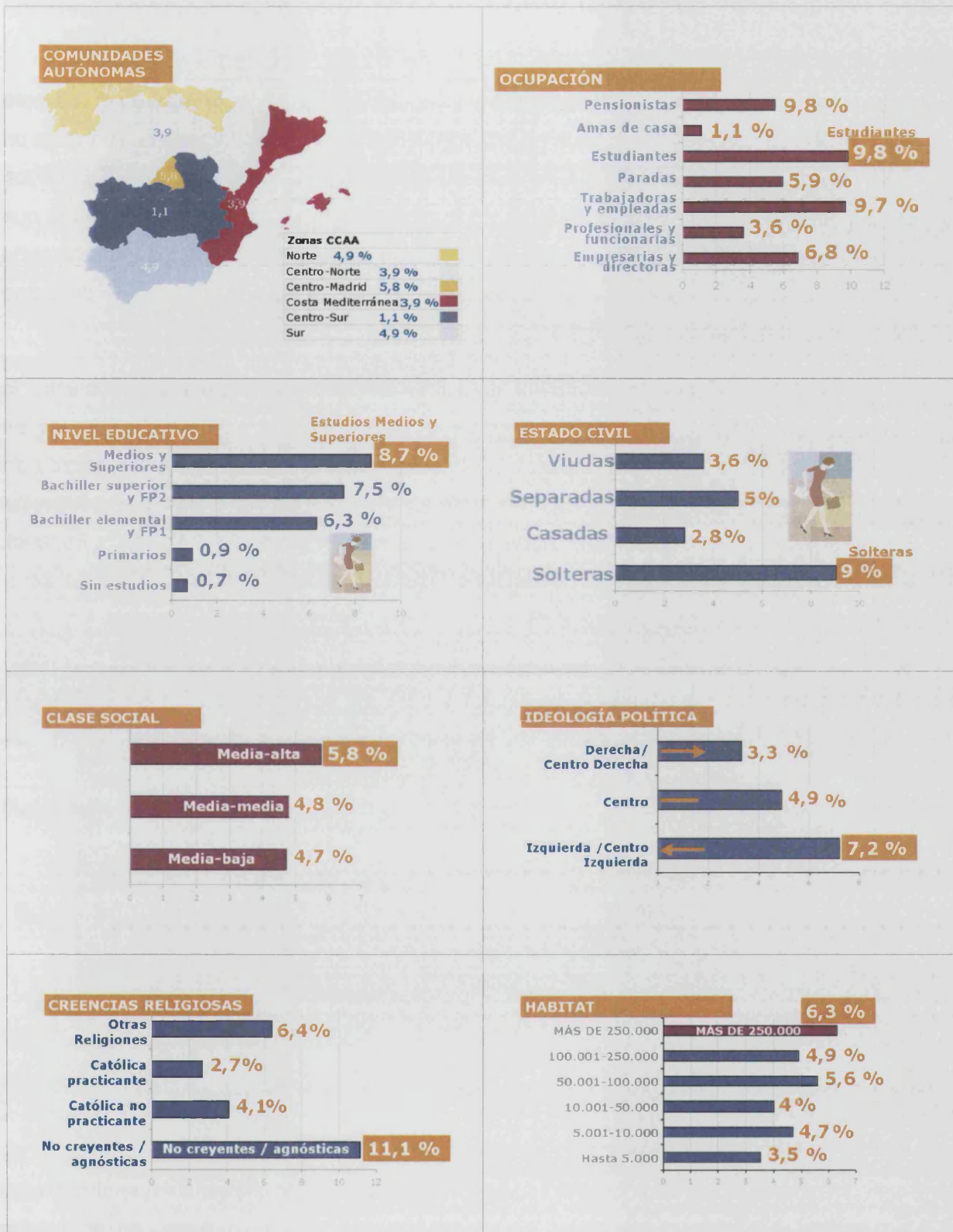
En definitiva se trata de un segmento de mujeres jóvenes, principalmente del medio urbano, de buen nivel educativo, estudiantes y activas económicamente. De actitudes religiosas no convencionales y de ideología política de centro o de izquierda.

O dicho de otro modo, una cierta parte de las mujeres emancipadas y poco convencionales que, entre las pautas de normalización o igualdad de géneros, reproducen determinadas conductas socioculturales aparentemente facilitadoras de su integración en un nuevo rol, como lo es el consumo de alcohol, y en este caso de forma abusiva y no funcional.

Otros aspectos relacionados con situaciones de ansiedad o problemas, que también tendrían que ver con el uso abusivo de alcohol, serían las situaciones de separación o divorcio y las de ciertas pensionistas con realidades personales problemáticas como marginación o soledad.



Figura 6.4 Perfil de las bebedoras abusivas según el promedio semanal diario de alcohol consumido



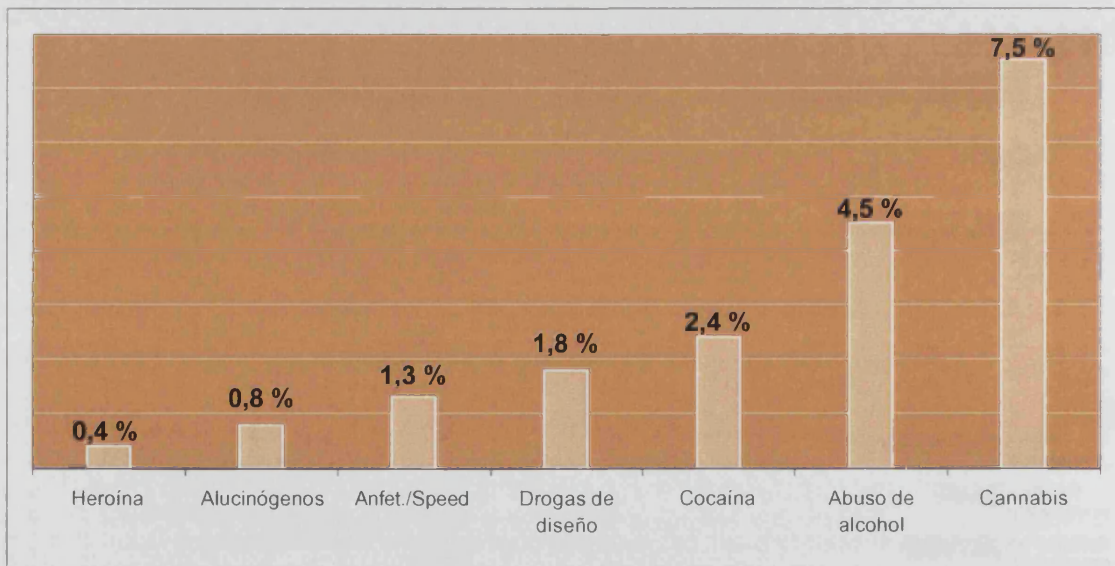
Fuente: EDIS. 2000.

### 6.3 LA CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Los consumos de las distintas sustancias, son los indicadores más efectivos para evaluar el grado de penetración que las mismas tienen en una determinada sociedad en un momento dado. Las prevalencias y modos de uso del alcohol, los rasgos o perfiles de los consumidores, así como los ámbitos de consumo, constituyen un conjunto de datos que definen y delimitan la magnitud de la realidad. En este apartado abordaremos toda esa serie de indicadores que nos van a permitir conocer las peculiaridades del problema del consumo de alcohol en la Comunidad Valenciana.

Al objeto de alcanzar el mayor grado de conocimiento posible del problema, la Generalitat Valenciana ha realizado unas series temporales de encuestas centradas en valorar el consumo de drogas y la conflictividad asociada. La última de ellas, realizada en 1998 y que hace referencia al consumo durante un año, pone de manifiesto que el consumo de drogas en la Comunidad Valenciana es muy similar al promedio del Estado Español, arrojando los siguientes datos en porcentajes [Figura 6.5]:

**Figura 6.5** Porcentaje anual de los diferentes consumos de drogas en la Comunidad Valenciana [1998]



Fuente: Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana 1999-2002

El Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana [1999: 41] señala que el consumo de drogas es predominante entre los hombres respecto a las mujeres, en proporción variable según el tipo de sustancia. Estas diferencias son muy acusadas en el consumo de las denominadas drogas de diseño, donde se observa una relación entre hombres y mujeres

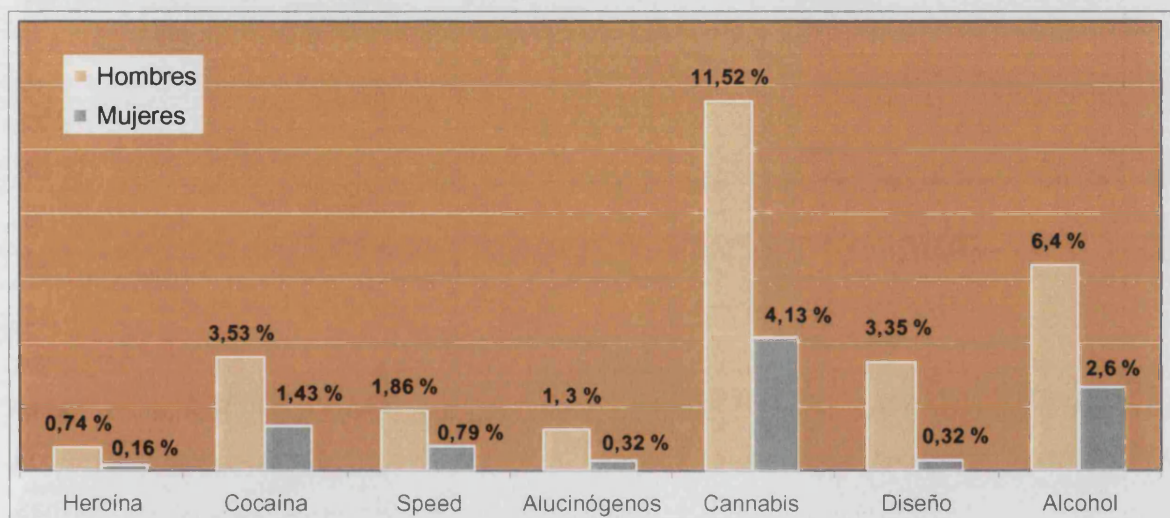


de 11 a 1. Esto es, un 3,53% de los hombres habrían consumido este tipo de drogas en los últimos doce meses, frente a solo un 0,32% de las mujeres.

Esta proporción disminuye de forma ostensible en el resto de las sustancias, alcanzando un promedio de tres hombres por mujer en términos generales. De este modo, la relación oscila entre 4,7:1 en la heroína, y 2,3:1 en el consumo de anfetaminas y speed, con un punto medio de 2,5:1 en el consumo de cocaína y abuso de alcohol.

Podemos observar en la Figura 6.6, los consumos de sustancias psicoactivas, diferenciados entre los hombres y las mujeres de la Comunidad Valenciana durante el año 1998, [Figura 6.6 ].

**Figura 6.6 Consumo de Drogas en la Comunidad Valenciana según género**



Fuente: Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana, 1999-2002

### 6.3.1 Prevalencia y patrones de consumo de alcohol

En el estudio realizado en 1998 por la FAD-EDIS <sup>5</sup>entre población laboral de la Comunidad Valenciana, se señala que en 1995 un 69% de la población había consumido alcohol en el último mes, es decir algo más de ocho puntos porcentuales que en 1997. [FAD – EDIS 1998:156] Por otra parte, según otro estudio realizado por la FAD y la Dirección General de Drogodependencias, sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados, en la Comunidad Valenciana, la venta de bebidas alcohólicas en España entre 1995 y 1997, descendió un 5,8% y en lo que se refiere al consumo de alcohol puro per càpita, entre 1975 y 1995, se pasó de 14 litros a algo menos de 10. [Dirección General de Drogodependencias y FAD, 1999: 67]



Frente a este descenso del consumo de alcohol, sigue afirmando el mismo estudio que las prevalencias entre los jóvenes son todavía bastante altas. Con respecto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, como se aprecia en la tabla 6.17, en el último mes, un 36,8% no bebió alcohol, un 22,0% lo hizo con una frecuencia baja [entre 1 y 3 veces al mes], un 21,3 bebió con una frecuencia media [entre 1 y 4 veces a la semana] y por último un 19,5 lo hizo con mayor frecuencia [entre 5 y 6 veces a la semana y diariamente].

**Tabla 6.17 Las frecuencias en el consumo de alcohol en el último mes**

Frecuencia de consumo	%
No consumieron en el último mes	36,8
1 vez al mes	7,1
2 a 3 veces al mes	14,9
1 a 2 veces a la semana	16,9
3 a 4 veces a la semana	4,4
5 a 6 veces a la semana	1,9
Diariamente	17,6
NS/NC	0,4
Total	100,0
Base	[2000]

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

El perfil básico de los que no bebieron en el último mes es el de mujeres, personas de mediana edad y mayores, principalmente, amas de casa.[Tabla 6.18]. Siguiendo con la tónica general de los datos presentados hasta el momento,<sup>6</sup> el grupo poblacional que menos bebe es el de las mujeres de más de cuarenta años, posiblemente porque las normas sociales hace 25 años, enjuiciaban la costumbre de beber en las mujeres y con seguridad, esta censura social ha actuado como mecanismo de protección de las mujeres frente al alcohol. Este dato se une a la condición de ama de casa que alcanza el 56,1% de las personas que no han bebido alcohol en el último mes. La explicación podríamos hallarla en otro factor de cambio social, porque en el momento actual la mujer es está incorporando al hábito de beber a través de su incorporación al mundo laboral, que le está permitiendo relacionarse socialmente. Podríamos afirmar, que el hecho de ser tan sólo ama de casa puede acarrear a las mujeres una serie de problemas que en ocasiones les hace recurrir al alcohol, sin embargo esto afectaría tan sólo a un grupo minoritario. La falta de relaciones sociales equiparables a los hombres, también ha significado para las mujeres un factor de protección frente al alcohol, ya que iniciarse en solitario es una conducta particular e individual, pero iniciarse siguiendo una norma cultural, es una conducta social a la que obviamente se accede socialmente.

<sup>5</sup> FAD, Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. EDIS, Equipo de Investigaciones Sociológicas.

<sup>6</sup> Ver tablas 6.2 y 6.3

Entre los que bebieron con baja frecuencia, predominan también las mujeres y las amas de casa. Coinciden estos datos con los encontrados en las prevalencias de consumo a nivel del Estado Español<sup>7</sup> donde las mujeres adultas registran menores consumos

Esto puede responder, en efecto, a un menor consumo de alcohol por el colectivo femenino, pero no se puede dejar de considerar que el alcoholismo en la mujer se caracteriza por su ocultismo. Las mujeres no tienden a manifestar su hábito de beber ni tan siquiera aunque no les ocasione problemas. La imagen de una mujer bebiendo sigue siendo en nuestro medio social una imagen rechazada y consecuentemente las mujeres prefieren ocultar sus experiencias con el alcohol, aún cuando éstas no sean negativas. No ocurre lo mismo con los hombres, que por el contrario, pueden alardear libremente de su exceso de consumo, considerándolo incluso como un mérito.

También mantienen una frecuencia de consumo baja, los estudiantes, que posiblemente debido a su edad se encuentran en su momentos de inicio o de consumos concentrados en fines de semana. Cabe resaltar que aunque sea una frecuencia baja, hay un porcentaje del 30,5% en el grupo de edad comprendido entre los 15 a 18 años, que incluso supera el porcentaje del 25,1% correspondiente a los comprendidos entre los 25 y 34 años para la misma frecuencia.

Con respecto a los que bebieron con una frecuencia media, categoría asimilable al patrón de fin de semana, sobresalen los hombres entre 15 y 25 años. Por ocupación encontramos en esta frecuencia, a empresarios y directivos, profesionales y cuadros medios, parados, estudiantes y jubilados-pensionistas.

Hay una variación significativa con respecto a la anterior, frecuencia baja, en el perfil de los consumidores de frecuencia media ya que el 26,6% son hombres y la edad donde se alcanza el porcentaje más alto se sitúa entre los 19 y 24 años. Los jubilados y pensionistas con el 43,5%, seguidos de los parados con el 32,5% son por tipo de ocupación los grupos que beben frecuentemente, ya que como es lógico disponen de más tiempo libre.

Finalmente, entre los que han bebido con una frecuencia mayor, destacan los hombres de 35 a 45 años y más de 45. Por ocupación, los trabajadores, darían el perfil de las personas que consumen alcohol con mayor frecuencia, pero también, profesionales y cuadros medios, así como empresarios y directivos.

Evidentemente el consumo de alcohol con frecuencia requiere tanto disponibilidad de tiempo como disponibilidad económica, por lo que son los hombres que no trabajan y se

---

<sup>7</sup> Ver tabla 6.2

refugian en el alcohol o los hombres con suficientes ingresos los que dan los perfiles de consumos medios y frecuentes.

**Tabla 6.18 Perfil de los que no han bebido en el último mes y de los que han bebido, en los tres tipos de frecuencia**

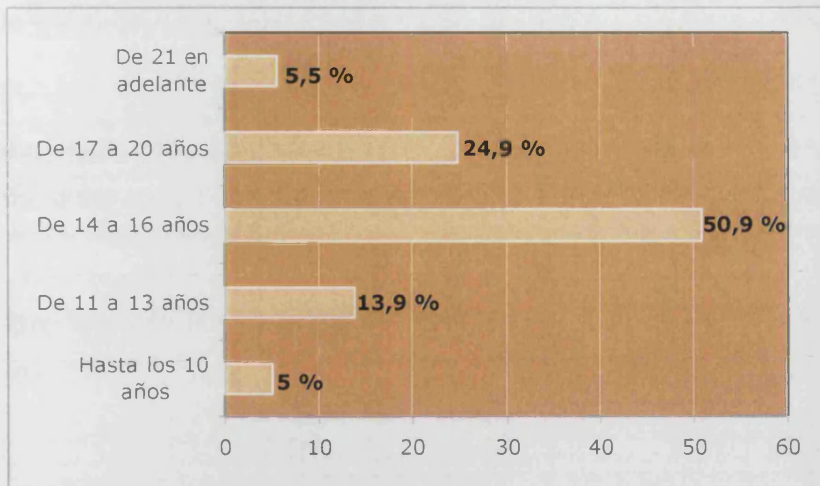
<b>Perfil de consumidores que no han bebido</b>	<b>36,8 %</b>
Mujeres	48,6 %
De 35 a 44 años	37,7 %
De 45 y más	42,6 %
Amas de Casa	56,1 %
<b>Perfil de consumidores que han bebido</b>	
<b>Frecuencia baja</b>	<b>14,9 %</b>
Mujeres	26,4
De 15 a 18 años	30,5
De 19 a 24 años	32,1
De 25 a 34 años	25,1
Estudiantes	33,5
Amas de casa	25,2
<b>Perfil de consumidores que han bebido</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia media</b>	<b>21,3</b>
Hombres	26,6
De 15 a 18 años	29,9
De 19 a 24 años	32,1
De 25 a 34 años	25,1
Empresarios y directivos	24,1
Parados	32,5
Profesionales y cuadros	27,1
Jubilados y Pensionistas	43,5
<b>Perfil de consumidores que han bebido</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia mayor</b>	<b>19,5</b>
Hombres	31,6
De 35 a 45 años	27,4
De más de 45 años	25,7
Empresarios y directivos	22,4
Profesionales y cuadros	27,1
Trabajadores	31,0

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

Si observamos la edad de inicio en el consumo de alcohol, [Figura 6.7], en la Comunidad Valenciana, el grupo de edad más importante es el de 14 a 16 años con un 50,9%. Respecto a la edad media, [Figura 6.8], en la Comunidad Valenciana la media general se sitúa en 15,83 años, promedio que supera la media nacional que es de 16,9 años [tabla 6.4]. Por lo tanto, se deduce claramente que en la Comunidad Valenciana los jóvenes empiezan a consumir a edades más tempranas que en el resto del Estado.



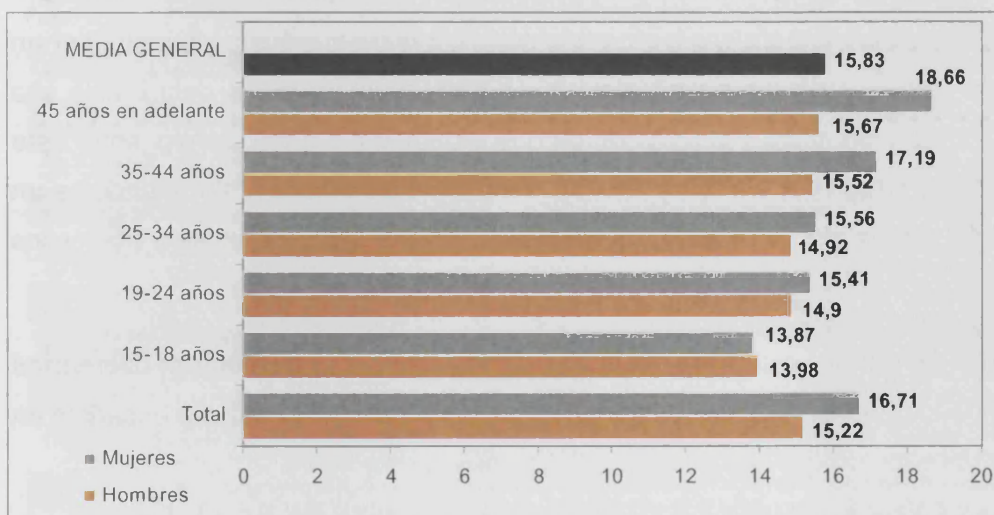
**Figura 6.7 Distribución porcentual de las edades de inicio en el consumo de alcohol**



Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

Como podemos también apreciar en la Figura 6.8, la edad media de inicio al consumo de los hombres [15,22] es un año más precoz que la de las mujeres [16,71]. A partir de los 19 años en adelante se mantiene esta precocidad, pues observamos que en todos los grupos de edad entre 19 y más de 45 años, los hombres empiezan a beber antes que las mujeres. No ocurre así en el grupo más joven, entre 15 y 18 años, en el que las mujeres presentan una media de edad de inicio al consumo de 13,87 y los hombres de 13,98. Al igual que en la tabla 6.4, a nivel de todo el Estado, se aprecia un descenso en la edad media de inicio en la población femenina, los datos de esta tabla nos indican que igualmente en la Comunidad Valenciana la población de mujeres en edades inferiores a los 18 años inician el consumo de alcohol antes que los hombres en la misma edad.

**Figura 6.8 Edades medias de inicio en el consumo de alcohol, según género y edad**



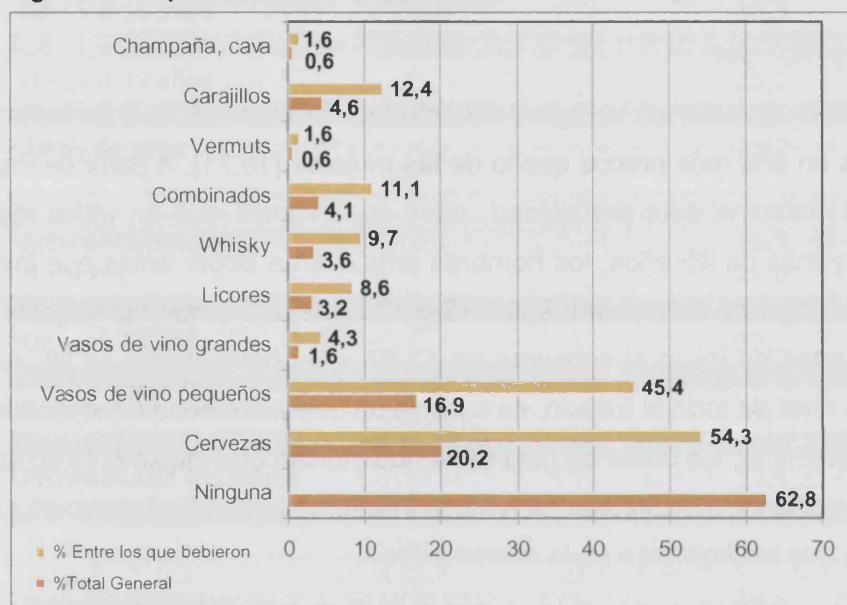
Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

Las clases de bebidas tomadas y sus proporciones, datos que se recogen en la Figura 6.9, vienen expresadas en dos porcentajes, el primero referido al total de entrevistados y el segundo que indica el tipo de bebida preferido entre el colectivo de bebedores.

Respecto al total general cabe destacar que el 62,8% son abstinentes, porcentaje que supera la cifra de abstinentes a nivel nacional que se sitúa en el 46% como puede verse en la tabla 6.9.

La cerveza [20,2%] y el vino [16,9%] son las bebidas preferentes y los vermouths y el cava las menos consumidas [0,6%].

**Figura 6.9 Tipos de bebidas consumidas**



Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

Entre los bebedores, la bebida más tomada es la cerveza, que fue consumida por un 54,3 % mientras que un 49,7% tomaron vino. En lo que se refiere a las bebidas de alta graduación alcohólica vemos que las tomaron en una proporción menor, siendo, entre este tipo de bebidas, los vermouths, aperitivos y cavas los menos consumidos, coincidiendo en un 1,6%, seguido de licores [8,6%] y whisky [9,7%]. Alcanzan un porcentaje algo mayor los combinados con un 11,1%, y los carajillos con el 12,4%.

En cuanto a las preferencias en el consumo de bebidas no se encuentran diferencias significativas entre los datos de la Comunidad Valenciana y los de la población española en general, la cerveza seguida del vino son las bebidas más consumidas.

### 6.3.2 Tipología de bebedores/as y perfil

El consumo de alcohol presenta actualmente unas tendencias aparentemente paradójicas puesto que, por una parte disminuye el consumo general de alcohol y la prevalencia de bebedores abusivos, mientras que, por otra, los consumos de bebidas alcohólicas por los adolescentes y los jóvenes son, en estos momentos bastante preocupantes como hemos podido comprobar en los datos presentados hasta este momento.

La Dirección General de Salud Pública y Consumo, del Ministerio de Sanidad y Consumo, utiliza una tipología que ya se ha utilizado en el presente trabajo [tabla 6.9], y que es la que seguiremos utilizando, basada en el consumo medio diario de alcohol realizado a lo largo del último mes.

**Tabla 6.19 Tipología de bebedores según género [%]**

TIPOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Abstinente	62,7	47,8	77,1
Ligero	16,4	23,2	9,8
Moderado	14,8	22,0	7,8
Alto	3,0	3,9	2,2
Excesivo	1,8	2,4	1,4
Gran riesgo	1,3	0,8	1,7
Total	100.0	100.0	100.0
Base	[2.000]	[979]	[1.021]

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

**Tabla 6.20 Tipología de bebedores según edad [%]**

TIPOS	15-18	19-24	25-34	34-44	45 y más
Abstinente	80,8	73,5	61,2	62,7	56,8
Ligero	9,0	7,9	15,9	14,4	21,2
Moderado	6,6	9,9	12,5	16,6	18,1
Alto	1,8	2,0	5,7	2,8	2,4
Excesivo	1,2	1,8	1,8	2,8	1,0
Gran riesgo	0,6	1,2	2,9	0,6	0,5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	[167]	[253]	[384]	[319]	[817]

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

De la lectura de los datos aportados en las tablas 6.19 y 6.20, podemos deducir que las mujeres son abstinentes en mayor proporción, 77,1%, que los hombres 47,8%. Por otra



parte, la población femenina abstinentes de la Comunidad Valenciana [77,1%] supera la cifra de mujeres abstinentes a nivel nacional que es del 59,8%.<sup>8</sup>

Por edades, los jóvenes comprendidos en el tramo de edad de 15 a 18 años con un 80,8%, alcanzan el porcentaje mayor de abstinencias. Este porcentaje desciende de forma progresiva según aumenta la edad llegando al 56,8% de abstinencias en el grupo de 45 años y más.

Los bebedores ligeros y moderados son principalmente los hombres con un 45,2%, frente a un 17,6% de las mujeres. Por edades destacan los que se encuentran entre los 35 a 44 [31%] y de 45 años en adelante [39,3%].

En lo que respecta a los bebedores abusivos<sup>9</sup> predominan los hombres [7,1%] más que las mujeres [5,3%]. Por edades las prevalencias más altas estarían en el grupo de 19 a 24 años con un 5% y de 25 a 34 con un 10,4%.

En la Comunidad Valenciana se supera un punto [6,1%] el total de bebedores abusivos con referencia al consumo abusivo nacional que se sitúa en el 6%<sup>10</sup>. Este número aún aumenta más si desagregamos la información según el sexo, pudiendo comprobar que mientras en España las mujeres bebedoras abusivas arrojan unas cifras del 3,7%, en la Comunidad Valenciana alcanzan el porcentaje del 5,3%. Estos datos nos llevan a deducir que en nuestra Comunidad el problema del alcoholismo, o al menos el riesgo del mismo, entre el colectivo de mujeres, es una cuestión importante, a la que se debe prestar la atención que el tema merece ya que un elevado número de mujeres bebe en exceso.

Los bebedores abusivos son mayoritariamente, los hombres comprendidos entre los grupos de edad de 19 y 34 años. Si añadimos otras variables, tales como el hábitat, la población, los estudios, la ocupación y la clase social, se puede dibujar un perfil de consumidores abusivos de alcohol que viene definido en el cuadro 6.1.

Territorialmente, el consumo de alcohol abusivo se da en todo tipo de población aunque puede destacarse las prevalencias de las poblaciones de 10.000 a 50.000 habitantes y de las de 100.000 a 250.000. Por zonas destaca la provincia de Alicante.

Socialmente estos consumos se dan en todos los estratos siendo la clase social baja la que alcanza el porcentaje más alto con un 8,6%, seguida de la clase media-alta con un 8,2% y por último la clase media-media con un 6,3%. Estos porcentajes podrían significar que los extremos sociales contienen situaciones personales menos adaptadas y por tanto

---

<sup>8</sup> Ver los datos en la tabla 6.9

<sup>9</sup> Denominamos bebedores abusivos la suma de: Altos+ excesivos+gran riesgo.

<sup>10</sup> Ver los datos en la tabla 6.9

con mayor recurrencia al alcohol, mientras que la clase social media-media está más identificada con las normas sociales mayoritarias y muestran menos necesidad de consumir de forma abusiva porque no tienen que evadirse de su realidad.

La población que consume alcohol de forma abusiva pertenece a diversos niveles educativos, siendo el porcentaje más alto para los que tienen estudios medios y superiores, con un 8,3% y el porcentaje más bajo para los que tienen estudios de Formación Profesional. Este dato reclama la atención puesto que el porcentaje de este grupo, es superado por quien tiene estudios primarios de la antigua Educación General Básica, con 6,5% y por los de BUP con un 7,1%.

En cuanto a la ocupación, entre todas las que definen el perfil, como son los empresarios, 6,5%, estudiantes, 6,6% profesionales y funcionarios 7,2%, y trabajadores, 8,6%, la que alcanza mayor porcentaje son los parados con un 9,6%. Este dato parece lógico ya que la falta de ocupación a la que se añade la preocupación por no tener trabajo, puede llevar a ingestas abusivas de alcohol como mecanismo de compensación de frustraciones.

Por lo tanto, este perfil nos está definiendo un tipo de bebedor abusivo en la Comunidad Valenciana que correspondería a hombre, de edad comprendida entre 25 y 34 años, que vive en poblaciones de más de 100.000 habitantes, en la zona de la costa alicantina, con estudios medios o superiores, parado y de clase social media-baja.

**Cuadro 6.1 Perfil básico de los consumidores abusivos de alcohol**

VARIABLES					
<b>Genero y edad</b>		<b>Hábitat</b>		<b>Zonas</b>	
Hombres	7,1	En poblaciones de		Alicante	7,2
Mujeres	5,3	10.000-50.000 hab	9,7		
19 a 24 años	8,8	100.000-250.000	13,8		
25 a 34 años	10,4			<b>Población</b>	
				No turísticas	7,2
<b>Estudios</b>		<b>Ocupación</b>		<b>Clase social</b>	
Primarios-EGB	6,5	Empresarios y directivos	6,5	Media-baja	8,6
BUP-COU	7,1	Profesionales y funcionarios	7,2	Media-media	6,3
FP1 Y 2	6,3	Trabajadores	8,6	Media-alta	8,2
Medios y superiores	8,3	Parados	9,6		
		Estudiantes	6,6		
<b>TOTAL 6,1</b>					

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.



### 6.3.3 Modelos socio-culturales del consumo

Para finalizar este análisis, hacemos referencia a los lugares y las compañías elegidas por las personas que beben. Conocer con quién o en qué circunstancias suelen tomarse las bebidas alcohólicas más frecuentemente, son datos que aportan información sobre los modelos socio-culturales del consumo de bebidas alcohólicas.

El porcentaje más alto, 31,0% bebe con los amigos, seguido con el 25,3%, de bebedores en familia. [Tabla 6.21]. Ambos datos corroboran el discurso teórico que hemos apuntado en el desarrollo del presente trabajo. La socialización de las personas a través de los grupos de pertenencia y los grupos de referencia, está transmitiendo una norma ampliamente tolerada, aceptada y propiciada, que hace casi imposible la existencia de conductas abstemias. Es evidente que existen factores individuales que influyen en las decisiones de las personas, y que en el mismo medio unas llegan al alcoholismo y otras no, pero es indiscutible que el entorno afianza los comportamientos o los reprime, y en el caso del alcohol, la costumbre social de beber es un factor muy influyente, que da como resultado un elevado número de alcohólicos.

Aunque la impresión que da el actual modelo cultural es el de consumo en las discotecas, tan sólo es un porcentaje del 8,4% quien así lo hace.

**Tabla 6.21 Con quien o donde se consumen las bebidas alcohólicas**

<b>En mi casa, con mi familia</b>	<b>25,3</b>
Con algún otro familiar	7,2
Con un amigo o amiga	10,0
En el grupo de amigos/as	31,0
En una discoteca	8,4
En una fiesta	13,9
Con compañeros de colegio, o en alguna celebración con ellos	1,5
En lugares o circunstancias diversas	2,7
<b>Total</b>	<b>100</b>
Base	[2196]

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999.

Estos ámbitos de consumo de alcohol expresados en la anterior tabla, varían según algunas variables sociodemográficas, siendo las más significativas, la edad, el nivel educativo, la ocupación y la clase social. También lo son la tipología de bebedores y algo menos el género. Respecto a las variables territoriales no hay diferencias apreciables

significativas. Por lo que resulta un perfil de consumidores de alcohol según los ámbitos de consumo, como se muestra en la cuadro 6.2.

Lo más significativo de estos datos es la fuerte dicotomización que se produce en los perfiles de los que beben en casa con su familia, por una parte, y los que beben en el grupo de amigos, en fiestas y en discotecas, por otra.

Los que beben en casa con su familia, son principalmente personas de edad media y mayor, de bajo nivel educativo, amas de casa y jubilados-pensionistas, de clases sociales populares y son bebedores ligeros y moderados. La característica de este perfil parte de dos datos fundamentales como son la clase social de bajo poder adquisitivo para la que resulta más económico beber en casa, y la moderación en la bebida porque lógicamente el control del hogar no permite beber en exceso.

Por el contrario los que beben en el grupo de amigos, en fiestas o en la discoteca, son personas jóvenes de nivel educativo y social medio y alto. Población activa y estudiantes. Y aunque también hay bebedores moderados, en estos tres ámbitos se concentran los tres tipos de bebedores abusivos.

Algunas singularidades serían la mayor juventud de los bebedores en discotecas y la amplia presencia de las amas de casa en las fiestas.

**Cuadro 6.2 Perfiles de consumidores de alcohol en los principales ámbitos de consumo.**

<b>En mi casa, con mi familia</b>	<b>45,3</b>	<b>En el grupo de amigos/as</b>	<b>55,6</b>
Hombres	46,9	Hombres	58,1
Mujeres	43,1	Mujeres	52,0
De 35 a 44 años	57,3	De 15 a 18 años	77,4
De 45 en adelante	71,1	De 19 a 24 años	74,4
De estudios incompletos y primarios	65,0	De 25 a 34 años	70,5
Amas de casa	69,9	BUP y FP 1 y 2	65,1
Jubilados-pensionistas	85,9	Con estudios medios y superiores	67,1
Clase social baja y media-baja	46,4	Estudiantes	79,6
Clase social media-media	48,6	Empresarios y trabajadores	59,6
Bebedores ligeros	71,0	Parados	60,2
Bebedores moderados	57,8	Clase social media-media	57,8
		Clase social media-alta	60,1
		Bebedores moderados	55,1
		Bebedores excesivos	67,8

En fiestas	24,9
Mujeres	32,2
Hombres	19,1
De 15 a 18 años	36,6
De 19 a 24 años	32,1
De 25 a 34 años	31,0
BUP y FP 1 y 2	31,6
Estudios medios y superiores	29,1
Estudiantes	38,7
Amas de casa	34,4
Trabajadores	27,1
Clase social media-media	25,1
Clase social media-alta	24,9
Bebedores altos	30,,8
Bebedores gran riesgo	34,8

En discotecas	15,1
Mujeres	15,6
Hombres	14,5
De 15 a 18 años	38,7
De 19 a 24 años	37,7
BUP FP 1 y 2	24,3
Estudiantes	32,8
Parados	26,6
Clase social media-baja	16,4
Clase social media-alta	21,1
Los tres grados de bebedores abusivos	32,5

Fuente: Generalitat Valenciana y FAD. 1999

Terminaremos este capítulo haciendo referencia a una cuestión compleja y en cierto modo delicada, como es el tema de los intereses económicos, que es un factor transversal a todas las variables que se han estado analizando. El factor económico se halla presente en el fenómeno del alcoholismo. Para que la industria alcoholera prospere, es necesario aumentar los niveles de producción alcanzados y para ello hay que incrementar el número de consumidores y las cantidades consumidas por cada uno de ellos.

No obstante, como afirma el Dr. Árboles, "...en ningún caso el binomio producción-consumo debe ser entendido como carente de límites, ni olvidar los derechos de la persona a cuyo servicio se hallan ambos conceptos." [Árboles, J.1995:66].

Sin embargo, la industrialización, el consumismo y nuestros ancestros culturales nos hacen sospechar que la realidad de la consecuencias sociales y sanitarias del alcoholismo, no es suficiente para conseguir la limitación del uso de las bebidas alcohólicas –única forma de evitar el posterior abuso- dado los intereses o incitaciones directas o indirectas, al consumo, por parte de las empresas productoras. El poder adquisitivo de los mercados, la estructura consumista y la industrialización de la producción de bebidas alcohólicas, incluso del vino y la cerveza, junto con el poder de los medios de información, al servicio de la propaganda, han creado un aumento de consumo que nada tiene que ver con el alcohol que se producía y vendía hace sólo 50 años.



**CAPÍTULO VII**  
**LOS AGENTES SOCIALES EN EL PROCESO**  
**REHABILITADOR**



## **CAPÍTULO VII**

### **LOS AGENTES SOCIALES**

### **EN EL PROCESO REHABILITADOR**

*“En aquellos años, los temas de alcohol y drogas, no sólo estaban insuficientemente estudiados, sino que dedicarse a ellos, era para cierta gente señal inequívoca, de que a uno le gustaba meterse en líos” [Herrero, R. 2000:359].*

#### **7.1 TRABAJAR CON ALCOHÓLICOS: VOCACIÓN O PROFESIÓN**

Los pioneros de las drogodependencias en España comenzaron a tratar alcoholicos en la década de los años sesenta, sin apenas reconocimiento institucional y con escasos medios. La mayoría de los equipos, compuestos por un médico psiquiatra y una asistente social, trabajaban en centros de salud mental, generalmente hospitales psiquiátricos, como ya se ha comentado en la cuarta parte de este trabajo.

El cruce de titulación y sexo, médico varón y asistente social mujer, determinaba la línea a seguir por el equipo, en el que los valores, el funcionamiento y las decisiones venían marcadas fundamentalmente por los varones médicos.

Para el/la paciente estaba claramente representados y adjudicados los roles de padre y madre en las dos figuras profesionales que atendían su tratamiento, lo cual era también asumido por los mismos profesionales, que de manera más o menos consciente representaban la autoridad y la afectividad respectivamente. El resto de personal, como practicantes y cuidadores, eran mayoritariamente varones, que no habían elegido trabajar con alcoholicos, pero realizaban la parte de trabajo que les correspondía con actitudes, más o menos escépticas frente a los “viciosos”, pero colaboradoras desde una perspectiva funcionalista.

La incorporación de los y las psicólogos años más tarde, en la década de los años 70, así como la ampliación de los equipos, rompe este esquema diversificando las funciones y las responsabilidades.

El poder de decisión sobre los dispositivos asistenciales que se ofertaban a los y las pacientes alcohólicas, estuvo focalizado en los médicos y psiquiatras varones, quienes durante años asumieron el liderazgo de los programas de atención a drogodependientes en una proporción mayor que en la actualidad. En nuestros días los proyectos terapéuticos están referenciados en un marco legal y administrativo, completamente inexistente con anterioridad a la publicación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985. Si bien, este marco estructural determina unas directrices y una normativa, no queda exento del perfil heredado de antaño, y continúa apareciendo el modelo de equipo medicalizado en su mayoría por varones y cambiando la figura femenina, por la psicóloga, en este caso.

En un trabajo realizado por la Unidad de Toxicomanías del Instituto de Estudios Laborales y de Seguridad Social, en el año 1983,<sup>11</sup> donde se presenta un directorio de profesionales dedicados al estudio, prevención, tratamiento y reinserción social de los toxicómanos, se establece un cruce entre titulación académica y sexo, que viene a corroborar lo que venimos apuntando. Contestan a la encuesta un total de 68% de varones y 32% de mujeres. En cuanto a la titulación académica de los 91 médicos existentes, en los centros que atendían en aquella época a drogodependientes en España, el 90% son varones y 10% mujeres. Los 153 psiquiatras que trabajaban en alcoholismo en todo el Estado, cifra a todas luces reducida comparada con la cantidad actual, tienen el mismo reparto porcentual. Por su parte, los psicólogos constituyen la tercera titulación más numerosa, estando más equilibrado el porcentaje entre hombres y mujeres [52% varones y 48% mujeres]. En el caso de Asistentes Sociales se invierte la proporción ya que el 2% son varones y el 98% mujeres. [García Mas, P. 1983:14]

Así los equipos de profesionales nacen sesgados desde una perspectiva de género, y continúan en la misma línea en nuestros días aunque hayan evolucionado hacia las proporciones y los parámetros hacia los que evoluciona la sociedad en general.

No podemos separar ni las configuraciones de los equipos ni el curso de los razonamientos de los profesionales, del contexto global en que se producen. Por un lado, porque dichas opiniones son un componente importante en el nuevo sistema de atención estructural, y desde esta perspectiva deben entenderse. Por otro lado, porque tanto el impacto del fenómeno del alcoholismo como la percepción que se tiene del mismo, esta

---

<sup>11</sup> García Más, M.P. [1983] *Quién es quién en el mundo de las drogas*. Caja de Ahorros y M. De P. De Salamanca. Salamanca.

condicionado por el conjunto de factores que definen los escenarios sociales en los que dicho fenómeno tiene lugar.

En efecto, en el imaginario colectivo, la noción de alcoholismo, y todavía más el alcoholismo de la mujer, camina inseparablemente unido a conceptos morales, de ahí que se siga juzgando y discriminando tanto a las mujeres alcohólicas, como a sus familiares. La etiqueta de alcohólica, trasciende así la condición de proceso, no es un hecho que presente unos límites, sino que adquiere tal naturaleza, que como expresa M<sup>a</sup> Jesús Criado [2001:14], “certifica la posición de desigual”.

Los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias, aún teniendo una visión excepcional de las consecuencias que produce el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, no pueden estar liberados completamente de una concepción moralista porque se han socializado en un contexto que así lo entiende. Tampoco pueden estar completamente separados de sus propios posicionamientos personales. Pensamos que precisamente esa subjetividad que impregna los planteamientos objetivos, racionales y aprendidos, enriquece el conocimiento del fenómeno del alcoholismo, que vivimos a diario desde perspectivas diferentes y en ocasiones opuestas, dependiendo del papel que se juegue en el citado fenómeno.

Interesa escuchar las voces de los que, desde distintos lugares, intervienen en el problema de las mujeres y el alcohol y quieren hablar sobre ello. Por tanto, en esta investigación se ha considerado a los profesionales que trabajan en los centros y servicios de la red asistencial, como agentes sociales participantes en el proceso rehabilitador de la mujer alcohólica, y que manifiestan a través de sus discursos, opiniones que pueden ser complementarias o divergentes, pero en cualquier caso, aportan abundante información sobre el tema, [Anexos II y III].

### **7.1.1 La decisión de trabajar en alcoholismo: “El enganche”**

Los profesionales llegan a trabajar en alcoholismo por vías diferentes, por haber tenido algún contacto inesperado con personas alcohólicas, o a través de estudios y trabajos transversales al fenómeno del alcoholismo. Podemos decir que, en general, no ha existido un planteamiento objetivo “a priori” que les haya conducido a tomar esa decisión. Se desprende de sus discursos una cierta casualidad, algo con lo que se encuentran y que responde a un deseo oculto, a una tendencia no manifiesta. Una vez han contactado con el



mundo de las drogodependencias, se sienten de algún modo atrapados en él, se sienten “enganchados” al trabajo.

“...Desde el ámbito de la violencia paso al ámbito de las adicciones, porque en el trabajo de violencia un elemento muy importante es el de las adicciones...” “...no es vocacional sinceramente, aunque no salgo nunca de ello, o sea que algo me gustará porque nunca abandono esto...y no me gustaría dejarlo nunca.” [E.-2].

“...Recuerdo una campaña preventiva, que no me gustó nada y a partir de ahí empecé a interesarme. ¿Qué es? ¿Qué pasa? Y ya pues parece que engancha, crea dependencia también esto” [E-3].

“...Yo acabé ese trabajo de campo y fue cuando me quedé ya enganchada al tema drogas. Nunca había estudiado, nunca había trabajado a nivel asistencial. En ese momento me pregunté qué podría hacer yo...” [E.-4]

“...Cuando entras en profundidad en el mundo de las drogas yo creo que se hace contigo y te gusta... cuando te vas de vacaciones sientes un poquito de mono, ...a mí me gusta, me gusta mucho.” [E.- 5].

“...Estoy dedicado al alcoholismo prácticamente en monográfico porque empecé en X... hace muchísimo tiempo...pensé que era una cosa que me gustaba, era un campo, no lo sé, supongo que me gustaba...” [E.-6].

Ahora bien, por mucho que influyan las variables del contexto y de la situación, no podemos dejar de lado las inclinaciones o preferencias de cada persona, -o lo que se denomina vocación-, pues la decisión última respecto al trabajo, aunque esté mediatizada por factores objetivos y de orden externo, corresponde, finalmente, a la esfera de las decisiones individuales.

### **7.1.2 El profesional y su trabajo**

Hemos comprobado en el apartado anterior que los profesionales sienten una cierta satisfacción que les empuja a continuar en ese tipo de trabajo como si de algo que hubiera en él, dependieran. Incluso en ocasiones por encima del juicio social que merece el tipo de trabajo que desempeñan. Como vamos a comprobar, las actitudes sociales de rechazo hacia el alcohólico se hacen extensivas -en un rasgo estereotipado y falto de consistencia- a todo lo que rodea al alcohólico, incluso a los profesionales que trabajan con ellos.

“Y los compañeros... estás tonto, te dejas esto por ir a ver borrachos”. [E.- 6].

Quizá ese empeño en conseguir y desarrollar un trabajo que no es reconocido en toda su amplitud e importancia, y que es al mismo tiempo un trabajo que tiene algo de misterioso, pues evidentemente, no tiene nada que ver con un trabajo rutinario o monótono, conduce a los profesionales a adquirir un alto grado de responsabilidad, tanto en el desempeño de sus funciones como en su implicación personal, como vemos en los siguientes argumentos:

“...Vamos a hacer unas Jornadas de todos los profesionales donde vamos a intentar establecer un protocolo de actuación común, que creo que es fundamental que tengamos todos, porque cada uno trabaja en una asociación, con una realidad distinta y con una implicación también distinta y deberíamos unificar criterios de acción” ...”...sí que es muy importante que cada uno sepa dónde está...” [E.- 2].

“...Lo que a mi me cuesta muchísimo es hacerme a la idea de que tengo una responsabilidad con otras personas, otras personas que te doblan la edad, te doblan la vida, te doblan todo. Y ese trabajo continuo de ganarte confianza, de analizar las cosas, a mí hay momentos que me agobia, me agota,...” [E.- 3].

El contacto cotidiano con situaciones graves, con personas cuya vida ha sido un fracaso y con problemas irresolubles, requiere de una especial predisposición. En el transcurso de los años, el profesional se endurece, por decirlo de alguna manera, o se protege a sí mismo. De ahí que algunos de ellos nos hablan de una separación tajante entre los aspectos de índole profesional y su vida privada como mecanismo de protección de la esfera de lo personal. Aunque bien sabemos que esa línea divisoria no está claramente definida y que, en la mayoría de ocasiones, las personas adquieren una visión del propio mundo condicionada por la visión que la realidad laboral les proporciona.

“Con mi entorno no suelo hablar de mi trabajo. Nunca hablo de mi trabajo, con mi familia no hablo de mi trabajo, con mis amigos, ni siquiera con mis compañeros de clase que aún nos vemos, no hablamos de trabajo, de cualquier cosa menos de trabajo. Aunque es difícil porque ocupa más de la mitad de tu vida...” [E.-3].

A esta separación personal/profesional, también se le puede otorgar otra interpretación en la que se baraja lo objetivo y lo subjetivo. Hasta dónde debe alcanzar la objetividad profesional es un tema discutido en el ámbito de los equipos de trabajo, sobre

todo en el área de la salud y concretamente en el área de la salud mental y el alcoholismo. La mayor o menor implicación del profesional es un debate que todavía se mantiene sobre la mesa. Quizá porque las alcohólicas reclaman una atención que no lo hace el enfermo que acude al servicio de traumatología. La asistencia al alcohólico significa atender a una persona que de alguna manera vuelca su intimidad y su vergüenza en el profesional. La necesidad de extrovertir los sentimientos y descargar sus problemas en “el otro” conlleva un tipo de relación en donde el profesional ha de saber moverse, intentando acercarse a la persona y al mismo tiempo mantener la distancia necesaria para que sus intervenciones sean terapéuticas y no meros consejos. En este alejamiento/acercamiento, el profesional corre el riesgo de decantarse hacia alguno de los extremos y ello en la mayoría de los casos pudiera ser contraproducente. Sobre esta situación reproducimos las palabras de uno de los profesionales entrevistados:

“...Ese vínculo, entre lo profesional y lo personal, yo pienso que los profesionales a veces nos escudamos en una cierta profesionalidad para no acercarnos a los sujetos que tienen problemas, o para no verlos.” [E.-1].

Cabe también señalar el alto grado de exigencia personal que muestran los profesionales en su trabajo. Posiblemente el nivel de esfuerzo que reclaman de las personas que atienden está influyendo en sus planteamientos de vida propios. De otro modo no podrían trabajar en ese ámbito, porque para trabajar en él hay que comprenderlo y para comprenderlo hay que acercarse tanto, que implica lo personal.

El mundo de las drogodependencias y en particular del alcoholismo representa un sub-mundo dentro del contexto social, con sus propias normas y modelos de funcionamiento, con su propio lenguaje y mecanismos de relación. Qué duda cabe que los profesionales se encuentran muy cercanos a esa sub-cultura. En determinados momentos se le permite al profesional traspasar la línea divisoria existente entre los que dependen de una droga y los que no, los normales y los que no lo son, para acceder a la intimidad y la reserva guardada tras esa línea imaginaria. El alcoholismo deja de ser un concepto para el profesional, para convertirse en personas con nombre, en individualidades, que se dejan conocer por aquellos que entran en su mundo, el mundo del alcohol, de la dependencia, de la incomprensión y en definitiva del sufrimiento. Los de “afuera” piensan y juzgan y por tanto adquieren una instantánea de las situaciones, una visión propia y lejana. Pero, los de “dentro” establecen unas normas como mecanismo de defensa. Aceptar su situación e intentar modificarla, requiere unos canales de comunicación que sólo se usan dentro de ese sub-mundo, porque sólo en él se entiende el lenguaje de la dependencia, de la agresividad o

del fracaso, en el mismo nivel de entendimiento y aceptación. Para unos los alcohólicos “mienten” para beber, para otros, los alcohólicos necesitan “autojustificar” su conducta que saben es incorrecta.

Nunca un profesional estará en el mismo lado de la línea, por razones obvias, y eso lo sabe tanto él mismo como los alcohólicos que atiende, pero es tal el acercamiento, que en ocasiones ambos pueden olvidarlo y, es en ese momento, cuando el profesional percibe que algo de sí mismo está aportando en su trabajo.

### 7.1.3 La opinión de los profesionales sobre la estructura asistencial

La unificación de oferta asistencial que engloba tanto drogas legales como ilegales, que ha sido expuesto en el capítulo cuarto, ha tenido un efecto perverso para las personas alcohólicas, que han visto reducidas sus posibilidades asistenciales, de manera implícita, en las nuevas estructuras.

“ Alcohólicos se ven juntamente con los toxicómanos desde el principio, ¿eh?. Porque sólo hay una unidad específica de alcoholología que la lleva una persona, y las demás, todas en general son mixtas, que se llaman, de drogas legales e ilegales, de manera que, tanto ves alcohólicos como de otra sustancia.” [E.- 4].

La explicación de este efecto es evidente, si tenemos en cuenta, como ya se ha mencionado anteriormente, que la primera respuesta institucional en nuestro país surge en el año 1985 con el Plan Nacional Sobre Drogas, a raíz del aumento del consumo de sustancias ilegales. Puesto que ya existía una mínima red de atención al alcoholismo, las nuevas propuestas se centraron en servicios dirigidos a drogodependientes de otras sustancias.

En un principio se pensó que dichos servicios podrían englobar todo tipo de dependencias, pero la realidad nos muestra que son patologías distintas así como también los perfiles de los consumidores, por lo que no hay una identificación del alcohólico con el llamado drogodependiente y viceversa.

Con respecto a las mujeres, esta situación está más acentuada por lo que las respuestas que se ofertan al problema del alcoholismo en la mujer no corresponden a la demanda de la mujer alcohólica, que no consume otras drogas, que tiene una familia

formada y que ha entrado en una edad adulta. Estas respuestas asistenciales van dirigidas al perfil de mujer joven consumidora de otras drogas.

Podemos decir que la mujer se encuentra con una serie de dificultades de diversa índole para acceder a los recursos de la red asistencial. Por una parte existen dificultades de tipo burocrático, como expresa un profesional al describir la forma de acceso al centro donde trabaja,

“...Las mujeres acceden al centro a través de los servicios reglados de la red, o sea tiene que ser a través de la UCA, que envía solicitud a la Dirección General y ésta le elige el centro donde se envía.” [E.-1]

Aunque es sabido que a un tipo de centro cerrado, como lo es una Unidad de Deshabitación Residencial [UDR], no se debe acceder directamente puesto que no estaría indicado terapéuticamente, también es cierto que el recorrido burocrático, sin un apoyo personal durante la espera para preparar su ingreso, y a expensas de la decisión de un técnico de la administración, que no ha tratado a la mujer toxicómana, lo único que puede producir es un elevado número de deserciones.

Se deduce de los discursos de los diferentes profesionales que aquellos que trabajan en centros orientados a la rehabilitación y reinserción social, no se sienten identificados con la red asistencial en igual medida que los profesionales que trabajan en centros de desintoxicación y deshabitación. Aún estando integrados en la red asistencial todos ellos, puede apreciarse que los profesionales de los centros con perfiles menos medicalizados manifiestan opiniones poco satisfactorias con respecto al funcionamiento de la estructura asistencial actual.

“...no es real, lo que no puede ser es que la persona acuda a una unidad de conductas adictivas, un mes para que le den la cita, que de ahí se estudie su caso, estudiar el caso puede ser otras tres semanas, mientras que le ve la trabajadora social, la psicóloga y la médica, que de ahí, esa propuesta de intervención se lleve a la dirección general de drogodependencias, y que la dirección general apruebe ese tratamiento y retorne a la UCA y de la UCA ya lo derivan al centro más apropiado.” [E.-3].

Si algo necesita la persona alcohólica es la personalización e individualización, porque en el momento que reclama ayuda, su mundo termina donde empiezan sus problemas y al otro lado de esa línea imaginaria que le separa de la realidad en la que vive, nada es comprensible para esa persona.



Sin embargo, la burocratización ha surgido debido al incremento de todo tipo de organizaciones, así como a la complejidad cada vez mayor de las mismas. Weber, M. en su obra "Economía y Sociedad" [1964, e.o. 1922], afirma que la organización burocrática es un instrumento privilegiado que ha modelado la política, la economía y la tecnología modernas. Uno de los principales rasgos de la teoría es la racionalidad, así como el predominio de un planteamiento estructural y la formalización [con el consiguiente factor de despersonalización].

Para Weber la burocratización significa fundamentalmente la prevalencia creciente de un tipo racional y formal de organización. Se trata de un sistema de control que se basa en reglas racionales, es decir, en reglas que tratan de regular la estructura y el proceso total de la organización, en razón del conocimiento técnico y para lograr el máximo de eficacia.

En función de esta teoría, los problemas sociales son característicos de las sociedades avanzadas e industrializadas; de hecho, sólo se llegó a concebir la existencia de problemas sociales en cuanto que se percibió que la ciencia social podría solucionarlos, lo que implicó ya un estado avanzado de la sociedad. Pero los problemas sociales, por otra parte, son el fruto de dicho progreso, de forma que no es posible avanzar socialmente sin crear concomitantemente una serie de condiciones negativas.

Las causas de los problemas sociales se sitúan en la burocratización de la vida social, aspecto inseparable del desarrollo humano. La burocratización implica una forma de funcionar basada en la separación de los elementos emocionales de los racionales, en unas formas de aplicación del poder y de ejercer el liderazgo concretas.

El problema surge cuando se produce una burocratización que sólo presenta sus aspectos negativos, es decir la ritualización y la falta de afecto, pero no los positivos, tales como el incremento de la eficacia y de la eficiencia.

Por otro lado, el perfil actual del adicto se complica, y como dice Enrique Echeburúa [1999:329] "los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control, la dependencia y, en último término, la pérdida de libertad de la persona. Por ello, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas". Se consume cualquier sustancia y varias a la vez porque hay una búsqueda directa y rápida de un efecto placentero; cuando menos, se huye del displacer.

En aras de la eficacia de los servicios se produce una compartimentalización y encasillamiento de las consecuencias, de forma que los programas asistenciales implican una separación de lo médico, lo psicológico y lo social en una persona, que lo vivencia, sin

embargo, como una globalidad integrada, pero debe dirigirse a centros diferentes según pretenda desintoxicarse o rehabilitarse.

También nos hallamos ante dificultades en los centros por falta de plazas para mujeres, ya que algunos de ellos se diseñaron hace tiempo, cuando la proporción entre hombres y mujeres era mucho menor. Si bien, lo que dicen las estadísticas actuales es que el número de mujeres que solicita el tratamiento ha aumentado considerablemente en los últimos años, sin que se haya modificado esa proporción en la estructura de algunos centros. Reproducimos el discurso de un trabajador de una Unidad de Deshabitación Residencial:

“Son cuatro plazas para mujeres. Entonces eso condiciona un poco el número de mujeres que nos llegan”...“...ya nos llegan mujeres que son alcohólicas, es decir, hay una adicción fuerte al alcohol pues han sido a veces antes alcohólicas que cocainómanas.” [E.-1]

En otro tipo de centros de características más abiertas, como pueda ser un Centro de Día [CD], también recogemos de las palabras de la profesional entrevistada, una queja sobre la escasez de recursos, sobre todo en lo referente a los problemas de búsqueda y derivación a recursos sociales, y en especial, aquellos que son necesarios para que la mujer tenga las condiciones de vida mínimas para iniciar una rehabilitación.

“...Cuando yo llamo a un albergue, para que me consiga una plaza de mujer, nunca hay, porque las mujeres ocupan, tardan más en solucionar su situación. Tu intentas buscar un alojamiento para una mujer, un piso tutelado, cualquier otra cosa, hay menos recursos que para hombres y son problemas más complejos.” [E.-3]

Aparecen además, dificultades para acceder a un tratamiento adecuado, bien por un exceso de demanda, o incluso por saturación de trabajo. Estas dificultades conducen a un tipo de asistencia que los profesionales bien saben que es insuficiente:

“En la desintoxicación la ves todas las semanas, así no la puedes dejar de la mano ¿eh?. Pero una vez ya se ha limpiado de alcohol, por así decir, que empieza lo que para mí es realmente duro, que es el mantenimiento de la abstinencia, y que entra lo que es el tratamiento puramente psicológico, pues es que la psicóloga la puede citar una vez al mes y yo como médico una vez cada dos, con lo cual, entre las dos puede salir una media, pues como mucho de una visita al mes y eso me parece de todas, todas, muy insuficiente”. [E.-4.]

Además de las dificultades apuntadas, que en algunos casos son debidas al género de la persona, también aparecen otras dificultades más sutiles, que limitan la participación de las mujeres en asociaciones y grupos de autoayuda, atribuibles al marcado perfil varonil de éstos.

“...Me caben en los dedos de las manos, o sea, hay muy poquitas mujeres, muy poquitas mujeres...” “...al hombre le cuesta acudir a una asociación, pero a la mujer quizá le cueste más, y si encima cuando entras la mayoría de gente que te encuentras son hombres, no es fácil...y los grupos normalmente está genial que haya hombres y mujeres, pero es verdad que hay unas carencias de las mujeres que no se tratan en los grupos y si encima están en minoría...son menos capaces de solicitar esa atención. Yo creo que hay una carencia en la atención a la mujer, pero totalmente” [E.-2.].

Parece una contradicción que no haya un aumento de la demanda por parte de las mujeres a los centros de tratamiento, en una progresión similar al aumento del consumo de sustancias tóxicas en el colectivo femenino. En la tabla 6.2 del capítulo anterior puede comprobarse que el consumo de alcohol en las mujeres ha aumentado 12 puntos porcentuales de 1995 a 1999. Sin embargo, las mujeres que han sido admitidas a tratamiento por primera vez por consumo de sustancias psicoactivas, han disminuido casi un punto porcentual de 1997 a 1999, según los datos de la Memoria Anual del Observatorio Español sobre Drogas [2000: 89].<sup>12</sup> Este hecho evidencia el ocultismo de los problemas de las mujeres con las drogas, o las dificultades para acceder a los tratamientos, porque si aumenta el consumo, lógicamente aumentan las consumidoras abusivas, y sin embargo, no han aumentado las mujeres en tratamiento. Estos datos nos indican que hay dificultades serias –tanto de índole estructural como personal- que impiden a la mujer acceder a los centros de asistencia para recibir la ayuda necesaria. De hecho, de los anteriores discursos expresados, se desprende la existencia, no sólo de las barreras burocráticas que las mujeres tienen que traspasar, sino también los obstáculos que deben vencer en su interior para encontrar la fuerza suficiente para superarlos y acudir a la rehabilitación.

Un apoyo importante para lograr vencer esta batalla interna podría ser la familia, pero en el caso de la mujer alcohólica, la familia de ésta mantiene una actitud de ocultismo derivada de la vergüenza que le acarrea la enfermedad de la alcohólica, o cuando menos la vergüenza por los problemas que se originan como consecuencia de las ingestas alcohólicas de la mujer. Evidentemente, la familia presiona más que la pareja, para que se

<sup>12</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informa nº 3.



ponga en tratamiento, y el interés para que acuda a un centro suele ser, en definitiva, por parte de la madre o hermanas, que al parecer son más capaces de forzar esa decisión.

“Mujeres mayores y remitidas por la familia. Normalmente no por la pareja” [E.- 2]

“Generalmente vienen presionadas” “...con las mujeres llega a ser mucha más la presión de parte de la familia de origen: de los padres o de los hermanos, que quizá por su propia familia, es decir de su marido y de sus hijos” [E.-6].

Los profesionales saben que la familia no colabora en muchos de los casos, y también saben que pueden existir relaciones violentas en la pareja que se van a mantener ocultas durante el proceso de tratamiento, porque ni siquiera en esa situación la mujer podrá desprenderse del temor a desvelar la auténtica relación con su pareja. El vínculo establecido y la dependencia hacia el hombre, junto con el miedo al poder y a la fuerza de éste, generan esas actitudes de ocultismo de la realidad. Dentro de una red asistencial, que no especializa la atención a la mujer, este tipo de problema puede pasar desapercibido, a menos que la sensibilidad de los profesionales y su interés por un trabajo bien hecho, detecte estas situaciones y las trabaje desde el punto de vista terapéutico, de manera adecuada. De lo contrario algunas intervenciones podrían resultar más perjudiciales que beneficiosas, como claramente se deduce de la explicación que nos proporciona una psicóloga:

“ En grupos mixtos no, pero, por ejemplo, si empiezas a trabajar autoestima y ves que algo está ahí que frena, que frena, y puedes tener algún tipo de entrevista con la pareja, puedes detectar si hay algún problema por ahí de humillación o de abusos, de abuso psicológico, ¿eh?, ya no hablo de físico que puede ser muy evidente, ¿no?, y eso hay que andar con muchísimo cuidado, o sea, si tu desarrollas fortaleza y ponerte en tu sitio y yo soy alcohólica pero no soy idiota y ese tipo de posturas, muy en su sitio, cuidado, que tienes a alguien delante que no sabes muy bien cómo va a reaccionar con esta persona que está intentando rehabilitarse, y ese, por ejemplo, es un tema, que yo sepa ..... y a mí me preocupa, y en la medida, o sea, a mí por ejemplo, el problema de la mujer alcohólica con problemas de malos tratos me parece que es un problema, y claro, yo vengo de los dos y me encuentro con que ahí hay algo que no funciona, que no estamos atendiendo bien, que no estamos ofreciendo la ayuda que necesitan, que estamos a veces dejando muy desamparadas a algunas mujeres.” [E.-2]

La dinámica del género en el consumo de alcohol en la sociedad todavía necesita ser descubierta, y las mujeres que abusan de la bebida están poniendo en peligro su feminidad

y su papel como mujeres, de forma que a los ojos de la sociedad han fracasado como tales. Podríamos afirmar, que para abordar la rehabilitación de una mujer, se requiere un tipo de atención específica, por el hecho de ser una persona alcohólica y por añadidura, atender los problemas que conlleva el binomio alcoholismo-mujer.

“Cuando estas personas tienen que normalizar su vida, ser alcohólica mujer es más grave que ser alcohólico hombre” [E.-1]

“Yo entiendo que para el alcoholismo habría que crear unidades específicas al margen de las otras sustancias”. “...Deberían crearse más unidades específicas de alcoholismo y dentro de ellas tratar por separado a los hombres y a las mujeres” [E.- 4]

En la actual red asistencial hay una serie de carencias que los profesionales ponen de manifiesto con insistencia. Por un lado aparecen quejas referidas a la escasez de servicios y a la falta de coordinación entre los centros que, en el caso de que exista, es debido a la iniciativa de los profesionales que trabajan en ellos y no, a un plan de coordinación establecido. La importancia de la coordinación se encuentra, sobre todo, cuando el paciente sale de un centro y debe acudir a otro para continuar su proceso de rehabilitación.

“Eso requiere una conexión con otros profesionales, o sea, la mujer que es atendida dentro del ámbito del alcoholismo, puede tener muchas más necesidades y carencias que requieren la intervención de otros profesionales”. [E.-2]

“Estoy de acuerdo con la filosofía general de la ley de drogodependencias...es muy bonita...pero luego le ha faltado el articularla y faltan recursos...” “...hacen falta unidades de deshabitación, que podrían ser residenciales o centros de día, pero hacen falta muchos recursos para poder continuar con los procesos de deshabitación que son los duros...” “..Y haría falta una coordinación real tal y como contempla la ley...” [E.-5].

Tampoco existe un plan de coordinación interinstitucional entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales:

“...No hay reinserción porque no está contemplada la parte social de las UCAS. Se supone que serían los servicios sociales generales que deberían hacer eso, pero no hay ningún puente entre las UCAS y los servicios sociales generales...” [E.-1]

En el momento actual la asistencia sanitaria a las drogodependencias se encuentra integrada en el sistema sanitario público valenciano, por lo que responde de manera más satisfactoria a los sectores profesionales del ámbito médico,

“Las unidades de alcoholología son el eje de la abstinencia y el tratamiento y éstas a su vez coordinadas o referenciadas en un momento dado con otros recursos que pueda haber, pero estos recursos siempre como complementarios...”... “Las asociaciones de alcohólicos en este momento han cambiado muchísimo, es decir, de no tener médico a tener médico, antes se hacía tratamiento integral del alcohólico...hoy quizá las unidades de tratamiento son las unidades de alcoholología donde se hace el tratamiento integral...” [E.-6].

Sin embargo, como apuntábamos anteriormente, los profesionales que trabajan desde centros no médicos tienen una visión contrapuesta.

“Se nos vende que hay una red unificada y luego tiene toda una serie de desventajas, que con la excusa de que por primera vez los drogodependientes están incluidos en un sistema de salud, que es el gran logro de alguna forma, pues hay un enfoque excesivamente medicalizado de la atención al drogodependiente” [E.- 1].

Incluso aparecen reivindicaciones que contienen posturas de defensa de intereses laborales, pero también en buena medida la reivindicación expresa una lucha por mejorar la asistencia, y se manifiesta un cierto descontento, como si aquellos aspectos no médicos ocuparan un lugar secundario.

“...No tienen otros profesionales porque no tienen dinero para pagarlos...o sea se subvenciona la figura del psicólogo, para que ejerza...fundamentalmente, la terapia en grupo, que la UCA no puede ofrecer.”... “...la red que existe, a la asociación no la tiene en cuenta”...”...aquí los programas que se aplican no están acreditados, con lo que también los profesionales que estamos en asociaciones no estamos acreditados...”...es la propia Dirección General la que nos margina en actuación...” [E.- 2].

### 7.1.4 El proceso del tratamiento

El tratamiento en alcoholismo comienza por el diagnóstico y la desintoxicación. Aunque al menos en teoría no resulta difícil diagnosticar la enfermedad alcohólica, desde el punto de vista médico, según afirma el Dr. Juan José Llopis [2000:199], sí lo es desde el punto de vista psicosocial, aspecto trascendental del alcoholismo, pues no debemos olvidar su característica de enfermedad biopsicosocial, ni obviar su proceso evolutivo. En los diferentes momentos de la enfermedad este proceso tiene presentaciones diversas, por lo que el diagnóstico no puede ser estático y transversal, sino evolutivo y longitudinal. De cualquier modo los criterios diagnósticos del alcoholismo han evolucionado desde el concepto inicial ideado por Huss en 1849 hasta los formulados por Jellineck en 1960, para adaptarse a los criterios del DSM [Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder].

Teniendo en cuenta la evolución de la forma de beber de los españoles y las nuevas tendencias del consumo de fin de semana, como veíamos en el análisis de datos del capítulo anterior, se hace imprescindible que se establezca una diferencia entre dependencia alcohólica y trastornos por abuso de alcohol. Este diagnóstico diferencial cobra singular importancia cuando tiene que determinarse un plan terapéutico para la persona.

“...Yo me inclinaría más por un concepto moderno, lo que se llama PRA, es decir, problemas relacionados con el alcohol...” y es una cosa mucho más operativa y mucho más dinámica que no andar buscando a uno y decir: oiga, mire, pues usted es un alcohólico, eso al fin y al cabo no deja de ser un juicio, un juicio diagnóstico que hace un profesional y le pone a un paciente”...“Entonces, ya te digo, que lo importante no es el hecho de beber, sino lo importante es las consecuencias que tiene, que al fin y al cabo se traduce en una calidad de vida” [E.-6]

Una dificultad en el diagnóstico del alcoholismo estriba en que en muchas ocasiones el enfermo carece de consciencia de patología y, por lo tanto, muestra nulo interés en abordarla. Es muy escasa la información que se tiene sobre el alcohol como sustancia capaz de crear dependencia y ocasionar problemas. La consideración social del alcohol como droga, está muy condicionada por las formas de consumo. No es igual que unos jóvenes estén en la calle bebiendo de una botella, - últimamente denominado “botellón” -, que los adultos tomen un aperitivo en una mesa de una cafetería también en la calle. En definitiva, el hecho es el mismo, y no se diría que ninguno de los dos grupos se droga, porque en nuestra cultura el alcohol no es considerado una droga. Simplemente la alarma

social salta, cuando la conducta que acompaña al consumo resulta molesta, como es el caso del “botellón”.

“Porque no lo tenemos por droga. ¿Por qué? Porque el alcohol es una droga que se puede usar dentro de unos límites. Y esa es la cultura que tenemos. Con las demás drogas no tenemos cultura de un uso dentro de unos límites que no puedan ser perjudiciales” [E.- 6].

La ley que actualmente se está elaborando y que tiene previsto entrar en vigor en marzo del 2003, intenta controlar este tipo de conductas, lo cual es un signo de la reacción social frente al escándalo público molesto para los vecinos, pero no ante el escándalo público de que una droga se consuma abundantemente en la calle. Quede claro que no se está desde aquí defendiendo posturas rígidas de abstinencia total de bebidas alcohólicas, pero sí posturas coherentes, sobre todo ante los grupos de mayor riesgo como son los jóvenes, que junto a estas medidas que suponemos con finalidad preventiva, pueden disfrutar de los sugerentes anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas, en todos los medios de comunicación, que tienen mayor influencia y convencen a mayor velocidad que las protestas de los vecinos o los intentos de control mediante leyes.

Es importante una adecuada información e incluso detección precoz de problemas o personas con riesgo de dependencia.

“Yo siempre he sido un defensor, más que decir: vamos a hacer campañas de prevención para que no haya alcohólicos, porque yo creo que eso es utópico, es decir, siempre va a haber consumidores de sustancias y de alcohol va a haber...hay que hacer prevención, eso indudablemente, pero al mismo tiempo hay que hacer campañas de diagnóstico precoz, es decir, no buscar enfermos muy evolucionados, sino ir cogiéndolos en los inicios de la enfermedad. Yo creo que un alcohólico es tan alcohólico a los 17 o 18 años, pero es tan poca la sintomatología que no la detectamos...pero quizá en esa edad ya hay que hacer una fuerza.” [E.-6].

“Cada vez hay más gente joven, cada vez aparecen con cuadros más de abuso que de dependencia, y eso quizá es por una acción preventiva y por una acción de sensibilización” [E.-2].

El tratamiento del alcoholismo está en la actualidad exento de terapias agresivas y se intenta acercar a cada persona individualizando las técnicas que se aplican. A pesar de ello el proceso de la mujer alcohólica que inicia un tratamiento, reviste mayores dificultades que



para el hombre, entre otras cosas porque mayoritariamente son hombres quien están al cargo de ellos y también porque en general las terapias son pensadas para hombres.

Del mismo modo, su forma de beber, la falta de apoyos familiares y los problemas que la rodean también condicionan que el pronóstico sea en principio más pesimista que para el alcohólico varón.

“...Eso que en la sociedad masculina está claro, es difícil para cualquier mujer normal a veces situarse desde ese plano y para una persona que además consume drogas pues eso es más complicado todavía...” [E.-1].

“Quieren arreglar su vida para ser mujeres de verdad y para eso pues, tienen que estar estabilizadas, para que luego les devuelvan a sus niños y sus maridos salgan de la cárcel y formen una familia.” [E.-3]

“Normalmente te llegan porque los hijos ya mayores se plantan y la delatan y la traen al tratamiento...en general lo oculta bastante más que el hombre, incluso a los hijos, y entonces, claro, el admitir que necesita un tratamiento, yo creo que necesita de un plus más de esfuerzo o de valentía, que pueda tener un hombre.” ...“...si no, sigue estando en desventaja con respecto a la terapia que se hace aplicada a los hombres...” [E.- 4].

“...Quizá sea mucho peor pronóstico la mujer que el hombre. Quizá yo creo que no resolvemos bien las situaciones de origen y si se vuelven a repetir o no se acaban de solucionar, pues la mujer, es más fácil que vuelva otra vez al alcoholismo.”...“...si no viene la familia y el marido, difícilmente puedes cambiar una dinámica familiar que a lo mejor ha sido el detonante de esos consumos, con lo que ahí cuesta más”. [E.- 6]

A todas las mujeres el consumo de alcohol les trae dificultades en su vida y se han relacionado toda una serie de sentimientos con la inclinación negativa hacia la bebida de las mujeres [Ettorre, E. 1998: 26], aburrimiento, miedo, ansiedad, vergüenza,...y soledad. La soledad acompaña a la mujer alcohólica como su sombra. El sentimiento de soledad la lleva a beber en exceso, incluso a adquirir una dependencia por su causa:

“Ahí incluso ya se empieza a trabajar la co-dependencia, quiero decir, como un problema, es decir, alguien, que de alguna forma siempre está buscando cobijo, y aunque ese cobijo sea peor que la propia soledad. Y entonces en el caso, por la tradición, de la sociedad machista de alguna forma, donde el hombre ha tenido más posibilidades de desarrollo personal, donde la autonomía se concibe más como algo masculino, es decir,

la mujer siempre ha estado pendiente, o bien de alguien, o sea, tiene que desarrollar su autonomía en función de otro, o bien cubrir a otro, o sea, cubrir a la familia, proteger a la familia, pero no es la mentalidad por educación y por formación en la mujer a veces para, para afirmarse en su propia soledad, es decir, no existe.” [E.-1]

La mujer es dependiente en su rol femenino, depende del hombre, de la familia, llena su soledad dependiendo de algo, aunque sea el alcohol.

“ La verdad que es un tema muy interesante. Es un tema muy interesante porque ahí, visto socialmente, la mujer, incluso en lo que es el consumo de drogas, a veces ha tenido un papel dependiente. Quizá hay pocas mujeres con un grado de autonomía por formación, por estudios o por lo que sea que le permita a veces no buscar una dependencia con un chico para el consumo, y....” [E.-1]

“Yo creo que lo vivirían ellas mejor pero podría ser más peligroso porque puede ser más dependiente, ellas son dependientes a los hombres en general. Entonces, todo lo que venga de un hombre es como más, más real oye, más verdad, ¿vale?”. [E.-3]

Para experimentar una sensación de plenitud y curación, las mujeres tienen que desafiar la vida fragmentada y aislada que llevan bebiendo alcohol. Necesitan estar profundamente en contacto con su fuerza creativa, necesitan reconocer su integridad femenina y trascender los modelos tradicionales de pensar, hablar y actuar, a veces, definidos por los hombres. En el proceso de tratamiento se han de borrar las imágenes estereotipadas que caracterizan a las mujeres como neuróticas, decadentes o corrompidas, teniendo que buscar por ellas mismas otras formas alternativas de preservar su integridad. Debido a estas imágenes preformadas sobre la mujer alcohólica, ésta sufre una fuerte discriminación y aislamiento durante su proceso de tratamiento y rehabilitación.

“ A nivel, fuera ya de lo que es la intervención psicológica, tienen muy pocos apoyos, creo que tienen muy pocos. Por ejemplo: aquí los grupos de familiares de apoyo son mujeres de hombres con problemas de alcohol. No hay maridos, o sea, y montar un grupo de compañeros es muy complejo porque la apreciación es que se implican muchísimo menos”.....“La pareja hombre, a los dos meses se te ha ido, y además e incluso, si su mujer sigue acudiendo a la Asociación, a los seis o siete meses pero si tú estás, pero que haces, pero si tú ya estás bien, o sea, no hay una conciencia para nada del problema. No adopta una postura activa de apoyo, o sea, esperan que la mujer se ponga bien y a veces, también es otra impresión, voicotean la rehabilitación. ”.[E.-2].

“..La soledad de la mujer alcohólica a la hora de rehabilitarse es muchísimo mayor que la del hombre. La prueba la tienes en que a los alcohólicos varones, todos, siempre vienen acompañados de una mujer...y con la mujer no es así por desgracia. Si consigues que al principio o bien el marido o los hijos la acompañen, eso acaba pronto.”...”...no está sola a nivel de consulta, es que esta sola a nivel de casa...y a nivel social, para que te voy a contar,...la discriminación es terriblemente más dura con ella que con un hombre en las mismas condiciones. A nivel laboral, a nivel de reinserción, a todos los niveles.” [E.-4].

“Con la familia por desgracia, está muy marcada y muy discriminada. Aquí cuando vienen los varones, qué poquitos vienen sin la señora, y cuando vienen las señoras qué poquitas vienen con los maridos...a veces tienen más apoyo quizá de los hijos que de los maridos. Y de los hijos también suelen tener más bien poco apoyo” [E.-6]

Los contextos sociales de cada persona definen los condicionantes del proceso de recuperación, existiendo, en un extremo del abanico de posibilidades, contextos de pura supervivencia y gran marginalidad, en algunas alcohólicas, que son doblemente rechazadas:

“ Yo es que creo que hay mucha gente que no se cree que haya una mujer alcohólica realmente. Hay muchísima gente, y la visión de la sociedad en general de cualquier persona que consume, que ya ha llegado a un nivel de deterioro tan grande, a un nivel de adicción tan fuerte, es que vamos, que yo no quiero ni verlos. Entonces, cuando tu ves a una mujer, que la ves por la calle, la ves hecha polvo, a mí personalmente porque trabajo con ellas, pues vamos, me parte, pero a cualquier otra persona: mira, la puta esta. Porque es así, porque la gente es así.”[E.-3]

Para conseguir la rehabilitación de una persona que ha roto sus lazos de unión con su pequeño mundo de relaciones, y que se ha desconectado de las redes de apoyo personales e institucionales, quizá no baste para lograr su recuperación tan sólo el ímpetu de los profesionales y la voluntad de la persona que firmemente intenta conseguir el éxito. Esa persona convive en un contexto determinado, que la acepta o la excluye. Y en el caso de que ese contexto sea excluyente, resulta muy difícil integrarse en él con la sólo voluntad individual.

Permítaseme aquí una anécdota muy gráfica sobre esta cuestión, que relataba Marco Marchioni, sociólogo italiano que ha trabajado el tema de la intervención comunitaria. Allá por los años 80, en una conferencia sobre el citado tema, refiriéndose a la



integración de las personas con determinadas carencias -en este caso hablando sobre la rehabilitación de los enfermos mentales-, explicaba lo siguiente: “en el Hospital Psiquiátrico hay un paciente que fue ingresado por estar convencido de ser un grano de trigo. Tras un tratamiento llegó el día que supo que no era tal cosa y por lo tanto una vez curado, el médico le dio el alta del hospital. Sin embargo tras pocos días en el exterior, el paciente regresó solicitando de nuevo el ingreso. El médico altamente sorprendido le preguntó ¿qué te ha pasado? ¿por qué regresas? Tú ya sabes que no eres un grano de trigo. A lo que el paciente respondió: yo sí lo sé, pero las gallinas, no”.

Realmente si no se trabajan las redes de apoyo social desde parámetros políticos y técnicos y no desde el voluntarismo y el activismo altruista, resultará casi utópico rehabilitar desde una vertiente únicamente individual, como vemos que sugiere en un coherente discurso del educador:

“Generalmente en la familia, esa es la realidad. Pero cuando ese contexto no funciona, pues pienso que son necesarias otras, es decir, la red civil tiene que funcionar, es un poco una red de apoyo, es decir, cuando, pero no solamente para la mujer, sino para toda la gente de alguna forma que está en exclusión, es decir, un preso cuando sale de la cárcel, un menor que está fuera de la familia, y la red de apoyo social nuestra es pobre, es pobre. Asociaciones de autoayuda fuera, y eso allí yo pienso que la situación donde se puede realmente intervenir en drogodependencia es a nivel municipal. Las políticas municipales tienen capacidad para generar y para estar en los barrios, para coordinar recursos, para articularlos, no los grandes planes, es decir, las UCAS son importantes, todo lo demás. Pero donde hay un Ayuntamiento que se siente responsable de las políticas sociales de su municipio, ahí se hacen cosas. Donde no, pues delegan en otros planes que llegan en subvenciones de Europa o donde sea, es decir, el trabajo para mí sigue siendo el mismo desde abajo, de bajo arriba y en plan comunitario”. [E.-1].

Para un perfil de mujer alcohólica que socialmente está más integrada en su medio, la falta de oportunidades laborales y sociales sería el núcleo de interés para la rehabilitación. Aunque puedan existir elementos de inicio al consumo compartidos por las mujeres de los diferentes grupos o perfiles, las experiencias reales de reinserción tienen planteamientos diferentes.

“ Eso es muy complejo. Dependerá mucho de su estructura familiar, de la estructura social que tenga, de la laboral, si realmente está introducida dentro del mercado laboral. Cuantos más puntos de apoyo, cuantas más posibilidades tenga de recuperar sus

relaciones sociales, familiares y laborales, mayores posibilidades tendrá de reintegrarse a esa sociedad. Ahora, si por el contrario, por su problema de alcoholismo, ha perdido o se han deteriorado sus relaciones familiares, ha perdido sus relaciones sociales y desde luego, ha perdido el contacto con el mundo laboral incluso desde el punto de vista legal que se le haya llevado a despidos y tal, pues va a ser más difícil.” [E.-5]

“Sí, porque además como suele suceder que el alcoholismo de la mujer, en general, hay excepciones, se produce siempre en casa y a escondidas, es un beber a escondidas como te dicen ellas, siempre que estén trabajando fuera de casa son horas que no están bebiendo, es decir, que al final las posibilidades de horario se reducen mucho. Aparte de la satisfacción que puedan tener ellas trabajando y demás, ¿eh?, o sea, que lo encuentro muchísimo más beneficioso, yo es en lo que más insisto. Incluso la que no trabaja, la que es ama de casa a secas, pedirle que se incorpore a cualquiera de las actividades que se le puedan ofrecer dentro de la rehabilitación para que emplee su tiempo. Porque además estamos hablando de mujeres, como digo, de mediana edad, y algunas un poco avanzada, con lo cual coinciden esos momentos del famoso síndrome del nido vacío, que no se si existe pero sí que ellas...lo viven y en momentos un poco más delicados coincidiendo también con la menopausia, entonces yo creo que es muy importante el que se dediquen a hacer algo con lo que se encuentren útiles. Es fundamental. Y eso no lo ves en los hombres, quiero decir, el alcoholismo del varón no es así”. [E.- 4].

## **7.2 PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DEL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES**

Los modelos de intervención en la rehabilitación de la alcohólica, reproducen en muchos casos los enfoques teóricos que se ocupan de los problemas sociales, porque no podemos olvidar que el alcoholismo es para muchos, un problema social. Los discursos de los profesionales reproducen esta diversidad de planteamientos teóricos, incluso desde posicionamientos divergentes, como podremos observar en las entrevistas analizadas.

### **7.2.1 Los profesionales y la conceptualización del alcoholismo femenino**

En el anterior capítulo de la presente investigación, hemos revisado una serie de aspectos referidos a la presencia social del alcohol, así como las características de este hecho en el colectivo femenino, desde el punto de vista epidemiológico. Sin embargo

quedan por ver otros aspectos sociológicos, relacionados con el consumo de alcohol en las mujeres. Los profesionales que trabajan en el alcoholismo, estudiosos del tema y conocedores de la práctica desde primera línea, combinan el saber científico con la experiencia, de modo que se replantean los conceptos que definen dicho fenómeno, de acuerdo con las nuevas situaciones que emergen con el transcurso del tiempo. Así hemos visto, a través de sus discursos, cómo ponen en revisión los sistemas asistenciales, las modalidades de tratamiento o los enfoques teóricos que ya no son perfectamente aplicables.

No podemos dejar de considerar los parámetros desde los que –siempre según los profesionales- se entienden los conceptos que definen el fenómeno del alcoholismo y las concepciones del mismo en nuestra sociedad, cuando de mujeres se trata.

Con frecuencia utilizamos palabras que tienen un significado sobre el que no se ha recapitado. Alrededor de la palabra alcohólico o alcohólica existen también otras muchas que lo definen, y según la que se utilice, se le atribuye un significado a aquello que estamos nombrando. Con el transcurso de los años, tanto desde los ámbitos profesionales como de la sociedad en general, ha ido cambiando dicho significado, ya que el concepto de alcoholismo nace unido al concepto de vicio. Se consideraba desde esta perspectiva que las personas o las situaciones se convertían en problemas sociales cuando interferían con el funcionamiento normal de la sociedad orgánica. Esta interferencia constituía una enfermedad o patología. Así, para los patólogos sociales, los obstáculos para el progreso social se situaban tanto en los desajustes de tipo individual como en el mal funcionamiento de tipo institucional. Aunque nos parezca inaudito, estos planteamientos todavía permanecen en el pensamiento de muchas personas como lo confirma el siguiente comentario:

“Que entiendan que es una enfermedad para toda la vida como pueda ser cualquier enfermedad crónica, ¿eh?, pues les cuesta. Ellos entienden que eso es una cosa como peyorativa, que obedece más a una cuestión de vicio y que a partir de ahí uno puede cogerlo o dejarlo en función de la voluntad, y esto no es así, entonces se trata de ir descargando de todos los aspectos peyorativos de lo que eso supone e ir cambiando el chip del paciente y de la familia, sobre todo, en el sentido que entiendan que es una enfermedad crónica y que por tanto va a necesitar ayuda toda la vida” [E.- 4].

La primera de las orientaciones que nacieron en el tiempo para la resolución de los problemas sociales fue la patología social, denominada así por basarse en la analogía de lo orgánico. Uno de los pensadores que más utilizó este símil, Spencer, H [1969, e.o.1873], comentaba que la sociedad es un organismo que posee una masa [las personas de la

sociedad], una estructura compleja que se incrementa con su crecimiento, partes interdependientes y una vida que está por encima de las vidas de cada parte.

“En un principio tú considerabas que era simplemente un vicio y te fastidiaba ver a una persona alcohólica o una persona que bebía o borracha.” [E.- 5]

Así el paso de considerar la unidad de análisis social al plano de lo individual favorece al positivismo, olvidándose algo tan esencial como la crítica social; si una persona se desvía, la culpa es de dicha persona, siendo ella la responsable de su problema.

Desde esta perspectiva, como hemos dicho anteriormente, el alcohólico es considerado un vicioso, único culpable de lo que le ocurre y por ello merece un castigo capaz de redimirle de su culpa. Adquieren así sentido los internamientos prolongados en centros cerrados y los tratamientos aversivos cargados de agresividad.

Es difícil que este discurso lo mantenga hoy ninguno de los profesionales que trabajan en alcoholismo y más bien lo que aparece es una dura crítica a aquellas denominaciones que impliquen algún tipo de estigmatización.

“El tema de los problemas del alcohol se está tratando mejor, ... cada vez se utiliza menos la palabra alcohólico, se utiliza..., todos los estigmas se han anulado, se habla de niveles, de personas con problemas de alcohol, del abuso, o sea, se está rompiendo un montón de mitos.” [E.- 2]

También encontramos quien prefiere utilizar el concepto de enfermedad, no con la intención de restar responsabilidad individual sino para desculpabilizar a la persona y sobre todo a las mujeres.

“Es que el concepto vicio es otro concepto horroroso. La culpabilidad te impide funcionar, el pensar que eres enfermo te quita culpas y te facilita que seas más capaz de trabajar, pero eso sólo enfermo no, tiene que ser enfermedad y conducta. Enfermedad y conducta condiciona lo que quieras, pero tienes que dar un paso más allá, o sea, vicio evidentemente no funciona en nadie, y la mujer menos, porque además el concepto vicio alcohol en la mujer va unido a otro tipo de, o sea, a estereotipos, o sea, entramos en el tema de: golfa, no se qué, tal, ¿no?, creo. Entonces aún la inmoviliza más para trabajar sobre su enfermedad. Pero sólo enfermedad yo creo que no es suficiente ni en hombres ni en mujeres” [E.- 2]



Se trabaja, en ocasiones, desde el concepto de enfermedad, en un acercamiento a un enfoque genitista, donde cobraría mayor importancia los aspectos físicos que los sociales.

“Yo creo que el alcoholismo es una enfermedad física pura y dura y que no se puede, yo por lo menos no la puedo entender si no es desde esa perspectiva, yo creo que no tiene ninguna explicación científica si no es vista desde el punto de vista físico habría que entenderla como una intoxicación etílica, crónica, subclínica, es decir, es una intoxicación porque está un tóxico que es el etanol, que está constantemente en sangre y durante muchísimos años, durante muchísimo tiempo, entonces va dando todo un cuadro de intoxicación...”... “ Si ahora vamos con las corrientes, que era lo que yo te decía antes, con las corrientes genitistas, que sí que hay una genética evidentemente por debajo, claro, si uno está muy predispuesto genéticamente a ser alcohólico, si además empieza a beber y en un ambiente de esto, pues yo creo que muy pronto va a crear la enfermedad...” [E.- 6]

Las nuevas tendencias en el consumo, llevan parejos nuevos perfiles de consumidores, por lo que con frecuencia escuchamos denominaciones del tipo “politoxicómano o policonsumidor” para hacer notar la variedad de sustancias que consume una persona, al tiempo que esto da origen a una nueva denominación , un nuevo concepto.

“...Al tener gente que es politoxicómana es muy complejo...” [E.- 3].

“ Cuando llegan hasta los 25 aún vemos algunos casos ya de los que vienen arrastrados ya porque han empezado en la adolescencia, y generalmente no son alcohólicas puras, entre comillas, están consumiendo alcohol con tranquilizantes...” [E.- 5].

Es conveniente, sin embargo, afinar los conceptos para evitar posturas estereotipadas y para no caer en el error de generalizar o banalizar sobre los diagnósticos diferenciales. En este sentido uno de los profesionales entrevistados en una de sus respuestas realiza un análisis de lo que podría ser una aplicación confusa del término.

“ Yo creo que eso del politoxicómano un poco es confundir a la gente, es decir, que los chavales en un momento dado pues empiecen a probar el tabaco, el alcohol, los porros, los ácidos, pero son quizás consumos más experimentales o más fuera, es decir, no tan dependientes como pueda ser el consumo del alcohol o como después va a ser el consumo de heroína, es decir, que hayan tenido contacto con otras sustancias pues yo

ahí no los tildaría de policonsumidores, quizá haya un perfil que por esto del policonsumidor pues pueda también confundir que son estas señoras que yo te decía antes que en un momento dado también acuden a tratamiento médico con estos síntomas y les pueden dar alguna sustancia médica o un fármaco y simultáneamente están bebiendo alcohol. Pero no desde el punto de vista de abusadores de sustancias sino de gente que está llevando otro tratamiento y además está bebiendo, pero no lo hacen ni por potenciar efectos ni por nada de nada, sino pues tenían un tratamiento y además beben” [E.- 6].

Una de las condiciones básicas para diferenciar los diagnósticos estaría estrechamente relacionada con la dependencia. La dependencia es un factor clave para determinar de qué tipo de problema estamos hablando. En un momento en el que la preocupación social gira en torno a disminuir los más daños posibles, -porque al parecer no hay forma de controlar el consumo de determinadas sustancias y sobre todo entre los más jóvenes- , es lógico que se valore a diferente nivel aquellos que ya han instaurado una dependencia. El reto consiste en diagnosticar precozmente y evitar la dependencia. El éxito quizá en conseguir que se consuma con el menor riesgo, como comentábamos antes. De ahí quizá proviene la búsqueda de nuevos conceptos para definir al sujeto alcohólico. Sin embargo, con referencia al alcoholismo, el factor de la permisividad social juega un papel tan importante, que no se traspasa la barrera de lo patológico hasta que realmente ya hay una conducta manifiesta y claramente dependiente. Aún así, el concepto de dependencia está actualmente en seria revisión.

“... Conceptos como dependencia y eso yo creo que son muy ambiguos y muy laxos...”  
[E.- 6].

“El ser humano es, parafraseando a Heidegger, más que un ser para la muerte, un ser para la dependencia. Sin comprender a priori esta aseveración se hace muy difícil comprender los aspectos generales de la dependencia y un tipo particular de ella: la dependencia a las drogas, que no teniendo que ser necesariamente una patología, se ha convertido en un fenómeno que ha tomado dimensiones epidémicas en las últimas décadas”. [Martí, O. 2000: 61]. Hablamos también de personas con problemas con el alcohol, subsidiarias de ser atendidas, al margen de tener una dependencia instaurada.

“...”... A mí quizá la que más me gusta es una definición de los años 50 era una que venía a decir que el alcohólico era aquella persona a la que los consumos de alcohol le

causaban daño tanto en lo físico, en lo psicológico, en lo familiar, en lo social o en cualquier faceta de su vida.” [E.- 6].

Hablar de dependencia no ha de llevar necesariamente a ver en ella una suerte de fallo, error o degeneración en el que caen determinados seres humanos. Sólo si lo entendemos como algo propio de la especie, estaremos en condiciones de dar más tarde una dimensión patológica, caso de ser necesario. Así pues, ¿qué es la dependencia? Desde un punto de vista complejo que supere el reduccionismo negativo: “La dependencia, es un fenómeno, en virtud del cual se desencadenan una serie de fuerzas fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y ambientales, que predisponen a los seres humanos a tener una relación con objetos, sustancias, incluso personas, de manera continuada. El carácter principal de la dependencia reside en la peculiaridad de la recompensa que proporciona el objeto, sustancia o persona que la genera, recompensa que se caracteriza bien por una sensación objetivable de bienestar a nivel biológico, o una sensación de bienestar de naturaleza psicológica de muy discutible o difícil objetivación” [Höckfelt, Th.1981: 72].

En otro orden de cosas y tal como comentábamos al principio de este apartado, el alcoholismo como todas las enfermedades que tienen repercusiones sociales, transcurren a través de su propia historia. Hay elementos que inciden en los procesos de los fenómenos, de manera que la enfermedad va atravesando por diferentes etapas, siendo esos elementos tanto de índole cultural, económica y política, es decir el contexto social interfiere en dicho proceso. También hay momentos que suponen mayores cambios y otros en los que se estabiliza la evolución, de forma que el desarrollo no es lineal.

En el momento actual, a grandes rasgos, se están produciendo una serie de cambios con referencia al modelo desde el que se trabajó en épocas anteriores y sobre todo con referencia a los inicios de la asistencia en la Comunidad Valenciana, y esto es una cuestión sobre la que algunos profesionales insisten, presentando posturas diferentes.

Cambios que tienen que ver tanto con los conceptos, tratamientos y estructuras asistenciales, como con actitudes sociales frente al fenómeno que nos ocupa:

“El tema de alcohol yo lo veo bastante claro, bastante claro. Los problemas que teníamos muchas veces aquí eran pues, por tú sabes, porque los ingresaban con patologías que no eran de unidades de desintoxicación y deshabituación sino de unidades de hospitales generales, de intensivos o de medicina interna como eran los antiguos “delirium tremens” que teníamos aquí y que nos los comíamos de mala manera.” [E.- 5].

“Yo creo que ha cambiado muchísimo en poco tiempo lo que es tanto los conceptos de alcohol, de alcoholismo y de tratamiento y quizá todo esto se va traduciendo pues en, en nuevos elementos de tratamiento, nuevas estructuras de tratamiento, yo creo que sensibilización de la sociedad con respecto a los daños de alcohol, y que es muy positivo, más que hablar de alcohólico, ¿eh?, cuando se dan mensajes, hablar de problemas con el alcohol, porque eso la gente sí que lo entiende, y sí que la gente, si el piensa que va a venir a un recurso, por ejemplo como este y le van a decir usted es alcohólico o no es alcohólico, eso puede crear distanciamiento, pero si va a un sitio donde le van a evaluar si tiene problemas con el alcohol o no tiene problemas con el alcohol, y si en caso de tener problemas, qué solución tiene, la gente ya cambia, es decir, parece un juego de palabras pero no es un juego de palabras y aquí estamos viendo cada día más, la gente sigue viniendo, gente alcohólica, como tal alcohólica, pero gente que viene: usted, ¿a qué viene?. Mire, que me han mandado x, quien sea, a ver si yo tengo un problema con el alcohol porque me han salido las transaminasas elevadas o por esto, o por lo otro, o por lo de más allá. Y esta ha sido mi terapia, yo creo que ha dado un cambio bastante demostrativo en los últimos tiempos, quizá en los últimos 5 ó 6 años que ha evolucionado mucho y quizá estamos todavía con un proceso de cambio y de evolución y yo creo que para mejor afortunadamente.” [E.- 6].

También hay otros parámetros de medición de estos cambios, y aunque se reconozca que existen algunas variaciones no se tiene confianza en que vayan a ser efectivas o supongan realmente algo cualitativamente distinto.

“Bueno, yo creo que los cambios son bastante bastante aparentes, ¿eh?. Cambios profundos, no se si llegaran algún día pero entiendo que harán falta varias generaciones para que realmente sea así, si algún día se producen, insisto.” E.- 4].

Se ha repetido a lo largo de este capítulo y de esta tesis, la difícil posición de la mujer alcohólica en nuestra sociedad, porque si bien es cierto que se aprecian algunas modificaciones en la actitud social o el enjuiciamiento moral del alcoholismo, éstas, en todo caso, apuntan hacia una mayor tolerancia del alcohólico varón, pero no en la misma medida



para las mujeres. El alcohol es la droga social que más ampliamente se consume en sociedad. Este hecho unido a la idea de que la persona alcohólica “de verdad” es un hombre, tiende a hacer secundarios los problemas de las mujeres. Nos hallamos ante una tremenda realidad y es que la mujer alcohólica es una gran inadaptada socialmente, porque es una persona que ha fracasado ante los estímulos que el medio social le ofrece. Pero también es marginada porque se encuentra al margen de la normalidad con referencia al colectivo social.

“ ¿Por qué pienso eso? Por la discriminación que hay en este tema con las mujeres, es decir, hablando vulgarmente, una borracha es yo creo el escalón más bajo en el que pueda estar una mujer, por debajo de una puta, por debajo de todo, es una mujer borracha, además como es un beber clandestino, que se queda en casa, pues al marido, cuando va a salir eso fuera de casa, le da hasta vergüenza, pero es por la gran discriminación que en este campo sufre la mujer, porque socialmente y culturalmente tenemos el proceder de decir, ya no alcohólica ni enferma, no, no, sino borracha, es lo peor de lo peor...” [E.- 6].

Continuando en la línea de este discurso, la mujer tiene un peligroso futuro si no remedia su conducta, porque si ya se la considera en uno de los escalones más bajos por el hecho de beber, no está exenta de llegar a situaciones todavía más deterioradas, desviadas y marginales. El maltrato, las violaciones y la prostitución son constantes que aparecen en el perfil de determinadas mujeres que han ido recorriendo diferentes centros y viviendo situaciones extremas.

“ Porque cuando una mujer llega a la calle, aparte de los muchísimos años de consumo, su cabeza es que está, después de tantas palizas, tantas violaciones, tanto, están muy mal tratadas en la calle. Una mujer tarda, ¿vale?, tarda porque primero recurre a su madre, recurre a lo que sea, al Instituto de la Mujer, a cualquier otro sitio, pero cuando llega a tocar calle, es que es la perdición, es la perdición. Mujeres que han tenido hijos, que ni siquiera tienen la responsabilidad de sus hijos, que a lo mejor no los pueden ver nunca más, que están en ese trámite, que si les dan la adopción, no les dan la adopción. El consumo es bestial, muchísimo mayor que los hombres, muchísimo mayor que en los hombres, no se, es todo, es un conjunto, es increíble, es increíble. Los años en prisión a una mujer la destrozan, los años en la calle, a la hora de relacionarse, no confían, confían muchísimo menos que los hombres. Si tienen como figura de referencia a una mujer o como figura de autoridad a una mujer, no la ven nada bien..”[E.- 3]

Las actitudes sociales frente a la mujer alcohólica no son uniformes, no existe la misma respuesta en todos los casos. Podemos hablar de una discriminación con respecto al hombre y también discriminación según la clase social a la que pertenezca.

“ Ante el varón que bebe se tiene una tolerancia bestial, sin embargo, con la mujer no se le permite ni tan siquiera que se tome tres cervezas, y sigue siendo exactamente igual que antes, eso sí que es curioso, eso sí que es curioso. Han cambiado mucho los patrones sociales en muchos aspectos pero no en esa tolerancia. [E.- 5]

Ahora, ahí el drama a veces es el joven adolescente de un barrio marginal o bueno, también una relación de clase social, es decir, que eso sería también interesante para comentar, es decir, la alcohólica de clase social alta y la alcohólica de clase social baja. El alcohol es una droga de relación social para una persona de clase media-alta que puede tener problemas pero no le desestructura su vida porque tiene recursos para salir adelante, ¿eh?, y claro, para el de la alcohólica de clase social baja significa exclusión social, marginación, entonces.....[E.- 1]

El alcoholismo femenino, sigue siendo un problema privado. Se oculta en las casas y se oculta en la sociedad. Muchas mujeres beben alcohol, algunas lo disfrutan y no beben en exceso, pero otras tienen enormes dificultades para controlarlo y eso la sociedad no se lo perdona fácilmente.

“ No, no, yo no creo que haya cambiado, ni creo que se detecte mucho más que antes, creo que están igual, o sea, siguen teniendo dificultades para acceder, no se lo ponemos fácil, y la Asociación, por ejemplo, no atiende eso, o sea, sigue siendo una, sigue siendo un problema social privado, social no, perdón, privado, y entonces, hasta que eso no vuelva a ser un problema público, o sea, el alcoholismo del hombre es más público, es un problema más público que el alcoholismo de la mujer que sigue siendo un problema privado. Sigue guardándose en casa, ¿eh?, y queda peor la mujer, es que eso sigue igual, entonces yo opino igual”. [E.- 2]

Claro está que sería éste el reflejo de lo que opina la comunidad científica, al hablar a través de los profesionales que ponen en práctica los avances y conocimientos de las ciencias. Sin embargo no podemos obviar, en este tipo de fenómeno, que hay más actores sociales implicados, que también construyen la realidad del fenómeno. El desarrollo de una forma de pensar sensible a las mujeres requiere un trabajo en la teoría y en la práctica. Este desarrollo debe hacerse, como expresa Ettore, E.[1998: 176], con la conciencia de que hay

una larga historia detrás de las ideas insensibles hacia las mujeres alcohólicas. Estas ideas no van a desaparecer de la noche a la mañana. Por tanto las mujeres mismas necesitan crear una perspectiva alternativa. Cualquier alternativa ha de partir de las propias experiencias vividas, de su particular manera de entender su mundo vital y por supuesto del interés de los demás en entenderlo también.

### **7.2.2 Enfoques y Modelos para la intervención**

A través de los años, el alcoholismo se ha atendido desde diferentes prácticas asistenciales, y para justificarlas se ha recurrido mayoritariamente a falta de medios, a ideologías políticas y/o a conocimientos científicos. Sin duda todo ello ha estado presente cuando se han definido las líneas terapéuticas en las diferentes etapas evolutivas de la asistencia, pero también en cada momento ha habido un modelo teórico dominante, o bien desde cada práctica ha habido un mayor acercamiento a unas teorías que a otras. Y consecuentemente, tanto los modelos teóricos como las ideologías o los conocimientos científicos, han estado determinando un tipo de intervención u otro, así como un tipo de centros u otros.

Hemos comprobado cómo en momentos de mayor represión, las técnicas agresivas y conductistas se aplicaban como el único remedio curativo incluso, en contra de la voluntad de la propia persona, y sin embargo, actualmente se cuenta con un amplio abanico de posibilidades que van desde el internamiento, hasta la reducción de daños, entre todo lo cual, la persona alcohólica selecciona aquello que considera más apropiado a su caso.

“...Lo bien cierto es que hay que adaptarse a las circunstancias reales, a lo que marca la sociedad actual en el momento en el que te encuentras procurando no hacer comparaciones con si tiempos pasados fueron mejores o peores, que no lo son, no lo son ni mejores ni peores, los tiempos pasados son tiempos pasados y que la forma de actuar y los tratamientos y los pacientes y la manera de llevarlos, en esos momentos era la adecuada, pero que a lo mejor en estos momentos, o en esos, en cada momento toca actuar de una manera en función de lo que la sociedad demande, lo que las leyes te permitan y lo que las administraciones te faciliten” [E.- 5].

La diversidad de la oferta, desde centros con finalidades diferentes y de orígenes también diferentes, y asimismo la diversidad de profesionales con perfiles distintos, nos ha

permitido recoger una variedad de discursos acerca de la perspectiva desde la que se sitúan a sí mismos y al alcoholismo, sobre todo lo cual vamos a reflexionar seguidamente.

Encontramos quien nos habla del “mundo vital” de la persona como elemento esencial y determinante en la relación de las personas con el alcohol.

“Teóricamente, yo pienso que sí se puede hacer. Ahí el tema es que estamos otra vez con la misma discusión que antes, es decir, no hay que cambiar la relación del sujeto con la sustancia, sino el mundo vital que rodea a la sustancia. Si uno tiene un entorno desestructurado, si es infeliz, si no tiene trabajo, pues difícilmente la relación con la sustancia puede ser equilibrada, es decir, si uno sigue teniendo una historia de dependencia del alcohol o del tabaco, o de cualquier otra sustancia, tiene una vida más o menos equilibrada, normal con problemas...” “...Y entonces dónde hay que intervenir, pienso, es en el mundo vital. Cuando operas con el mundo vital de la persona, la relación con la droga cambia, evidentemente, porque ya no tiene tanta funcionalidad ahí, no hay funcionalidad”. [E.- 1]

Estas apreciaciones sobre la etiología social del alcoholismo, nos acercan a los planteamientos del enfoque teórico de la desorganización social. Fueron fundamentalmente tres tipos de características sociales las que según Rubington y Weinberg [1981] crearon toda una serie de condiciones indeseables de vida en las grandes ciudades norteamericanas: la migración, la industrialización y la urbanización. Los resultados de dichas condiciones siguen considerándose en la actualidad grandes problemas sociales, como es el caso de la delincuencia, la drogadicción, el alcoholismo o la enfermedad mental. La expansión excesiva de estos problemas hizo que la perspectiva de la patología social careciera de credibilidad para el tratamiento de los mismos y planteó la necesidad de buscar nuevos marcos explicativos.

Uno de los conceptos centrales dentro de esta orientación es el de regla: las reglas no sólo van a definir las diferentes partes de la sociedad, sino que también van a definir como se van a relacionar dichas partes entre sí. De esta manera, se empezaron a percibir los problemas sociales como elementos que demostraban las desintegraciones sociales, construyéndose poco a poco una orientación que trataba de explicar con sus conceptos no sólo cómo se producía y se creaba la organización social sino también cómo se producía y se creaba la desorganización social.

“Gente que, aparte de, pues de sus problemas con las drogas, aparte pues carecen de



techo, carecen de un círculo social normalizado, entre comillas, la gente que tienen a su alrededor pues es gente que está metida en el mismo tema, ¿no?, la forma de relacionarse, es totalmente callejera, callejera por decir algo, mentira, se utiliza la mentira, la manipulación, es gente que ha llevado mucho tiempo en la calle, tiempo, pues a lo mejor años, gente que además, ya metido en ese circuito, ha pasado por prisión debido a: pues vamos a delinquir, tal, y ha pasado por otros recursos, con lo cual, ya vienen viciados por alguna forma, no se, tienen ya a lo mejor expresiones que se han utilizado en otros programas, o formas de trabajar que se han utilizado en otros sitios, entonces eso, pues como que se añade una capa, ¿no?, no puedes trabajar con la persona en sí. En cuanto a familia, no tienen familia. La familia, o no la tienen o la tienen en otras ciudades, o ya no quieren saber nada de ellos, después de tantos años de consumo, de mentiras, de haber pasado por la prisión y demás, pues ya han renunciado a la familia. Y ahora, lo que está empezando a venir bastante gente que sí que tiene algo de familia: pareja, tienen pareja, pareja consumidora o pareja en prisión. [E.- 3]

Esa desestructuración social la encontramos fundamentalmente en determinados colectivos que son atendidos desde los Centros de Día, tal y como lo expresaba el profesional en el párrafo anterior.

Las características del enfoque de la desorganización social, en definitiva, establecen que cuando se produce un cambio en una parte del sistema, ineludiblemente debe haber una respuesta por parte del resto del sistema; la desorganización social es una muestra de la falta de ajuste o del defectuoso ajuste entre las partes del sistema. Los máximos representantes de esta orientación son Cooley [1902], Znaniecki [1934] y Ogburn [1922].

El alcoholismo desde esta perspectiva traslada la culpabilidad del individuo a la sociedad. El medio propicia que las personas consuman en exceso hasta llegar a ser dependientes y son las circunstancias que les rodean las que inciden en el proceso de alcoholización. Por tanto el alcohólico no es un vicioso, sino un enfermo víctima de una sociedad desorganizada. El sistema social, frente al desajuste producido en su interior, ha de elaborar una respuesta que aborde adecuadamente la desorganización producida y de este modo intensifica los tratamientos y los centros especializados, que, a su vez, deben ser capaces de devolver a la sociedad los grupos desajustados, una vez modificada su conducta y adaptados de nuevo al sistema, para cumplir adecuadamente sus funciones sociales.

Sin embargo, en el discurso de los profesionales se exponen opiniones que ponen de manifiesto la peligrosidad de considerar que la total responsabilidad de que se consuma

alcohol recaiga en el medio social, porque ello puede conducir a una exculpación absoluta del propio individuo, que no considera necesario su esfuerzo personal para solucionar su problema.

“Pienso que con la visión de alcoholismo como enfermedad, en mucha gente lo que causa es que se retira su responsabilidad y lo que plantean es, bueno voy a ser un enfermo crónico, pues me voy a pedir una pensión...pues la responsabilidad es para el Estado, para la familia o para cualquiera, menos para mí...”[E.-3]

Evidentemente, si se considera la importancia del medio social en el proceso de adquisición de la dependencia, la postura coherente es aplicar un tipo de intervención que considere a la persona en su globalidad, con todos aquellos aspectos de su vida que están alterados y por tanto incidir con una unidad de trabajo sobre todos ellos.

Claro está que si la finalidad del centro donde trabaja el profesional no contempla la asistencia desde esta perspectiva, no se podrá llevar a cabo un tipo de intervención global, aunque el pensamiento y el posicionamiento de determinados profesionales se acerquen de lleno a estos planteamientos.

“Lo que quiero decir es que, si tú le pides a una persona que reflexione sobre su familia, sobre sí misma, sobre su trabajo, sobre su matrimonio puede darse cuenta de que a lo mejor, además del problema que tiene como consumidora de alcohol, tiene problemas de matrimonio que tiene que resolver. Tiene problemas de familia en el que se le relega a un papel que ella no quiere, ¿eh?. Tiene problemas sociales porque no tiene trabajo, no tiene trabajo, pues, adecuado, ¿eh?, y tiene hijos a veces que no puede atender o que no son totalmente asumidos. Tú le pides que solucione éste problema y que se trague todos los demás. Y eso es injusto, es injusto, es injusto porque la intervención tiene que ir de forma global sobre todo el contexto del....”. [E.- 1].

Otra postura que también tiende a considerar el individuo como un complejo mecanismo de interacción individual-social es la que los profesionales denominan, perspectiva psicosocial, desde la que, aún teniendo en consideración el medio social directo o mundo vital de la persona, es el propio individuo quien cobra todo el protagonismo.

“Yo creo que es algo que no es exclusivamente biológico ni psicológico, a mi me gusta el enfoque en el que se atiende a la persona en sí, no únicamente a su reacción biológica, o a los síntomas físicos o a los traumas que pueda haber tenido, ni a las consecuencias

psicológicas, sino que creo que es un todo, es un cúmulo de cosas. Para trabajar todo eso necesitas que la persona sea responsable, se responsabilice de su propio tratamiento.” [E.- 3].

Existe una tendencia, en ocasiones no consciente, a responsabilizar por completo al individuo de todos sus actos. Es cierto que existe una parcela de libertad y por tanto de responsabilidad individual, pero en ocasiones nos preguntamos hasta qué punto se puede ser tan exigente con las respuestas que se espera de las personas si no se les ofertan los medios e instrumentos necesarios para que puedan adquirir esa fuerza personal de decisión.

“...Yo entiendo que se está dando ahora mucha caña con el tema genético del alcoholismo. Entiendo también que, a nivel de aprendizaje, cuando hay unos progenitores o ambiente familiar cercano donde el problema existe, pues es más fácil aprenderlo. Pero yo tengo formación psicodinámica y entiendo que siempre finalmente está la decisión del individuo de ser una cosa o ser otra, siempre”. [E.- 4].

“...Desde el punto de vista psicológico, el enfoque de la enfermedad tiene un problema porque no te hace responsable ¿eh?, de tú problema del consumo de alcohol, o sea, yo soy un enfermo, me ha caído del cielo, tengo una enfermedad, y tengo que llevarla como pueda, entonces, te quita capacidad de control, de trabajar sobre la propia enfermedad desde el grupo modelo médico, o sea, yo soy un enfermo y yo no tengo, esto es una pérdida de voluntad, esto es una enfermedad que me ha tocado, y yo no puedo hacer muchas cosas para resolver. Desde el punto de vista psicológico, si es un problema de conducta y de hábitos mal adquiridos, que finalmente desarrollan una adicción, las técnicas de aprendizaje dicen que todo lo aprendido se puede desaprender, y ahí por lo menos, la persona es más activa en la recuperación. Yo creo que el modelo médico está bien y que explica muchas cosas, pero que hay que incorporar el modelo psicosocial, sobre todo para rehabilitación”. [E.- 2].

Desde esta perspectiva que incide sobre los factores más psicológicos, podemos hablar, de acuerdo con Olcina, J.[2000], de varias teorías que la enmarcan, como son las perspectivas teóricas sobre la personalidad, psicoanálisis, aprendizaje y cognitivas o motivacionales.

Las teorías sobre la personalidad, han intentado establecer clasificaciones o tipologías de sujetos alcohólicos, basándose en la presencia o ausencia de diversos síntomas, características comportamentales, historia psiquiátrica o patrón de consumo. La más investigada, ha sido la establecida por Bohman, Sigvardsson y Cloninger [1981], que

desarrollan dos subtipos de alcoholismo familiar, que posteriormente fueron utilizados para diferenciar dos subtipos de sujetos alcohólicos. El alcoholismo tipo 1, característico tanto en hombres como en mujeres, que se distingue por la instauración del abuso de alcohol en la edad adulta, no estar asociado con criminalidad o historia previa de tratamiento, y conllevar escasas consecuencias sociales y médicas. El alcoholismo tipo 2, que es más característico de hombres, se distingue por la temprana instauración del consumo, por presentar mayores niveles de ansiedad, de conductas antisociales, y por la presencia de complicaciones médicas y sociales.

Desde el punto de vista psicoanalítico el alcoholismo no es considerado como una enfermedad, sino como un síntoma. Por ello, no es abordado de una manera directa, sino planteando su posible etiología de manera secundaria al abordar la comprensión y/o el tratamiento de otros fenómenos psíquicos.

Algunos autores psicodinámicos definen al alcohólico como un individuo oral o pasivo dependiente [Cutter, H.S 1973], afirman que el alcohólico intenta satisfacer con la bebida alguna necesidad personal. Otras teorías atribuyen el origen del alcoholismo al deseo de superar sentimientos de inferioridad o de experimentar deseos de poder.

Desde la perspectiva de las teorías del aprendizaje, el alcoholismo como cualquier otra conducta es aprendida y mantenida por las consecuencias reforzantes que pueden ser tanto psicológicas como sociales o fisiológicas.

Las investigaciones realizadas desde la óptica de las teorías cognitivas y/o motivacionales, se han centrado en el estudio de la relación entre el consumo de alcohol y las características del intento de afrontar sentimientos o vivencias negativas. Otra área de interés, en los estudios sobre la relación entre expectativas y consumo de alcohol, ha sido analizar la influencia que sobre dicha relación pueden ejercer las diferencias individuales, fundamentalmente las debidas al sexo. Los hombres tienden a manifestar mayor consumo de alcohol mientras que las mujeres tienden a manifestar mayor nivel de ansiedad de alcohol. [Olcina, J. 2000: 126],

En la medida que se encuentran parámetros de medición y comprensión del fenómeno del alcoholismo, implícitamente se sitúa dicho fenómeno desde una determinada percepción social. Aparece la necesidad de nombrar ese fenómeno y dotarlo de un determinado status, adjudicarle un lugar en el contexto social. Dejar a las personas con un título que las encasilla en un determinado segmento de población es un arma de doble filo. Por una parte les hace subsidiarios de una serie de beneficios. Si no existe una clasificación no se puede acceder a un servicio. Pero por otro lado, se puede contribuir a crear un



inmovilismo puesto que ya ha encontrado un lugar reconocido dentro del entramado social, ya se le ha adjudicado una etiqueta que a su vez ha sido asumida por la propia persona. Esto puede ocurrir, aunque en escasa proporción con los perfiles más marginales del alcoholismo en la mujeres.

“Claro como el Estado ha reconocido que es un enfermo, que le ha dado una pensión no contributiva por una minusvalía, ya ahí se acabó todo” [E.-3 ].

El enfoque del etiquetado social, ha sido tratado de forma más exhaustiva en la segunda parte de la tesis, por lo que aquí haremos una somera referencia al tema.

Metodológicamente la forma más habitual de abordar el análisis de los problemas sociales ha consistido en ponerse en el papel de la persona desviada y por tanto etiquetada como tal. El estudio de las reglas sociales y de las prácticas que las refuerzan, desde este planteamiento, es algo sumamente importante. Consideramos a George Herbert Mead [1934] y Alfred Schutz, [1967] dos de los máximos representantes de este enfoque, debiendo asimismo reconocer la obra de Lemert titulada *Social Pathology* [1951], que marcó el punto referencial de esta perspectiva de análisis.

Es característico de esta orientación que los problemas sociales o desviaciones sociales existen en realidad en el ojo del observador y se definen en función de las reacciones sociales que se establecen ante una supuesta violación de las reglas.

“...Lo que estoy diciendo es que se culpabiliza a la víctima, a la persona. Y no solamente a veces se le culpabiliza, sino que a veces no se le deja elegir, es decir, que se le dice exactamente qué es lo que tiene que hacer. Y es el profesional el único y responsable de decirle qué es lo que tiene que hacer.” E.- 1]

Situándonos desde esta perspectiva, se cuestiona incluso el diagnóstico diferencial de alcoholismo, ya que la barrera de lo patológico no está claramente delimitada. En este nivel de análisis es en realidad la reacción de los demás lo que está definiendo al sujeto alcohólico. Los planteamientos de rehabilitación y reinserción requieren de un posicionamiento ideológico que enmarca las actuaciones de los profesionales:

“Si. Nosotros, no se, aquí nadie habla de ex ni nada de eso, aquí somos personas y ya está. Cuando hay gente que te comenta: no, le dije que era toxicómano o no se qué. Pero tú para que tienes que ir publicando eso, una cosa es que te avergüences y que lo ocultes, pero otra es que lo vayas publicando. Para qué quieres hacerlo, para que te den pena. Yo como trabajadora social yo no tramito nada, yo no hago ninguna tramitación de llevar papeles a ningún sitio por la gente, yo lo que quiero es que aprendan dónde están sus recursos, y que aprendan a utilizarlos, como cualquier persona, como cualquiera de nosotros. Yo trabajo por esa normalización. Ahí nos encontramos con la persona que utiliza esa etiqueta para no hacer nada. Entonces, una de dos, o motivas o le dices: pues no chico, no es tu sitio. Y lo que hacemos siempre es motivar, pero llega un momento que no puede ser porque la persona decide que no, que no es su forma de vida y que no quiere hacerlo, que quiere que se lo hagan. Bien, pues para eso hay otros recursos. Son dos formas de trabajar el tema.” [E.-4].

En realidad el gran reto de “lo normal”, todavía no se ha asumido. Hay personas que son diferentes por diversas causas y todos los demás, que no están en ese gran grupo de “diferentes”, son normales. Ese pensamiento esta presente en el imaginario colectivo. En algunos casos parece muy claro que la etiología de la diferencia estriba en factores internos de la persona, en otros casos hay una multiplicidad de factores tanto internos como externos.

Hemos contemplado hasta ahora aquellas tendencias que atribuyen el origen del alcoholismo a circunstancias externas, así como también se ha hablado de las teorías que implican la personalidad y responsabilidad del individuo con su capacidad de decisión propia. Mientras que el papel del medio social y del desarrollo psicológico, han sido aceptados desde hace tiempo, la existencia y relevancia de factores genéticos, ha sido reconocida por la comunidad científica muy recientemente. Los comentarios acerca de estos planteamientos más biologicistas, también se han visto reflejados en el discurso de los profesionales entrevistados.

“...Los síntomas, lo psicológico, al fin y al cabo no deja de ser un reflejo de lo biológico. Cada día se van conociendo más con las transmisiones nerviosas cómo funciona, los neuroreceptores, los neurotransmisores, eso lo estamos ahora conociendo que hace unos años no se conocía, con lo que es un poco lo que te estoy diciendo yo, quiero decir, qué es el pensamiento, qué son los dolores, qué es esto, qué es lo otro. Se puede justificar desde el punto de vista biológico, que hay zonas que no conocemos pero que llegará un momento que se conocerán, es decir, hay un déficit de acetilcolina, pues mira, pues pasa esto, hay un déficit de no se que, pues tal, hay una sobrecarga de no se cuántos, pues lo otro, ¿eh?, y aparecen síntomas psicológicos o médicos o como los queramos llamar, pero siempre, ¿eh?, dentro del contexto del ser humano como biológico. Por eso te decía yo que no médico sino biológico. Y así es como yo entiendo lo que es el alcoholismo, es decir, ni es médico ni es nada, sino es manifestaciones de una distorsión que tiene esa persona.” [E.- 6].

Los estudios desarrollados desde hace tiempo en familiares, gemelos y adoptados, apoyan la existencia de contribuciones genéticas a la etiología del abuso de drogas en general y particularmente en el alcoholismo.

Hay que reconocer que frente a esta diversidad de posicionamientos ante el mismo fenómeno, aunque éste tiene múltiples facetas, existe una diversidad de intervenciones y una evolución de las mismas. Esto parece evidente y hasta lógico si consideramos el fenómeno de la drogadicción como algo que evoluciona, como expresa Eusebio Megías [2000:370] “..los problemas de drogas, no serían tanto la situación construída que puede darse en un momento, sino un proceso evolutivo que va construyéndose, sin soluciones de continuidad”.

Continúa explicando que el objetivo terapéutico implícito estaría determinado por la exigencia de acortar en lo posible la evolución del “ser consumidor abusivo de drogas”, intentando que esta evolución no sólo se agote lo más rápidamente que se pueda, sino también [y sería un objetivo terapéutico de igual rango] con las menos consecuencias negativas posibles. Cuando se aceptan estos objetivos finalistas, la intervención terapéutica se convierte en algo más amplio que el puro tratamiento de los trastornos. Intervenir en problemas de drogas [tratar que el proceso evolutivo se acorte y transcurra con menos consecuencias negativas] es prestar asistencia y actuar terapéuticamente, pero también es prevenir, apoyar socialmente, hacer reducción de daños, favorecer la reintegración o la incorporación social; incluso es educar.

Esta reflexión nos lleva a plantear un tema crucial en la asistencia a la persona alcohólica, como es, la abstinencia total para lograr la rehabilitación, frente a la posibilidad de control de la bebida. Intimamente relacionada con esta disyuntiva, aparece una segunda cuestión, el protagonismo de las asociaciones y los grupos en el proceso de recuperación, frente a otras medidas –por decirlo de alguna manera- más medicalizadas.

### 7.2.3 Abstinencia total versus beber controlado

Los primeros pasos en el tratamiento del alcoholismo partían de una consideración básica e ineludible, que era la consecución de la abstinencia total, para conseguir la recuperación de la persona alcohólica.

“...En el 94 yo creo que la única opción era la abstinencia y me lo creo hasta tiempo.”  
[E.- 2].

En nuestros días esta premisa, no alcanza la relevancia que se le había adjudicado años atrás. En todo caso, sería una condición, que -aunque sin duda muy importante- iría estrechamente unida al perfil del consumidor. Es decir, vamos a encontrar posturas en las que los profesionales, defienden la abstinencia, aunque reconocen que, para determinadas personas no tendría por qué plantearse como definitorio para la recuperación. Ahora bien, cuando se trata de alcohólicos, con una dependencia instaurada y sin consumo de otras sustancias, al parecer las posturas varían, desde los que siguen pensando que es imposible la recuperación sin la abstinencia:

“...Es decir, que sí consiguen consumir algo de alcohol sin tener recaídas gordas en el alcohol...alcohólicos....generalmente con esos...alcohólicos que puedan consumir algo de alcohol, realmente no conozco...” [E.-1] .

“...Si tu has estado enganchado...has sido dependiente del alcohol, no puedes permitirte el lujo de tontear...” [E.-3].

“...En un enfermo alcohólico crónico de verdad, el consumo esporádico a medio plazo genera, seguro, una recaída. Incluso la cerveza sin alcohol. [E.-5].

Hasta quienes opinan que también es factible un consumo controlado, siempre que se den ciertas condiciones referentes a la dependencia, la edad o los propios recursos de la persona, encontrando que una misma profesional, mantiene distintos posicionamientos sobre el tema de la abstinencia, lo que pone de manifiesto el debate que actualmente se está manteniendo :

“ Si que veo que creo que los programas de vida controlada en un tipo determinado de personas en los que sólo hay un diagnóstico de abuso, no hay una dependencia, gente joven, que puede tener un proceso de aprendizaje con recursos personales para hacer un reaprendizaje adecuado, creo que está muy bien, y creo que es factible. Yo tengo gente que ha hecho reducción de daños, o sea, aprendizaje de bebida, de bebida controlada, gente joven, pues gente fundamentalmente con un perfil de pasarse el fin de semana, pero entre semana controlar, que están estudiando y tal, y ha funcionado, y ha funcionado muy bien. Creo que ese tipo de programas son muy válidos con unos perfiles muy concretos ¿no?“...

...”Cuando se pasa a la dependencia, no hay otra opción que la abstinencia...” ...” Cada vez hay más gente joven, cada vez aparecen con cuadros más de abuso que de dependencia, o sea, se solicita más ayuda en cuadros de abuso que de dependencia y eso quizá es por una acción preventiva y por una acción de sensibilización. Pero yo recuerdo que cuando yo entré en Asociación la primera vez prácticamente todo el mundo era dependiente y era gente con un deterioro mayor, no tanto físico, bueno físico siempre hay en algunas ocasiones, pero sobre todo, un deterioro psicológico muy importante, y social, ¿eh?, con muchos déficit sociales, y ahora, con el tiempo, es más fácil encontrarte gente que tiene cuadros de abuso, que ese abuso interfiere en su estilo de vida normal, pero que bueno, que funcionan bastante bien, o sea, ahora me resulta más fácil que me venga por ejemplo una pareja que ella o él tiene problema con alcohol, y la otra pareja dice: ¡Huy!, pues yo es que ni me había dado cuenta hasta que no me lo ha dicho.[E.- 2].

Claro está que estos cambios en la forma de entender la recuperación condicionan como es lógico, la forma de entender las recaídas, de manera que lo que antes era también considerado desde parámetros morales, “recaer” implica un juicio, en nuestros días puede entenderse como parte de la evolución de la persona en su proceso de recuperación.



“...No por una recaída te vas a la calle, sino que eso forma parte del proceso...” “...sería la situación ideal que nadie consumiese nunca más, nada más y todo el rollo, pero eso es muy difícil.” [E.- 3].

“Recaída, ¿a qué te suena a ti? A concepto moral. En cualquier enfermedad no se dice que hay una recaída. En cualquier enfermedad crónica, se dice que hay una rehabilitación, un proceso... [E.- 6].

En realidad los períodos de abstinencia forman parte de ese proceso de recuperación. Se cuenta con las ingestas de la persona alcohólica como un elemento de análisis en la terapia. Todo este planteamiento mantiene una relación con la perspectiva que responsabiliza al individuo en su propia rehabilitación. No hay una etiqueta que defina su situación por lo que no existe una sola línea de seguimiento, lo cual permite el respeto máximo de las decisiones de la propia persona.

“Yo creo que hay un cupo pequeñito de alcohólicas que podrían iniciar lo que se llama un programa de beber controlado, ¿eh?. Ahora, en cualquier caso, si que recomiendo la abstinencia en un primer periodo, es decir, hace falta un momento de corte total para empezar una nueva etapa. Y eso pasa por la abstinencia. ¿De cuánto tiempo?. Pues depende de cada paciente, pero sí que es importante, ¿eh?... Y sólo cuando el paciente o la paciente han fallado en varias ocasiones es cuando ya, como último recurso, planteas la abstinencia total y absoluta. Pero de entrada no, pienso que es agobiar demasiado al paciente, es exigirle demasiado. Y para mí es mucho más importante conseguir la confianza de la relación terapéutica, una buena adhesión al equipo para poder continuar trabajando con esa persona durante años. Y eso sí que es algo en lo que insisto desde la primera visita” “.....” “Es después de seis meses o un año de estar sin beber...es después cuando ella dice: pues mira, me apeteció, estaba con los amigos, encontré que era el momento y que podía y me tomé una cerveza. Pero eso han pasado, a lo mejor, un mínimo de ese tiempo, ¿eh?, y a partir de ahí pues ya se puede ir escalonadamente de vez en cuando una cerveza. Pero es importante que además la paciente pueda venir y decírtelo y contártelo, ¿eh?, y cómo se ha sentido después de esa ingesta, cómo ha podido controlar el no seguir bebiendo, el contexto también es distinto, ya no bebe a solas en la cocina, está bebiendo delante del marido, de los hijos y de los amigos, una cerveza o una copa de vino y no más. Es que eso, es que es otro contexto. [E.- 4].

Por último, completando la gama de opiniones y planteamientos terapéuticos, hallamos entre los discursos, los que consideran la abstinencia como algo secundario:

“ Yo me lo planteo en términos de ganancia de la calidad de vida, es decir, si un alcohólico va ganando calidad de vida y gana calidad de vida, eso es lo importante y adonde tiene que llegar el tratamiento, beba, no beba, o deje de beber o haga consumos esporádicos o lo que sea. Eso es lo menos importante. Lo más importante es que esa persona gane en calidad de vida. Si gana en calidad de vida, hemos conseguido el objetivo. Si para eso se ha tenido que llegar a una abstinencia total, bueno. Pero si ha habido consumos o hay algún consumo o en el futuro puede haber un consumo controlado, un beber controlado, yo creo que siempre y cuando se consiga el objetivo de aumento en calidad de vida, eso es lo que tiene que primar sobre todo lo demás, ¿eh?. No la abstinencia de por vida porque esa ha sido quizá una cosa de las antiguas y que hoy en día pues cada vez va pasando. También estamos predicando evidentemente lo que es la abstinencia pero no, no, cómo te diría yo, no castigamos tanto los consumos o no le damos la importancia que hace unos años, 15 años, 20 años, se le daba a un consumo o a una recaída, porque fíjate, mira lo que estábamos hablando de enfermedad social y de todo esto. ...” [E.- 6]

Como se ha comentado anteriormente, otro tema que plantea un debate de fondo en las nuevas formas de abordar el problema de las personas alcohólicas, gira en torno a la función que se atribuye a las asociaciones y a los grupos de autoayuda en el proceso de rehabilitación. Como ya sabemos y ha quedado expuesto en capítulo cuarto de esta tesis, las asociaciones de alcohólicos rehabilitados han desempeñado un papel muy importante durante años, cubriendo lagunas y dando servicios que desde la administración no se proporcionaban. Sin embargo, en la actualidad, que se han establecido unas estructuras básicas, integradas en la red asistencial normalizada, y se han clasificado los recursos y centros, asignándoles objetivos concretos, parece ser que las asociaciones tienen que buscar su razón de ser. Tienen que encontrar su espacio funcional y también han de asumir un nuevo “status” dentro del entramado de las redes de apoyo social. Bien es cierto que desde algunos sectores, pueda considerarse este cambio, como una manera de relegar a un segundo plano a los propios afectados, o también pueda interpretarse, como una forma de ordenar las respuestas y colocar cada institución en la parte del proceso que le corresponde atender. De cualquier modo, es una realidad que está presente y que actúa sobre el fenómeno del alcoholismo y sobre lo cual, los profesionales expresan sus propias opiniones.

## 7.2.4 Las asociaciones y los grupos de autoayuda

Las asociaciones y los grupos de autoayuda, tienen un especial significado en el contexto social en el que se desenvuelven, puesto que son representaciones claras, de aquellos aspectos oscuros que la sociedad ha contribuido a crear pero desea ocultar. Los testimonios de estas agrupaciones avergüenzan y despiertan culpabilizaciones, y algunas sociedades intentan convencerse de lo ineficaz de su presencia, alegando que las respuestas en este campo corresponden al ámbito de lo individual y no de lo colectivo, al ámbito de lo profesional y no del voluntariado.

Lo cierto es que el problema del alcoholismo es polémico y controvertido desde el momento en que intervienen múltiples factores en su desarrollo. Desde el punto de vista de los beneficios económicos, aparece un enfrentamiento entre grupos con intereses en la producción y venta de productos alcohólicos y los defensores de estilos de vida saludables, donde el consumo de alcohol en su categoría de droga, debiera ser controlado desde los poderes públicos.

El grupo defensor de conductas más abstemias estaría representado por los propios afectados que han superado el problema de su dependencia alcohólica, y tratan de crear en los individuos que los conforman, una conciencia social que los induciría a la sensibilización de la población frente a los riesgos del consumo excesivo de alcohol.

Esta controversia ya aparece a finales del siglo XIX con los primeros movimientos sociales que se implican en la lucha antialcohólica y ponen de manifiesto la necesidad de enfrentarse a los valores culturales aceptados y extendidos en la sociedad del momento.

En algunos países, las redes de apoyo de los propios alcohólicos son la base de toda la red de atención a los alcohólicos y al mismo tiempo actúan como conciencia colectiva en el imaginario de la sociedad.

En la práctica cotidiana, en nuestro país, los movimientos asociativos han tenido su propio peso dependiendo de la situación político-cultural de cada época. En la actualidad nos encontramos con posturas que consideran importante el papel que representan tanto las asociaciones en sí, como los grupos de autoayuda, para la reinserción de la persona alcohólica y como expresión colectiva de un significante social. Siempre manteniendo un respeto total por la inclinación o el interés que dichas personas manifiesten, los profesionales se expresan del siguiente modo:

“ Yo creo que el papel de la Asociación está en la reinserción fundamentalmente y en el



mantenimiento como Asociación.”...”Yo creo que la Asociación tiene mucho más sentido desde el desarrollo de actividades sociales...” [E.- 2].

Al referirse al grupo de autoayuda, la misma profesional manifiesta lo siguiente:

“ Creo que es una herramienta que cada enfermo o cada persona tiene que saber que está ahí y que puede acudir a ello cuando lo necesite, pero no tiene que sentir la obligación de: tengo que acudir todas las semanas al grupo de mi vida, porque entonces me olvidaré” [E.- 2].

La participación en los grupos debe tener un principio y un fin, de manera que no suponga otro tipo de dependencia para la persona que acude a ellos.

“Van muy bien, sobre todo durante las primeras fases Aunque luego quizás sean excesivamente súper protectores, ¿no?, pero yo creo que debe llegar un momento que no sabemos cual es, puede ser al año, a los 2 años, al año y medio, eso ya es una fusión muy, muy individualizada, pero en la que se debe dar suelta a esa persona, en la que, bueno pues que vaya buscándose, que vaya reestructurándose su, su vida desde ese nuevo planteamiento y que se organice. Pero que el cordón umbilical en algún momento habrá que cortarlo. No se puede mantener un cordón umbilical durante los 60 años de tu vida, ¿no?. Claro, entran en los grupos y bueno y vivimos dentro de esos grupos y sí se mantienen, pero se mantienen y se mantienen y se mantienen con una, no súper protección pero sí con una protección, un quizás, una palabra que me gusta, un asilo, pero bueno no...” [E.- 5]

De las palabras anteriores podemos deducir el reconocimiento de una determinada función, o cuando menos la posibilidad de una opción más, dentro de la oferta de apoyos asistenciales. En cambio, desde otros discursos se aprecia una postura más negativa respecto a los beneficios que se puedan desprender de los grupos y asociaciones: “

Porque no les gusta la ideología de la asociación, son, yo diría que algunas de ellas, están un poquito pasadas de ideología y de práctica. Entonces, una persona digamos más o menos normal llega allí y se encuentra con lo que hay y dice: esto no me va para nada y no vuelve. Entonces, mi impresión es que por lo menos algunas de ellas deberían de funcionar de una manera como más abierta, pero más abierta en el sentido más progresista y más

liberal, porque si no van allí y se encuentran que ese perfil de más disciplina pues no les va y no vuelven.....[E.-4].

“Nosotros no queremos eso. A ver.., nosotros trabajamos por la normalización, ¿vale?, yo creo que una persona que esté en una asociación de las características de la mía, que luego se vaya a otra asociación, por ejemplo, que trabaje con el VIH, el tema del VIH, y luego vaya a otra asociación además que trabaje exclusivamente el tema del alcohol, yo creo que la persona no está socializando de forma normal, ¿vale?, sino que está únicamente pasando el rato, o está agrandando un poco más el tema. Lo que yo sí que intento es que, vale, si quieres ir a una asociación muy bien, pero que sepas lo que hay, ¿vale?. Yo prefiero que vayas a una asociación de guitarristas, por ejemplo, porque te gusta tocar la guitarra, y a partir de ahí conozcas a gente. Eso es algo muy importante, que nosotros, por ejemplo, sí que le damos mucha importancia. Pero, no se, a no ser que sean casos excepcionales, alguien que tenga el VIH y que lo lleve muy mal, que no sepa por donde tirar y que en esta asociación, pues por ejemplo, si que le puedan dar una orientación: oye, pues vamos a trabajar, de forma psicológica, este tema. Pero que no, y que luego que se queden con nosotros de forma voluntaria y todo eso, no, no queremos generar ese tipo de dependencia....[E.- 3]

Hay planteamientos en los que claramente se cuestiona la ayuda que pueden ofrecer los grupos, sin la presencia de un profesional.

“...Todos los grupos de autoayuda no son iguales, todo lo que hay en la viña del Señor no me sirve. No es igual un grupo de autoayuda, por llamarlo de alguna manera, o una terapia de grupo que la está dirigiendo un profesional, que un grupo de autoayuda a la deriva”.... “...Lo que es terapia de grupo no es bueno para todos. es bueno para la inmensa mayoría y siempre y cuando haya profesionales, es decir, estas que no tienen ningún profesional pues yo la verdad es que no, no derivó a un paciente porque no creo en ellas. Y después, los grupos de autoayuda entendidos como una asociación, que puedan hacer otras actividades al margen de, pues me parece también como cualquier otra asociación que se dediquen a esa actividad...[E.- 6].

Las mujeres quedan prácticamente excluidas de estos movimientos como colectivo con demandas y propuestas específicas.

“Las asociaciones no se implican con los grupos de mujeres, sólo hay una que lo está haciendo...porque es un problema que es más fácil detectarlo en el hombre, la mujer

sigue siendo una bebedora en solitario, a escondidas...a la mujer le cuesta más acudir a una asociación y encima cuando entra la mayoría de gente con la que se encuentra son hombres, no es fácil..." [E.- 2].

## **7.3 LA MUJER ALCOHÓLICA PARA LOS PROFESIONALES**

Los profesionales tienen su propia visión sobre la mujer que tiene problemas con el alcohol y también tienen opiniones mediatizadas por los discursos imperantes en cada momento. Parece mantenerse en dichos discursos que el perfil de la mujer alcohólica ha cambiado, porque ahora son más jóvenes y consumen otras drogas, pero la realidad es que quien mayoritariamente acude a tratamientos en los centros específicos para el tratamiento del alcoholismo no responde a esas características, sino que se acerca más al perfil clásico de la alcohólica que se oculta para beber, que es adulta y tiene problemas con su familia.

### **7.3.1 Perfil de la mujer alcohólica**

Dependiendo del tipo de centro desde el que se sitúa cada profesional, se describe un perfil cualitativamente distinto, de forma que, según la oferta de cada servicio, se configura la demanda y en consecuencia el tipo de persona que acude a realizarla. Hay que considerar que en la actual estructura asistencial no se clasifican los servicios en razón de la droga consumida, por lo tanto, teóricamente, pueden acceder a cualquiera de ellos tanto personas alcohólicas, como personas que consumen drogas ilegales, a excepción de la Unidad de Alcohología, donde, como su nombre indica, tan solo atienden a personas con problemas de alcohol.

Sin embargo, cada tipo de centro arrastra su propia historia, y también cada centro se genera con una finalidad concreta y dedicado a una tipología de personas. Aunque se evoluciona hacia las nuevas directrices asistenciales, de hecho en la práctica, permanece la identidad propia de cada uno de ellos y por eso comprobamos que los servicios que se crearon para atender toxicómanos de heroína u otras drogas, tendrán escasa demanda por parte de personas alcohólicas.

“El perfil de los usuarios que llegan a la Comunidad incluye los alcohólicos, antes no...el perfil de los alcohólicos quedaba fuera...actualmente se integra dentro de la Comunidad también.” ... “Lo que se está dando de alguna forma es un policonsumo...ahora el alcoholsimo, generalmente, el que nos llega va unido más a la cocaína” [E.-1].

“Acuden personas que tienen problemas con drogas en general...no hay nadie que tenga como única droga el alcohol...” [E.-3]

Encontramos un abanico de posibilidades entre los usuarios de los centros y entre ellos, la mujer alcohólica, desde diferentes situaciones que derivan en diferentes perfiles, intenta acoplarse a la oferta existente.

Ya en 1979, se barajaban aspectos relativos a los diferentes perfiles en la mujer alcohólica como lo confirma un trabajo Emilio Bogani, publicado en la Revista Drogalcohol sobre “El alcoholismo femenino en la provincia de Valencia”. Se trata de una clasificación de diferentes tipos de bebedoras que puede resultar ilustrativo ya que dicha clasificación pudiera estar vigente en nuestros días.

- Alcohólicas clandestinas: se trata por lo general de mujeres casadas de 40 a 60 años cuando se detecta su etilismo que lleva una evolución larvada muy anterior.
  - Alcohólicas jóvenes: es el grupo que más se ha incrementado en los últimos años. La mayor libertad, la disponibilidad de dinero, sobre todo en las ciudades han aproximado el comportamiento social de la mujer al tradicional de los hombres.
  - Alcohólicas de barra: cuyo trabajo las sitúa en un riesgo añadido.
  - Alcoholismo femenino en el medio rural: la censura y el control nacido del hecho de que todo el mundo se conoce entre sí, constituyen un freno para el consumo femenino excesivo.
  - Alcohólicas “solteronas”: en las que se aprecia una gran frustración afectiva.
  - Alcohólicas vagabundas: numéricamente poco importante y difíciles de detectar.
- [Bogani, E. 1979: 134]

Aunque el tipo más frecuente de alcoholismo femenino, es el de ama de casa, esposas y madre de familia, el aumento del consumo entre las mujeres durante los últimos años, el cambio en el rol de la mujer en nuestra sociedad y su diversificación a

consecuencia de su incorporación al mercado laboral y al mundo social, ha producido un cambio en la tipología de la mujer alcohólica, de forma que, como dice Elizabeth Ettorre [1998: 12], habría que romper con la idea tradicional de considerar como un grupo homogéneo el de la mujer alcohólica. Existen múltiples factores diferenciales que derivan diferentes causas, modos de beber y efectos de su dependencia alcohólica. Unificar y homogeneizar, resta individualidad en la consideración del problema de cada persona y dificulta su comprensión.

“Las mujeres que estoy viendo son mujeres jóvenes...muy jovencitas, que vienen de historias de otros consumos, ...que se han enganchado con rapidez al alcohol”...”....y luego mujeres que sí que han tenido cuadros de dependencia alcohólica...” [E.-2].

“Es una mujer de mediana edad que ha sufrido algún tipo de trauma importante en su vida...frente a la frustración el primer refugio que encuentra es el alcohol, es lo que tiene más a mano” [E.-4].

“Hace años estábamos hablando de una mujer de edad superior a los 25 o 30 años....hoy en día está el problema del alcoholismo en la juventud...son unos problemas muy distintos.” [E.-5].

Es evidente que entre las nuevas tendencias del consumo de alcohol aparece el aumento de ingestas alcohólicas en la juventud, incluyendo tanto a hombres como a mujeres y ello da como resultado que aumente el perfil de mujer joven consumidora de alcohol e incluso en combinación con otras sustancias.

Pero esta realidad no debe difuminar la existencia de un amplio grupo de mujeres de más edad, con problemas de alcohol, que ha perdido protagonismo ante el fenómeno desconocido y alarmante de consumo de otras sustancias por mujeres jóvenes, e incluso ante el consumo compulsivo de alcohol como sustitutivo de otras drogas consumidas con anterioridad, denominado policonsumo.

“Hay otro perfil que también pasa en los varones, que son toxicómanos que se han rehabilitado, sobre todo estamos hablando de heroína, dejan la heroína y lo que hacen es que empiezan a consumir alcoholes en grandes cantidades y tal. Entonces yo creo que eso es un porcentaje más mínimo”. [E.- 6]

De hecho para algunos centros, fundamentalmente aquellos que tradicionalmente atienden alcohólicos y alcohólicas, sigue siendo el perfil mayoritario de las personas que



acuden a tratamiento el de la mujer adulta, que se oculta para beber, madre de familia, que consume alcohol solamente, que tiene problemas personales y sociales, todo lo cual se pone de manifiesto en los siguientes testimonios.

“Actualmente tratamos el alcoholismo en la mujer ya adulta, ya formada...de forma esporádica tenemos algún caso que es mucho más complejo, el de la adolescente, ...de policonsumo de otro tipo de sustancia...”[E.-5].

“...Hay muchos matices en una mujer alcohólica que son distintos a los del varón. El hombre es un bebedor más social, generalmente se inicia socialmente y sigue bebiendo socialmente y cuando viene a tratamiento es porque aparecen problemas sociales o familiares. La mujer es una bebedora de casa, clandestina, oculta y generalmente empieza a beber en un momento dado de la vida que aparece una situación estresante o angustiante, a los 30 años, y entonces utiliza el alcohol, quizá como un fármaco mal utilizado para aliviar esas tensiones...” [E.- 6].

Tampoco queda excluida de los discursos de los profesionales la mujer alcohólica prostituta, que tiene su propia realidad y sus propios problemas diferentes a los perfiles anteriores.

“...Una zona de la calle es de prostitutas toxicómanas y la otra es de prostitutas no toxicómanas, entre comillas, porque luego escarbas y con lo que te encuentras es con abuso de ansiolíticos y de alcohol...” [E.-4.]

Podemos comprobar cómo el alcoholismo invade todas las esferas sociales y condiciona la conducta de una parte de la población. Intervienen factores tales como la facilidad de obtención del alcohol, la aparente inocencia con la que se le rodea, y la escasa sensibilización hacia su consumo si se le compara con los movimientos de sensibilización ante los problemas que acarrea el consumo de otras drogas.

La espectacularidad de los consumos de drogas ilegales y la alarma social producida por el aumento de los consumos en las mujeres jóvenes, -circunstancias ambas que configuran un perfil de mujer drogadicta,- solapa actualmente otros modos de consumo de mujeres adultas que beben en exceso e incluso llegan a la dependencia. Como hemos podido comprobar, este perfil existe, pero queda difuminado, porque las nuevas tendencias, aunque no sustituyen a las anteriores, sino que se añaden a ellas, por novedosas y espectaculares, ocultan el perfil de la mujer alcohólica, del mismo modo que ésta oculta su alcoholismo.

### 7.3.2 El mundo vital de la alcohólica, visto por los profesionales

Aunque pueda resultar interesante conocer el número de mujeres que tienen problemas con la bebida, la clase de alcohol que beben o cuándo lo beben, puede asimismo resultar muy revelador las relaciones entre el consumo de alcohol por las mujeres con sus experiencias como mujeres en la sociedad. Y esto tiene dos lecturas, la de las propias interesadas que analizaremos en el siguiente capítulo de esta tesis, y la de los profesionales que necesitan observar, comprender y desmenuzar todo lo que rodea al consumo de las mujeres. La preocupación por el problema del alcoholismo de la mujer, necesita abordar temas sociales amplios, y además, establecer relaciones entre éstos y la raíz del porqué beben las mujeres. En este apartado, a partir de las opiniones de los profesionales que intentan ayudar a las mujeres alcohólicas, desde parámetros más objetivos que los de las propias interesadas, intentaremos relacionar y descubrir el pequeño gran mundo que rodea a las alcohólicas y en el que difícilmente saben desenvolverse.

“También hay peculiaridades, yo quiero decir que si llega también a esto, yo creo que hay que entenderlo ¿no?, que no se llega a esto porque sí, es decir, si la mujer ha ocupado hasta ahora un lugar en la casa de mantener la casa y de educar a los hijos y de cuidarlos, y el varón ha salido más fuera. Si sale fuera y trae el salario pues al fin y al cabo ha cumplido, se le puede justificar más, ¿no?, es decir, un hombre puede decir: pues mira, yo aunque beba pero mira, el sueldo lo traigo a mi casa. Pero claro, cuando la mujer es la que bebe, cuando el marido viene y la ve en malas condiciones, ya no es que haga la faena de casa o no la haga, sino a veces la gran marca está en cómo están los niños si son pequeños, es decir, si la mujer estando en malas condiciones, acaba en malas condiciones, pues hasta la propia madre de la enferma, es decir: y tú cómo es posible que hagas eso y tengas a tus hijos abandonados y si les pasa algo ¿qué?, y tu borracha y dormida en el sofá, es decir, quizá ese componente de los hijos, de la crianza de los hijos...” [E.-6].

La forma en que las mujeres experimentan su papel como mujer, o las sutilezas de poder experimentadas en las relaciones de género, podrían tener un efecto en la forma como ellas beben:

“Yo ahí quizá insistir en que casi todos los problemas de drogas llevan parejos los de emancipación de alguna forma. Entonces serían como procesos de evaluación personal, de autonomía personal que se han cortado, que están como en suspenso. En el caso de la mujer, yo insistiría en ese proceso de autonomía personal, de tener una identidad clara

como sujeto, y que eso es un problema más, es decir, es un problema más. Y ahí nos da idea de que es un problema social, de que el alcoholismo en la mujer lleva parejo un lastre, un lastre también que generalmente no se aborda, no se suele abordar. Y que es difícil también que los profesionales estemos concienciados de ese lastre.” [E.- 1]

Ya hemos comentado la condición de privacidad del alcoholismo femenino frente al alcoholismo de los hombres, que tanto en la manera de beber como en el período del tratamiento, es una cuestión mucho más pública. Pero en relación con el género, hay otro tema que merece importancia por cuanto que siempre tiene una presencia, latente, inconfesada, y en ocasiones incomprensible. Se trata del fantasma de la sexualidad que para la mujer juega en su contra.

“Una mujer bebida, en algún momento pues es mucho más interesante, sexualmente, -se siente tan culpable que hace todo lo que la pareja quiere, después de dos chillidos-, entonces una mujer que deja de consumir, empieza a ponerse en su sitio en cuanto a autoestima, empieza a no aceptar determinados comportamientos de su pareja, normalmente la mujer con problemas de alcohol ha tenido problemas de violencia y humillaciones, y violencia psicológica, y eso es un problema enorme en el tratamiento, hay que andar con muchísimo cuidado con el trabajo, creo, con una mujer alcohólica hay que andar con mucho cuidado porque la puedes poner, sin darte cuenta, en una situación de peligro real para ella con su pareja.” [E.- 2].

Los profesionales desde su punto de vista, consideran que las mujeres tienen una serie de problemas en sus casas, con sus propias familias y con la propia posición como mujer alcohólica en nuestra sociedad, que necesitan ser atendidos para poder considerar una auténtica rehabilitación. Estos problemas, que evidentemente también los tienen los hombres, tienen una dimensión distinta para la mujer. Para el hombre son problemas como consecuencia de una conducta etílica continuada; escuchamos repetidamente de las esposas que su marido es muy buena persona si no bebiera. Sin embargo en el caso de las mujeres parece ser que esa misma conducta etílica aun siendo en gran parte, el origen de los problemas de la familia, se personaliza en la mujer, la cual no es tan buena persona, sino que por ser degenerada y beber, ocasiona los desastres familiares. A la mujer no se le percibe que no cumpla su papel en la familia y en la sociedad, independientemente del nivel cultural o la clase social. Pero la mujer tiene también su versión de esa realidad, porque quizá no fue su naturaleza perversa lo que la condujo a beber sino más bien las situaciones perversas que no supo cómo afrontar y que se volvieron en su contra a causa de su punto débil: el consumo de alcohol.



“ Pues hablando con algunas mujeres más profundamente, yo con lo que me he encontrado es que cuando el marido apoya, digamos que apoya formalmente, ¿eh?, pero ella en el fondo se sigue sintiendo como discriminada, apartada, sola, abandonada por él. Sobre todo esto ocurre más cuanto más alto es el nivel cultural o profesional de la mujer, es decir, la queja con la que te encuentras es siempre, al cabo de muchos años de matrimonio y de alcoholismo por parte de ella, -es que claro, tú te vas a lo tuyo-. Estoy hablando de mujeres que por circunstancias también han tenido que abandonar el trabajo, entonces es un poco como, o sea, yo insisto, como que tienen que realizar una doble tarea porque la problemática de base de relación de pareja con su marido no se ha resuelto, entonces, digamos que teóricamente el marido está ahí pero en el fondo ellas se siguen sintiendo igualmente mal, y tienen que buscar otra vía que no sea la del alcohol para poder solventar eso, lo cual es doblemente difícil, claro, porque desde luego, la manera fácil es la del alcohol.” [E.- 4]

Estas situaciones llevan a la mujer a desarrollar sentimientos de culpa y baja autoestima, lo cual aún complica más su vida, porque le impide resolver con la suficiente objetividad los problemas a los que se enfrenta, y vuelve a recurrir al alcohol, y al menos cree que mitiga esa situación al no ser percibida, bajo los efectos de la bebida.

“...la mujer alcohólica empatiza tanto, que se siente culpable de todo...” [E.- 2].

La culpa llega a tales extremos que las mujeres intentan “ahorrar” cuando beben en exceso, de manera que suelen consumir bebidas mucho más baratas que los hombres quienes al contrario se vanaglorian de ingerir bebida buenas y caras.

Por ejemplo, es muy curioso los hombres cuando beben van gastando, gastan muchísimo y encima van a bebidas caras, hasta que llega un momento que no pueden pagárselos, whisky y tal, van a puticlubs, pueden llegar a gastarse 200.000 pesetas en una noche o 300.000, si en ese momento las tienen las pueden fundir perfectamente y en cambio la mujer lo que bebe, o sea, lo que beba, va al supermercado y lo compra de oferta. Si bebe ginebra siempre va a la oferta, a la más barata, si bebe cerveza, a la que está de oferta, si bebe vino al brick de ..... al más barato, ¿eh?, cosa que el hombre eso lo hace cuando ya no puede más, ¿eh?, pero si tiene poder, pues si puede beber un whisky, no se bebe un vino de brick. En cambio la mujer siempre busca la bebida más barata que hay, ¿eh?. Por eso digo la culpa que tiene por toda una serie de cosas, claro, y esto son matices pues que, que hay que comprenderlos, ¿no? y hay que entenderlos. Si la mujer, si el

profesional los conoce y la entiende pues ella se siente más relajada, se siente apoyada,..." [E.-6]

Es evidente que el alcoholismo tiene un gran impacto en el núcleo familiar, como ya se ha mencionado en el primer capítulo, porque la comunicación entre todos los miembros de la familia se altera, la ansiedad es una constante en las relaciones familiares y existen múltiples evidencias de que la violencia doméstica y el alcohol están a menudo relacionados.

Está claro que el consumo de alcohol puede llevar a las familias a experimentar diversas formas de alteraciones emocionales y funcionales, pero también es cierto que no se pueden relacionar todos los problemas familiares con las conductas de las mujeres bebedoras.

### 7.3.3 El profesional como referente para la alcohólica

No podemos dejar de considerar la figura del profesional como puntal básico en la recuperación de la mujer alcohólica. En función del trato recibido y de la imagen que la mujer percibe del profesional que la trata, en muchas ocasiones ésta adquiere con el/ella un compromiso, a partir del cual basa su rehabilitación. Decimos del profesional porque en nuestra estructura asistencial es la persona que la atiende y la escucha, pero sabemos que en otras realidades este papel lo cumple un alcohólico abstinentemente durante años. No quiero significar con ello que cualquier persona pueda realizar la tarea de los profesionales, en absoluto, sino que la persona alcohólica adquiere un compromiso con alguien que confía en ella. Ese es el punto de inicio para tomar su decisión. Los miembros de la familia no suelen ser válidos para esto, porque ya no existe confianza mutua ni apenas respeto. Por lo tanto tiene que ser una persona ajena, desconocida, pero que empatiza desde el primer momento con la alcohólica, conoce su flaqueza y hace de espejo, aunque devolviendo una imagen que puede llegar a ser positiva. Después necesitará de las terapias y los tratamientos adecuados.

Por eso en ocasiones las personas desarrollan otro tipo de dependencia hacia los profesionales o hacia los grupos de alcohólicos.

"Yo lo que quiero es que las personas lleguen a funcionar por ellas mismas, no que dependan de mí, pero es que si no: muy bien, dejas de beber, dejas de consumir otro tipo de sustancias pero dependes de.., y eso es lo que no quiero".... "...Si nuestro objetivo es que la persona funcione por sí misma, ese papel de acompañamiento es muy importante

en un principio, es indudable, lo que pasa es que tienes que saber retirarte y en ocasiones es difícil, ¿no?, saber cuando te tienes que retirar. [E.- 3].

Hay profesionales que se consideran instrumentos en los que la persona puede apoyarse, puede utilizarlos para ayudarse a sí misma. Sería un papel de mediador, de interlocutor pasivo.

“Si, pero tanto en la alcohólica o en el tema alcohólico como en cualquier otro tipo de drogodependiente, creo que los recursos que hay, tanto públicos como privados, así como el personal asistencial, los profesionales, somos meras herramientas que nos ponemos en manos, o sea, que se ponen a disposición del paciente y que, depende del uso que esa persona haga de esos recursos, el que seamos positivos o no, o sea, que le sirvamos para algo o no, claramente. Pero por mucho que queramos intentar convencer a un tío, mientras él no lo tenga claro, no va a sacar nada claro.” [E.- 5].

Otros profesionales consideran su intervención imprescindible para que la alcohólica se recupere, sobre todo si entra en programas de beber controlado, ya que para ello necesita ineludiblemente una terapia de apoyo.

“...Necesitaría continuar con el tratamiento psicológico. Eso es fundamental. Máxime cuando estamos hablando de esa manera de beber tan particular de la mujer de que, de alguna manera, siempre está justificada o apoyada por ese malestar interno de ella a nivel de relación de pareja, de familia, de trabajo, de lo que sea. Entonces yo creo que eso hay que sostenerlo muy mucho, ¿eh?, para que ella no vuelva a cogerse al alcohol. Y eso no es una cuestión de unos meses de desintoxicación o abstinencia, eso lleva años de terapia importantísima para mí, importantísima. Y es algo con lo que les insisto también mucho desde la primera visita, que la desintoxicación se hace fácil, rápida en una semana, y que eso es nada en la vida de la alcohólica, ¿eh?, lo difícil viene después.” [E.- 4]

En cualquier caso, el apoyo del profesional es una cuestión que los propios profesionales la tienen muy clara.

“ Yo creo que en el caso de la mujer yo creo que es básico, ¿eh?, yo creo, sobre todo por la falta de apoyo que tiene la mujer del entorno familiar y tal y quizá el único apoyo que tiene es el del profesional gente super adulta que la comprende, que la ayuda, que la motiva, porque creo que no hay nadie más, tampoco se puede generalizar de todos o

ninguno, pero que básicamente la mayoría los únicos recursos que tienen es por parte de los profesionales, ¿eh?, es decir, creo que es un papel súper importante y sobre todo porque también la mujer se tiene que sentir comprendida en esa faceta.” [E.-6].

Pero también recogemos opiniones en las que el profesional se cuestiona su intervención en la medida que, aun con su mayor interés, no pueda comprender a la persona tal y como ésta se siente y se manifiesta.

“Pues te voy a decir no. Ese es el gran reto también a veces. Por eso tiene mucho sentido los grupos de autoayuda, porque el profesional, normalmente, se sube a su pequeña tarima e incluso a veces los códigos de comunicación les son ajenos. Si nos cuesta entendernos entre nosotros pues al tener a una persona enfrente, tendemos a objetivarla, a no verla. Entonces, cuando ella está en un grupo, se ve a sí misma.....como persona. [E.- 1]

En los próximos capítulos nos proponemos realizar un acercamiento a los discursos de las propias mujeres que desde diferentes ángulos han realizado el esfuerzo de explicar cómo han vivido su alcoholismo.



**CAPÍTULO VIII**  
**RELATOS DESDE EL ALCOHOLISMO**



## CAPÍTULO VIII

### RELATOS DESDE EL ALCOHOLISMO

*El deseo de droga es imperioso, urgente, despótico. Es tan insaciable, tan desmesurado y omnipresente, que imposibilita el placer. Se quiere siempre, siempre más y este anhelo, esta necesidad, ocupa progresivamente todo el espacio de la experiencia. El producto inyectado, ingerido o inhalado, desaparece en una corriente permanente, en una fluidez que representa el tiempo mismo en esa pérdida. Uno intenta llenarse, sentirse pleno, pero se vacía sin cesar. Ante una insatisfacción, el deseo insiste y absorbe todo el tiempo y todas las preocupaciones." [Sissa, G.2000: 64]*

El contenido de este capítulo, compuesto por los relatos de vida que se han recogido durante el curso de la investigación, se estructura en cuatro grandes apartados. Sus protagonistas, quince mujeres alcohólicas procedentes de distintos contextos [Anexo IV].

En primer lugar, se presenta cuatro relatos de mujeres que están en el momento inicial de su recuperación, inmediatamente después de haber decidido dejar el alcohol. Son mujeres que expresan su desesperación y tienen muy recientes experiencias negativas con el alcohol. En consecuencia, se desprende de sus discursos un cierto desprecio hacia lo que les ha rodeado y al mismo tiempo, están manifestando un deseo por encontrar en el futuro vivencias diferentes a las ya experimentadas, con la esperanza de mejorar.

En segundo lugar se exponen cuatro relatos que pertenecen a mujeres que desde la perspectiva de una corta abstinencia, -pues ninguna ha sobrepasado los seis meses abstinente-, relatan y expresan su satisfacción por la ayuda recibida. Es un sentimiento de gratitud hacia quienes, en el momento en que escriben, están a su lado. Por otra parte estas



mismas mujeres se deleitan en el análisis de aquellas circunstancias y personas que influyeron negativamente en sus vidas, haciéndoles sufrir y al parecer, contribuyendo a su alcoholismo.

Los tres relatos siguientes, pertenecen a mujeres que están reconstruyendo una nueva vida sin alcohol. Expresan sus vivencias en el momento en el que intentan recuperar la autoestima y liberarse de las culpas. Desprenden una serenidad en sus recuerdos y sus propósitos que no aparecen en los anteriores. En esta etapa de abstinencia más prolongada, están consiguiendo colocar las piezas de sus vidas en el lugar que corresponde, mientras a su alrededor se recupera la confianza en ellas.

Por último presentamos también las experiencias de cuatro mujeres que ya pueden considerarse recuperadas. En primer lugar, se exponen los relatos de dos de ellas que han cortado todo vínculo con su vida pasada, reincorporándose a la cotidianidad de sus vidas como mujeres, y en segundo lugar, los relatos de otras dos mujeres que aún sin beber durante años, continúan trabajando en asociaciones y perteneciendo a grupos de auto ayuda.

De la lectura de estos relatos se desprenden interpretaciones y conclusiones. A través de ellos se produce un acercamiento y comprensión a las vidas de las mujeres alcohólicas. Podemos adelantar que la primera impresión que se recibe tras su lectura, es que una mujer alcohólica nunca olvida su experiencia con el alcohol y cuando habla sobre ello, lo recuerda tan nítidamente, como si hubiera sucedido la semana anterior.

Cada relato está encabezado con un título que alude a algún o algunos rasgos de la trayectoria de vida del relato, singularizando así, a cada una de las mujeres desde su particularidad e individualidad. En conjunto componen un cuadro repleto de aspectos que pueden ser parcialmente o en su totalidad reconocibles en otras mujeres alcohólicas, reflejándose a través de estos relatos los perfiles más significativos de la situación objeto de este estudio.

## **8.1 LOS CAMINOS DE LA RECUPERACIÓN: DECIDIENDO EL FUTURO**

Las mujeres alcohólicas cuando traspasan la barrera de la dependencia al alcohol inician un proceso de autocompasión y autojustificación para seguir bebiendo. Algunos de los relatos de las mujeres en la etapa de inicio del tratamiento tienen un matiz filosófico, en

su manera de expresar el sufrimiento previo al hábito alcohólico y la desesperación durante el tiempo de dependencia al alcohol. Tras su lectura queda la impresión de haber escuchado un grito de socorro. En ocasiones, se añade una profunda angustia y cierto rencor hacia sus propias vidas y las circunstancias que las han envuelto.

Los primeros momentos de tratamiento, están, por tanto, cargados de múltiples intenciones de recuperación, de fuertes deseos de cambiar y de expresiones desesperadas en demanda de ayuda.

Las mujeres saben que las decisiones han de ir acompañadas de un sobreesfuerzo, que sólo se consigue con el autoconvencimiento de que la vida futura será mejor sin alcohol, que la única vida posible para ellas es la vida sin alcohol.

Algunas personas acuden al tratamiento presionadas por un familiar o por las circunstancias en las que se encuentran, otras porque previamente han decidido dejar el alcohol, pero en ambos casos, durante los primeros meses de abstinencia, atraviesan momentos decisivos, en los que, probablemente, decidirán su futuro con respecto al alcohol.

#### **Relato 1.- El caos de una vida.**

*“ Espero y deseo que el alcohol deje de ordenar y manipular mi vida. En mi vida tiene que cambiar casi todo. ”*

Me llamo O...Tengo 38 años. Soy alcohólica. He ejercido como abogada durante diez años aproximadamente. Actualmente comparto mi vida con J..., el cual comparte –valga la redundancia- mi devoción por el alcohol.

En lo que concierne a mi familia biológica –padres, hermanos, sobrinos...-el contacto es inexistente. Sólo, y a duras penas, mantengo una muy débil relación con mi padre.

La única persona que me proporciona afecto, cuida de mí y se preocupa día a día por mí es J...

Cuando comencé a ingerir considerables cantidades de alcohol tendría sobre 29 o 30 años. Inclusive durante los nueve meses de embarazo bebía.

Las considerables ingestas de alcohol, junto con el problema de bulimia que padecía, comenzaron a vislumbrarse, tal y como apuntaba anteriormente, sobre los 29 años.

Todo ello –amén de una inmadurez evolutiva- me llevó a un abandono de mis obligaciones laborales, familiares y de todo tipo. Esto motivó que consumiera aún más alcohol, si ello cabe.

Me refugiaba en el alcohol para afrontar mi vida que cada día iba más a la deriva. La satisfacción que me proporcionaba el alcohol, se basaba en que era el único medio para aislarme o no enfrentarme a la realidad que, cada vez, se tornaba más dura.

Mi vida cotidiana se reducía a frecuentar todos los bares posibles y mis contactos o mis relaciones se ceñían a compartir mi alcoholismo con otras personas alcohólicas.

Tomé la decisión, en un momento dado, de ponerme en tratamiento para retomar el contacto, sobre todo afectivo, con mi familia y porque, mi actual pareja, cedió su ingreso en mi favor, pensando que mi situación era más grave que la suya, [toda vez que él también padece alcoholismo, si bien, en menor medida.

Asimismo, las relaciones con mi hijo no discurrían con la fluidez que requieren, por mi consumo de alcohol y esto traumatiza al niño.

No tengo ni idea de cómo será mi vida en adelante.

Espero y deseo profundamente que el alcohol deje de ser el refugio en el que, hasta ahora, me he amparado. Que deje de ORDENAR y manipular mi vida.

Necesito el afecto desinteresado y el cariño de J...de mi hijo, padres y hermanos. Lo NECESITO como el aire que respiro.

En mi vida tiene que cambiar casi TODO: el entorno social en el que me desenvuelvo, encontrar trabajo y sobre todo, el abandono del consumo de alcohol. Necesito un refuerzo psicológico.

Al escribir la presente me he sentido mal, porque acabo de tener conocimiento sobre que mi familia, hoy por hoy, no me va a apoyar. Una alcohólica.

## **Relato 2.- La autodestrucción y la dependencia del hombre.**

*"He intentado suicidarme siete veces, pero siempre salgo porque en realidad yo no quiero morir"*

Me llamo, A... y antes que nada quisiera aclarar que yo no me considero exactamente una alcohólica. Yo bebo porque tengo muchos problemas psicológicos y

psiquiátricos y cuando no puedo más, cuando no resisto más el sufrimiento, bebo, porque me aferro a algo para seguir viviendo. La vida me ha hecho sufrir mucho [más que la vida ha sido mi cabeza, mis problemas psicológicos], y de vez en cuando, renuncio a todo, ya no me importa nada más, solo quiero dejar de pensar, dejar de torturarme, y me pongo a beber para autodestruirme, para acabar con todo.

He intentado suicidarme siete veces con alcohol y pastillas y dos veces tirándome del séptimo piso, pero siempre salgo, porque en realidad yo no quiero morir, yo quiero vivir, vivir como todos, con los problemas normales de la vida que todos tenemos, pero mi cabeza no me deja vivir. Me torturo continuamente, no tengo ninguna autoestima y no consigo afrontar la vida que me ha tocado vivir.

Tengo 39 años, no trabajo. He estudiado hasta los 18 años y después he intentado estudiar DUE [enfermería] porque me apasiona. Yo hubiera sido una enfermera maravillosa, tenía todas las dotes, pero siempre lo dejaba a mitad, no he conseguido pasar del segundo año, a pesar de tener unas notas altísimas, pero empezaba a estar mal y lo dejaba. Luego lo intentaba otra vez, y otra vez volvía a caer. Me he matriculado dos veces en España y otras dos en Italia.

He vivido diez años en Italia, desde los 24 años hasta los 34. Pero, me explicaré mejor: creo que tengo que contar la historia de mi vida. He sufrido mucho de niña por falta de amor. Soy la mayor de seis hermanos y mi madre se desentendió de mí apenas fui un mínimo autosuficiente. Yo crecí convencida de que mis padres no me querían, aunque ahora sé que no era verdad, pero nunca tuve cariño, atenciones y mimos de ellos, simplemente porque no llegaban a atender a seis hijos a la vez.

A los 17 años empecé a estar mal, me veía gorda, fea, y pensar que nadie me quería por eso. Dejé de comer. He tenido anorexia de los 18 a los 24 años. Pesaba 42 Kg. Y aún me veía gorda. Tenía anemia, hipotensión, hipoglucemia, amenorrea...etc. Hice psicoterapia durante todos esos años con un psicólogo privado y por fin conseguí salir de la anorexia cuando conocí a un italiano en la playa. Pero aquello fue mi ruina. El se enamoró de mí y yo, que necesitaba tanto cariño y atención, me dejé querer y me convencí a mí misma de que también le quería. Después de un año de escribirnos y vernos en vacaciones lo dejé todo: amigos, familia, estudios, país...y me fui a Italia con él.

Allí estuve trabajando para mantenerme. Vivía sola en una buhardilla y me sentía feliz. Solamente vivía para él. Pero él me destruyó. Empezó a hacerme beber porque decía que me volvía muy divertida cuando bebía y me "violaba" todas las noches dos o tres veces. Lo escribo entre comillas porque yo me dejaba hacer y hasta me gustaba, pero llegó un

momento en que todo empezó a cambiar. Yo sólo veía lo que quería ver y los defectos que tenía no los quería aceptar, siempre los disimulaba, los justificaba para no admitir a mí misma que no me gustaba.

El acabó de estudiar y entonces, según nuestro pacto nos íbamos a vivir juntos y yo acabaría de estudiar mi carrera. Así fue, pero cuando empezamos a convivir de verdad me dí cuenta de que ese hombre no me gustaba. Yo no quería aceptar la realidad y me engañaba a mí misma continuamente, justificándole cosas que no debía. Perdí todo interés sexual por él, no me gustaba. Y él, al contrario, me agobiaba con el sexo.

Me torturaba psicológicamente, empezó a decirme que no servía para nada, que era fea, gorda, que no me vestía como a él le gustaba, sexy, con minifaldas y tacones y escotes, cuando yo nunca he sido así.

Volvía del trabajo, y yo que había estado también todo el día estudiando y haciendo prácticas en el hospital, tenía que encontrarlo con la cena hecha, la casa limpia, pero vestida sexy y atractiva.

Naturalmente eso era imposible. Yo me levantaba a las 5,30 de la mañana y por la noche no podía más. Y entonces él pretendía sexo y más sexo y me obligaba a vestirme de enfermera, de camarera, etc...para hacer juegos eróticos que no acababan nunca. Empecé a beber. Empecé poco a poco, para darme valor, para seguir, para anestesiarme...y acabó muy mal.

Dejé los estudios, dejé de trabajar, hacía lo mínimo indispensable en casa y bebía continuamente. Llegué a beber una botella de brandy al día, pero nunca estaba borracha, porque era poco a poco, a sorbos, directamente de la botella. Y lloraba, lloraba sin parar, me sentía muy triste y desgraciada, y sabía que la razón era que no quería seguir viviendo bajo su tortura psicológica, pero no quería aceptarlo y así seguía bebiendo y autodestruyéndome.

Él cada vez me torturaba más, me criticaba, me hacía la vida imposible, y yo tragaba todo lo que me decía, me creía todas sus críticas y me sentía culpable, como si fuese culpa mía no ser como él quería que fuese.

Y seguía bebiendo y llorando. Hasta que tuvieron que ingresarme en una clínica privada, por alcoholismo y depresión. Estuve dos meses ingresada y por fin recuperé la sonrisa y las ganas de vivir. Pero al poco tiempo de salir, volvió todo a ser igual, y yo volví a beber.

Intenté suicidarme y acabé en la UCI llena de tubos por todas partes. Salí y volví a beber. Y otra vez me ingresaron en otra clínica. Estuve un mes.

Así llegó el verano y las vacaciones, y como todos los años, en Agosto, vinimos aquí con mi familia. Pero fuimos a hablar con mi psicólogo, el que me había tratado la anorexia, y éste nos aconsejó separarnos por una temporada. Para los dos fue muy duro, pero lo hicimos.

Yo me quedé con mi familia y él volvió solo a Italia. Me llamaba casi todos los días por teléfono y a veces hasta lloraba diciéndome que estaba solo y me echaba de menos.

De repente llegaron las Navidades. Yo con toda mi ilusión me compré ropa sexy, ropa bonita como le gustaba a él y volví a Italia. Aquello fue lo peor que me ha pasado en mi vida. De repente él me dijo que me dejaba, que se había enamorado de otra mujer y que me fuera a España para siempre.

Había adelgazado quince kilos, toda mi vida era él y de repente, todo mi mundo se derrumbó. Me insultaba, me criticaba, se burlaba de mí, pero decía que aún me quería y por las noches me violaba. Yo no quería, lloraba y gritaba y cuando más gritaba él más se escitaba. Fue un infierno.

Me obligó a marcharme con lo puesto y dos maletas.

Dejé diez años de mi vida, mis amigos, mi casa, mis muebles, mis electrodomésticos, mis libros, mis fotos, todo, todo, todo.

Volví a Valencia y estaba desesperada, no quería vivir, volví a beber, volví a intentar suicidarme varias veces, y bebía y bebía. Después de diez años no tenía amigos, no conocía a nadie, mis hermanos tenían ya su vida propia y yo vivía con mi madre, discutía todo el tiempo con ella, porque nunca nos hemos llevado bien. Fue el infierno.

Yo no podía aceptar el hecho de que me hubiera dejado y bebía y bebía.

Así fue como me enteré de que existía este centro y decidí entrar para desintoxicarme.

Al principio fue muy duro, me quería marchar. Pero, conocí a una persona que me ha cambiado la vida. Conocí a otro paciente toxicómano que se enamoró de mí y yo de él. El es todo lo contrario a lo que era el italiano. Es dulce, tierno, delicado, me respeta, me quiere de verdad, me ha devuelto la ilusión y las ganas de vivir. Vivo para él pero quiero vivir también sólo por mí misma.

Tenemos muchos problemas. En mi casa no le aceptan y en su casa no me aceptan a mí. Pero existe este inmenso amor, basado sobre todo en el respeto mutuo. Con él puedo

ser yo misma. El me quiere así como soy, gorda o delgada, pintada o sin pintar, me acepta como soy y esto es lo más bonito que me ha pasado en la vida.

Ahora sé lo que es el amor de verdad, la ternura, el cariño, el dar amor y recibirlo sin pedir nada a cambio.

A mis 39 años [hace ya casi cinco que nos conocemos] me siento como una niña otra vez y pienso que la vida me ha dado otra oportunidad. Lo malo es que debería ser feliz, y sin embargo, algo se ha roto dentro de mi cabeza que me tortura y no me deja ser feliz y hacer feliz a mi novio.

Me han concedido una pensión no contributiva, por invalidez psicológica [66%], pero son sólo 40.000ptas. al mes. Mi novio no puede trabajar después de veinte años dentro de la droga, está demasiado depauperado para ello. Lo ha intentado y tuvo que dejarlo porque no soportaba el esfuerzo físico. Ahora han muerto sus padres y nos hemos ido a vivir juntos a su casa, pero la casa está en venta y no sabemos cuánto tiempo podremos continuar allí.

He olvidado explicar que mi enfermedad es trastorno de la personalidad y trastorno de la afectividad con rasgos esquizoides.

Conseguimos a duras penas llegar a fin de mes, pero no me importa. Sólo quiero estar con él y hacerle feliz. Él ha dejado la droga por mí y yo no consigo dejar el alcohol. He vuelto a ingresar por ello y esta vez espero que sea la última. Siempre lo digo pero luego, poco a poco, empiezo a beber de nuevo. El está muy preocupado por mí, quiere ayudarme y no sabe cómo. Y lo malo es que yo tampoco lo sé, pero tengo que conseguirlo. Tengo que dejar el alcohol para siempre antes de que sea demasiado tarde. Y tengo que afrontar la vida y salir adelante.

Lo que pasa es que ya me siento tan cansada, tan, tan cansada, que no sé por dónde empezar.

Necesitamos amigos, salir, relacionarnos con la gente. No podemos continuar los dos solos encerrados en casa, pero no sé ni por dónde empezar. Necesitamos ayuda, pero no sabemos ni siquiera a quién pedírsela. Pero lo conseguiremos. Tenemos que conseguirlo. Quiero vivir y quiero ser feliz y sobre todo quiero con toda mi alma a mi novio y él me quiere a mí. Tenemos que conseguirlo. Nos merecemos ser por fin felices. Necesito encontrar la paz, la serenidad en mi vida para empezar a luchar con uñas y dientes por mí y por él. Quiero vivir, quiero vivir con él, quiero vivir.

Escribiendo este relato me he sentido muy mal, he revivido y recordado cosas que me hacían sufrir, pero ahora que lo he terminado, me siento bien, ha sido como un

desahogo, he conseguido plasmar en el papel mis sentimientos y es como si me hubiera quitado un peso de encima.

Necesito ayuda, pido ayuda, no sé a quién, ni qué pido, pero quiero vivir, quiero vivir por fin.

### **Relato 3.- Vicio o enfermedad: la conciencia de alcoholismo y el camino del autoengaño.**

*“Aunque no me considero alcohólica, comprendo que me he pasado en la bebida”*

Queridos amigos y doctores, el motivo de escribir esta nota es para exponer mis sentimientos. Hace ya unos 18 años que tuve muchas pérdidas de seres queridísimos, pues faltó mi madre, hermana y un sobrino, hijo de mi hermana. Este se metió en la droga y eso hizo que yo, a veces, me refugiara en la cerveza, pues aunque no me considero alcohólica, comprendo que me he pasado en la bebida.

Tengo marido y tres hijos, una hija y dos hijos. Cuando yo tenía una discusión con mi pareja y yo sabía que a él no le gustaba que yo bebiera cerveza, y sabía también que me hacía mal, pues yo por darles en las narices bebía. Al día siguiente me arrepentía y me maldecía.

Aunque, yo he trabajado fuera de casa, y en mi trabajo nunca me han visto mareada y ni mi familia lo saben, ni amigos míos tampoco me han visto nunca que he bebido. Y me he ido a cenar y a comer fuera de casa pero yo no sabía que mis hijos se daban cuenta y sufrían pero nunca me decían nada. Aunque pasé cuatro o cinco años que no bebía, un día hubo una intervención en un familiar y ese día fue cuando bebí hasta hartarme de cerveza y fue cuando me di cuenta del mal que estaba haciendo a mis hijos.

A la mañana siguiente vino mi hija a casa y empezamos a discutir y me dijo que iba a hablar con mis hijos. Yo sabía que iba a perder a mi hijo pequeño que tenía entonces 24 años y el mayor nunca me ha dicho nada sobre la bebida.

Entonces fue cuando fui a mi médico de cabecera y fue cuando me recomendaron ir a la UCA, y gracias a dios me han dado muchos consejos y me han ayudado a salir de ese vicio.

Queridos amigos, si teneis algún problema acudir a pedir ayuda al centro más próximo y vereis cómo hablando y haciendo reflexión podeis salir adelante. Con mucho



sacrificio vosotros mismos saldréis adelante y vereís cómo la familia se alegra y todo será felicidad.

Yo gracias a Dios ahora me doy cuenta de todo lo que me he perdido en la vida porque se me ha ido de las manos. Trabajar para sacar adelante a mis hijos. Tengo una nieta preciosa y la saco a pasear que es una felicidad.

Aunque os comento que a mi la bebida no me gusta pero un mal pensamiento pasa por todos. Amigos hacerme caso y dejar el vicio que tengáis y mucho por vuestros hijos y padres, si teneís, y si no por vosotros mismos, que la vida se nos va de la mano y luego nos arrepentimos. Bueno no quiero ser pesada pero no quiero ofender a nadie. Tenemos una médico fenomenal y una psicóloga maravillosa en un centro de UCA.

Cada día que pasa le doy gracias a Dios y ojalá hubiese ido antes, aunque ya os comento en mi nota que yo me he hecho la prueba del alcohol y nunca me ha salido positiva, que no me considero alcohólica pero reconozco que alguna vez haya bebido por culpa de mi marido, pero me he dado cuenta que no vale la pena amargarte por tu pareja, que lo importante son tus hijos.

Yo gracias a Dios no me acuerdo de la bebida para nada, el día que me encuentro decaída me voy a dar una vuelta por ahí. Si me encuentro con ganas me voy con amigas y si no, me voy sola.

Así que os digo que si leéis mi carta hacer lo mismo, contárselo al médico y a la psicóloga y hacerles caso y no os de vergüenza que son los que nos ayudan a salir adelante. Yo por no perder a mis hijos he hecho todo lo posible para salir adelante y le doy otra vez las gracias a la médico y a la psicóloga.

No doy nombres porque ya que he salido del problema y no se ha enterado nadie de mi familia ni de mis amigos que he bebido, pues no quiero que se enteren ahora que ya lo estoy superando.

Yo he prometido a los médicos y la psicóloga que cumpliría con mi palabra y sobre todo por mis hijos y nieta lo cumpliré.

Un cordial saludo de una amiga. Feliz año nuevo y un abrazo de un ama de casa anónima. Adiós. Perdonar las faltas.

#### **Relato 4.- El fatal destino, sobrevivir al alcohol.**

*"Mi contacto con el alcohol fue desde el momento en el que nació ya que mi padre era alcohólico....Soy una superviviente sin alcohol."*

Hay un refrán que dice que hay quien nace estrellado y quien nace con estrella.

Yo a pesar de que nació estrellada he encontrado la estrella en mi propia vida a través de las cosas y hechos que me ha tocado vivir.

Tengo 44 años, nació un mes de noviembre ocupando el segundo lugar entre los hijos de mis padres, que tuvieron hasta cuatro. Mis padres procedían de lo que se dice clase social media baja tirando a baja.

Mi contacto con el alcohol fue desde el momento en el que nació, ya que mi padre era alcohólico. Recuerdo mi niñez con gran sufrimiento y pena ya que mi madre se tenía que ocupar de él y consciente o inconscientemente no nos dió el amor, cariño y apoyo que necesitan unos niños.

Todos en casa sufrimos malos tratos tanto física como psicológicamente y nunca pude contar con el apoyo de mi madre. A la edad de 10 a 12 años mi hermano el mayor me violó y me dijo que si le decía algo a alguien me mataría. Pensé que me había ocurrido esto por mi culpa. Vivíamos en un quinto piso y pensé muchas veces tirarme al vacío porque yo era una mala persona.

Cuando yo tenía 15 años mi padre murió de cirrosis hepática. Dos años después mi hermano el mayor dejó embarazada a su novia y se casó, con lo cual se fué de casa. Mi madre se disgustó mucho pero yo recuerdo ese día con gran alegría ya que no lo tendría que ver todos los días.

A los 18 años tuve una infección vaginal. Fui con mi madre al ginecólogo [era el año 1976] y éste puso el grito en el cielo diciendo que había perdido la virginidad por usar tampax. Cuando llegamos a casa le dije a mi madre lo que me había hecho mi hermano y me contestó que ella se imaginaba algo pero que era culpa mia ya que ella había tenido dos hermanos y no había ocurrido nada de eso.

En ese momento no se a quien odié más si a mi madre o a mi hermano, porque me destrozaron la vida desde los 14 a los 19 años.

Me gustaron muchos chicos que me pedían salir con ellos pero yo tenía tanto miedo y asco que no podía salir con ninguno y me fui retrayendo yo misma.

A los veinte años conocí al que sería mi marido, una persona que me llevaba ocho años de diferencia. Me traía flores al salir del trabajo, me escribía poesías y estaba muy pendiente de mí. Le cogí cariño pero no le quería y al cabo de dos años me casé con él porque pensaba que nadie me iba a querer y al mismo tiempo me iba de casa.

Fue peor el remedio que la enfermedad ya que al poco de casarme me enteré de que estaba enfermo [traumatismo craneo-encefálico a consecuencia de un accidente de coche], tenía crisis epilépticas. Ya en el viaje de novios casi nos matamos porque conducía él y le dio una ausencia y se fue en dirección contraria a la circulación.

Volvimos del viaje de novios, yo seguía trabajando en la misma empresa en la que trabajaba desde los 14 años.

Ahí empezó la segunda parte desgraciada de mi vida. Me sentía muy sola ya que él se ocupaba solo de su trabajo y de hacer deporte. El resto del tiempo que estaba él en casa se dedicaba a dormir.

Empecé a beber a escondidas poca cantidad, un tercio o dos de cerveza. A los dos años tuvimos a nuestro primer y deseado hijo y empezó una época de malos tratos por su parte, tanto físicos como psíquicos, a nuestro hijo y a mí. Encerrar al bebé a veces en una habitación durante dos horas porque estaba cansado de oírle llorar y no dejarme entrar a por él. Bueno, yo en esa época no bebía todos los días. Bebía alguna cerveza o un vaso de vino si íbamos a comer con la familia en acontecimientos familiares.

A los 22 meses de nacer mi hijo dí a luz a mi hija. Mi marido se quedó en el paro, montamos una empresa comercial y en un año perdimos todos nuestros ahorros. Se puso en contacto con una empresa de ... y llevaba la representación aquí en Valencia. El dueño de la empresa me dijo que me quería conocer y me dijo que podía estar durante tres meses ayudando a mi marido hasta que se encauzase el trabajo y pudiese contratar a otra persona.

El trabajar juntos fue lo peor que nos pudo pasar ya que tenía celos de mí. Pasé más de tres meses trabajando allí. [El era comercial y viajaba visitando clientes. Más de una vez le pregunté cómo le había ido y se enfadaba y me pegaba delante de los niños].

Cogí una depresión de la cual me costó salir un año y decidí separarme. A partir de ahí volví a vivir aunque seguía sin quererme a mí misma. A mi exmarido lo despidió la empresa y yo seguí en ella.

Aunque teníamos separación de bienes y el piso era de él, me quedé a vivir ahí yo con mis hijos. Han pasado ya once años y sigo ocupando el piso donde vivo pero no tengo posibilidad de cambiar ya que solo vivimos de mi sueldo.

Mis hijos se fueron haciendo mayores y yo ascendí en el trabajo siendo en la actualidad técnico comercial.

A los cinco o seis años de separarme empecé a salir por la noche con jóvenes conocidas del barrio a bailar los viernes y sábados y entonces empecé a beber. Me bebía dos o tres whiskis. Estuve así durante tres años hasta que decidí no salir por la noche porque tenía dependencia del alcohol. En el trabajo nunca me afectó. En casa sí porque me ponía irritable y me enfadaba con mis hijos sin motivos.

Volví a empezar a beber al tener problemas con mi hijo. Bebía dos litros de cerveza diarios, siempre a escondidas en casa y los fines de semana de cuatro a cinco litros de cerveza, sábados y domingos.

En abril de este año les dije a mi hijo [18 años] y a mi hija [16 años] el problema que tenía. Mi hijo lo desconocía y mi hija no era consciente de lo que me ocurría. Les dije que me iba a poner en tratamiento y fui a una asociación de alcohólicos rehabilitados durante un mes, pero no me encontré agusto. Me dijeron que tenía aparte que llamar a una UCA para ponerme en tratamiento médico. Llamé y una vez que fui, me dí de baja en la asociación y sigo en tratamiento en la UCA.

Me encuentro contenta conmigo misma. Tengo problemas como todo el mundo. Mi hija tiene anorexia desde mayo de este año, mi hijo no encuentra trabajo. La empresa donde sigo trabajando no va bien y lo mismo cierra. Pero son problemas con los que debo y puedo convivir y resolverlos mediante el diálogo, cariño y amor, sobre todo con mis hijos y no me hace falta recurrir al alcohol para evadirme de la realidad.

Cada día que pasa, me gusto y me quiero más y eso repercute en mi vida y en la gente que me quiere "mis hijos".

He perdonado a mi hermano y a mi madre porque son personas que no saben enfrentarse a la realidad y esconden la cabeza bajo tierra.

Puede, al fin y al cabo, que mi carácter de hoy, ser comprensiva, no tener secretos con mis hijos, hablar de todos los temas, quererlos, amarles y darles lo que yo no tuve, se deba a ellos. Soy una superviviente sin alcohol.

## 8.2 REPENSAR UNA VIDA PARA COMPRENDERLA

Una vez la mujer alcohólica ha entrado en el proceso de recuperación, va convenciéndose a sí misma de la conveniencia de permanecer abstinentes, a medida que aprende a valorar su vida sin alcohol. Las compensaciones de la abstinencia, tras una vida plagada de conflictos, le dan la fuerza suficiente para continuar sin beber.

Se trata de un reto importante que en muchos casos los familiares no saben valorar en su justa medida. La mujer sigue pasando desapercibida, y se oculta del mismo modo que lo hacía mientras estaba bebiendo, porque toma conciencia de su pasado y vuelve a sentir culpa. Por ello no alardea del éxito, como ocurre en el caso de los hombres alcohólicos. Para una mujer no es un éxito, se trata simplemente de recuperar su “deber ser”.

Sin embargo, en su interior sabe que es una vencedora y se siente orgullosa de haber permanecido un tiempo sin recurrir al alcohol.

Durante este periodo de deshabitación, las mujeres recapacitan sobre su vida familiar, su infancia y adolescencia, sus amores...y el papel que ha desempeñado el alcohol en sus vidas. En el fondo no desean buscar las causas de su alcoholismo en su pasado, porque tendrían que ordenar demasiadas cosas en sus vidas, pero intentan encontrar alguna explicación a su dependencia del alcohol. En definitiva, intentan comprenderse a sí mismas a través de una reflexión que nunca antes habían realizado.

### Relato 5.- La mujer alcohólica, ¿niña o mujer?.- Vivir las ausencias.

*“Siento todo esto, pero normalmente lo escribo y luego lo quemó o lo rompo. Otras veces lo grabo, pero también me lo pilló mi madre”*

Bueno, la verdad no sé cómo empezar, pero escribiré lo que me salga ¿vale?. Me llamo..., tengo 39 años, en el mes de julio ya voy a los 40, que ni me importa ni yo misma me lo creo, siempre me sentí en el interior como una niña, y en cierta forma estoy encantada, pero tengo como otra personalidad, que en otro sentido, sé que estoy bastante cuerda y asentada. Pero no lo hago adrede, me sale, depende de la ocasión, quizá por eso me pasa lo que me pasa. Y diciendo del alcohol, pues sí, cuando era mucho más joven, pues era tan tan sumamente tímida, retraída [que tengo lo que me escribieron los psicólogos del colegio] que, por ejemplo, cuando participaba en los concursos de baile [que por cierto

siempre me gustan] tenía tanta, tanta vergüenza [ahora ya no la tengo tanto, algo sí], que me tenía que beber una copa de ginebra o algo, si no, no tenía “espenta” .

Bueno, te quiero decir con esto cómo comencé, pero que no me gusta el sabor de la bebida, si no que en cierto modo me deshinibo, es el efecto que hace y se me va la vergüenza.

Trabajo desde los 15 años como auxiliar de clínica. Empecé a hacer prácticas, pero yo quería más, quería tener mi dinero y vale, trabajaba todo el año gratis para que me dieran sustituciones en verano o algo más.

Pensé, ya tengo mi título, ahora es cuestión de meter la cabeza, y luego, si quiero, seguiré estudiando. Y lo conseguí.

Sobre mi familia, hay hablar mucho. En fin, mis padres, son mayores, viven puerta con puerta, y para ellos sigo siendo la niña pequeña, aunque nunca, bueno no es que no se preocupen de mi, pero trabajaban y yo pues en el colegio y los tres meses de verano a otro colegio y el resto en casa con las chachas, que en aquel entonces con que les dieran sitio para dormir y trabajo, tenías las que querías. No lo digo por nada, simplemente que la verdad en casa se vivía muy bien. Mis padres, los dos carniceros, entonces no había los grandes supermercados de ahora.

Ellas eran como una hermana más para mí, más que mi propia hermana que me cogió celos, ya que nos llevamos diez años. Ella no quiso estudiar y mi madre la puso a trabajar, sin embargo a mi, que me gustaba mucho vender, nunca me dejó subir a despachar, de hecho, no distingo las carnes.

Bueno, a lo que vamos del alcohol, de satisfacciones no tuve ninguna, solo problemas, ya que yo a veces con poco me ponía a morir, otras me daba la risa y era otra, no tenía tanta vergüenza, pero al día siguiente, aparte de que me encontraba mal, tenía muchos remordimientos de cosas que había hecho y que no tenía que hacer. Vaya, que no me sentía bien conmigo misma y lo pasaba muy mal. Ahora lo que hago lo sé, lo tengo claro y es muy diferente.

Muchas veces intento dejarlo, bueno eso cuando me dí cuenta que estaba hasta el cuello y no era normal. Sí, estuve tres años sin beber, pero triste, no sé, me faltaba algo y creo que era amistad y amor, afecto, no sé creo que yo misma me puse una careta para que nadie me hiciera daño.

Esta vez es muy diferente, estoy bien, feliz y si tengo alguna duda sé que puedo contar con ayuda del centro. Sé que voy despacio pero hay que comprender que siempre

tenía a mi madre detrás, voy poco a poco para no hacerle demasiado daño. Ahora también hablo de cosas íntimas con mi hermana que antes no me atrevía ya que ella también me miraba como "la nena".

Tomé esta decisión porque mi vida, no era vida, y ahora disfruto de lo que hago aunque a veces dude si lo estoy haciendo bien o mal. Y pienso que si sigue así seré la mujer más afortunada del mundo y la más feliz.

Qué quien puede apoyarme...todos vosotros, los de la Asociación y amigos nuevos que conozco y por supuesto mi hermana y mis sobrinos.

En el sentido que mi cambio creo que ha sido bueno, no sé, en cuestión de mis padres no puedo ir más deprisa, mira, ahora mismo estoy escribiendo con la luz de la tele, ya que le dije que me acostaba, si no, está mirando lo que escribo y donde lo guardo. En fin, me entra risa porque esto es un no vivir, pero bueno, ¿qué vamos a hacer?.

Lo que si que voy a hablar es que, bueno ya dejándonos de historias es que la verdad la vida sin alcohol es muy muy bonita, aprecias más las cosas, la gente, el paisaje, en fin todo lo que te rodea y además te encuentras libre, no sé exactamente de qué, pero es cierto y más limpia. Te despiertas y es completamente distinto.

No sé qué voy a poder necesitar, pienso que apoyo, amor, amistad y saber que si tengo alguna laguna poder hablar con alguien, pero eso pienso que no sólo yo si no todos mis compañeros.

Y ya en las cosas que han de cambiar, pienso que tengo que ser yo pasito a pasito, pero yo, solamente yo.

Y me he sentido muy agusto de decir lo que siento, aunque a lo mejor luego me de vergüenza.

Continúa el relato otro día: lo que me sucede esta noche me sucede muchas veces, me acuesto con mucho sueño y a las tres o cuatro horas [aunque fueran sueños preciosos o pesadillas], me despierto de golpe. Me duelen los oídos, las muelas o simplemente no puedo respirar bien...no, no es que me sienta nerviosa y tampoco es desde que empecé con el alcohol, pienso que es de los nervios, pero no de sensación de palpitaciones, a veces sí pero otras no.

Hoy estoy tranquila y me he despertado de golpe, sin saber yo que estaba soñando un sueño precioso, ya que a veces me despierto y los dibujo antes de que se me olviden, pero luego siempre los rompo o los quemo, ya que cuando era pequeña lo hacía y mi madre

y mi hermana lo veían, se reían y entonces decidí hacer desaparecer todo eso y mis poesías que me gustaba mucho hacer y relatos y cuentos.

En realidad no pensaba escribir nada pero me desahogo mucho. Soy muy tonta y muy sentimental y a veces me pongo a llorar simplemente viendo una película de sentimientos, pero pienso que es muy sano, limpia la vista y ya que muchas veces delante de la gente por cualquier tontería, lo tengo que ocultar, parpadeando, mirando de arriba abajo y con un nudo en la garganta y en el estómago que luego es difícil de deshacer. Pero lo prefiero a beber. Lo que es cierto es que si tengo que coger la llorera siempre lo quiero hacer a solas. Bueno si es con gente, que no se ríe de mí, como siempre hacían en mi casa, por ver una película y llorar, la tele en blanco y negro y yo en brazos de la chacha, que era la única que me entendía. Mi madre siempre dice que tengo mucha memoria. A veces no le viene bien que diga que desde pequeña [y ojo yo no culpo a nadie] nada más que a mí por ser vulnerable o ser una de las más rebeldes por mirar donde no debía y curiosar, aunque nunca conté nada hasta no hace mucho y de todas formas mi madre, cuando se lo dije, :“todo son tonterías”. Pero no se me olvidará su nombre en la vida...en cola la clase para confesarnos, cuando me tocó a mí [yo ya tenía once años y ya tenía el período y me sentía muy incómoda], el cura me dice que entre, y dentro cierra la puertecita y me pone encima de él, y mis compañeras a ambos lados del confesionario, que estaban las cortinitas abiertas, mirando y riéndose. Yo que siempre callaba y me acuerdo las ventanas del confesionario eran una reja como pastillas juanolas y todos riéndose y yo dentro encima del Padre y recuerdo que llevaba dos coletas y estaba tan nerviosa que no paraba con las dos manos de darles vueltas y cuando salí, todo risas y burlas. Se lo dije a mi madre y me dijo que eran tonterías y mentiras. Y a veces se lo recuerdo y creo que tiene algún resentimiento, como reacciona, porque ya me pasarán muchas cosas por un estilo.

Pero conforme te haces mayor que sabes lo que es, sueles a veces ser fría, mala, borde y egoísta, pero eso yo creo que va con la persona, porque a veces aunque pases muchas de esas cosas [que eso no es nada], si eres sensible...o como me dijo “cierta persona” : por mucha gente que hubiera en tu casa y te dieran una buena educación, en el fondo sola, no, porque si lees o escuchas versiones de gente....si en el fondo una casa como era la nuestra, siempre llena de gente y de animales, pues sí a veces te encontrabas sola en el sentido de que ya desconfías, aunque cara a la familia seas la niña, pero ya procuras por tu bien no contar nada, ni que notaran que sintiera nada, sobre todo cuando se fue mi última chacha para casarse, que no se quería ir y mientras ella se despedía y lloraba, yo le escondía la maleta. Luego ya fue un suplicio hasta que me metí en el hospital y descubrí muchas cosas buenas y muchas muchas malas, de todo.



Lo que quiero decir con todo esto es que yo no hago culpable a nadie de mi enfermedad, ni porque comiera mal y siempre el vino San Clemente, que yo sabía donde estaba, era dolor y a la botella. En la época del resplandor de mis padres [cuando trabajaban y se quejaban porque madrugaban mucho, pero a pesar de eso al teatro Alkazar y todo, pero desde que se jubilaron, ahora que tienen todo el tiempo del mundo nada. Bueno pues en esa época yo recuerdo que todos los domingos salíamos a comer, con mis tías y yo me enteraba de muchas cosas que se decían.

Yo no conocí a ninguno de mis cuatro abuelos, pero sé que mi padre le decía a mi abuela que no tuviera tantos hijos, porque fueron once que yo conocí, quitando de mi tío sordomudo que le guastaba bañarse temprano y se ahogó.

Mi tío P. que lo quería mucho, todos los días venía a casa porque guardaba la carne en la nevera, que era como una habitación en la planta baja. Yo para él era su petardo y cuando tenía 15 años [cuando empecé lo del hospital], llamé a ver como estaban mis padres y se pone un primo mio con la mala sombra que de golpe me dice "no pasa nada, que tu tío P..se ha colgado en la entrada de tu casa". Me enteré que se lo encontró mi padre cuando abrió la puerta, pero mi padre nunca demuestra sus sentimientos, se calla, se pone malo pero no contesta. Dejó una carta y por más que pregunto, aunque pasan los años me dicen lo mismo: que puso "siento lo que he hecho y donde lo he hecho", y nada más.

Bueno cuando me casé, mi tía F, cosas de la vida, el pequeño que es de mi edad [como todo me lo ocultan y me entero luego] creo que murió por drogas...

El otro P. murió de SIDA y solo queda K. de los cuatro hijos, y al cabo de dos años de casarme que estuvo en mi boda, luego me entero por segundas que se tiró por el deslunado. Así que la familia de mi padre es un desastre. Solo quedan mis dos tías y mi padre y ni se llaman ni nada.

Y así vamos y yo no entiendo nada de nada, por más que lo quiera comprender pero así es la vida...¿no?. Tienes que aferrarte a algo, pero no como el alcohol y las drogas o....sino a vivir cada día paso a paso y con una ilusión que te pueda mantener aunque solo sean minutos.

Siento todo esto, pero normalmente lo escribo y luego lo quemo o lo rompo. Otras veces lo grabo, pero también me lo pilló mi madre.

En fin no sé si todas estas cosas te valdrán pero es lo mínimo, si no tendría que escribir tomos.

**Relato 6.- El desorden de una vida, la herencia para los hijos.**

*“Mi hijo está en tratamiento con metadona, todavía no puedo asimilarlo ni sé cómo afrontarlo...siento miedo y vacío...¿Por dónde se empieza un tapiz?”*

Tengo 52, de profesión D.U.E. o A.T.S., creo que es lo mismo en la práctica. Vivo con mi hijo de 22 años y en este momento mi familiar más próximo en mi corazón es mi hermana, maestra, a mil kilómetros de aquí.

No tengo muy claro el momento en que el alcohol me atrajo. Sólo sé que jamás creí que lo fuera a hacer, no conmigo, algo común en los alcohólicos.... A pesar de haber tratado con ellos, a los diecisiete hasta los veinte en un pabellón de hospital, no hablaba con ellos pues estaban para una cura con antabús y alcohol, que los ponía en unas condiciones poco viables a la conversación. Creo que en parte, fue mi personalidad rebelde y el deseo de parecer un hombre [tenía muy claro las ventajas de un hombre en la sociedad], lo que me impulsó a imitar los comportamientos de mi padre o hermanos, y además era divertido ir contra las normas de un internado. Así que una vez al mes montaba una pequeña juerga a escondidas con alguna compañera y nos quedábamos hablando hasta las tantas. Si no nos cogieron fue, porque la verdad no fue demasiadas veces y siempre en día veinticuatro, [soy supersticiosa].

Ese fue mi primer contacto, algo virtual, con mi enemigo. Lo olvidé un tiempo, preocupada por encontrar trabajo que fuese de mi agrado, en mi época de estudiante sólo tuve prácticas en psiquiatría, tuberculosis, geriatría y medicina general.

A mí me interesaban los recién nacidos y especialmente los prematuros, desde que una vez ví a uno tan minúsculo peleando por su vida que necesité saber más de ellos y cómo ayudarlos. [La llamada del cachorro]. Al fin comencé a aprender algo sobre ellos en mi segundo trabajo, [el primero es indescriptible] y rodando en el puro azar caí en V...formando parte de Neonatos.

Mis contactos con el alcohol eran esporádicos, alguna salida con mis amigos el día de descanso pero nada más, el trabajo era absorbente y yo ya estaba desequilibrada, siempre dando la nota aun sin beber en tiempo. Tal vez mi vida no era sana, incluso sin alcohol, tenía insomnios, necesitaba pastillas para dormir, mucho café para trabajar y no llevaba ningún orden en mi vida. Hasta que caí en una crisis bastante profunda y me llevaron a un psiquiatra en contra de mi voluntad, yo sólo quería morir, hasta lo intenté, idiota de mí, debí de haber previsto que me podían encontrar.

Estuve dando tumbos durante años, después supe que era del dominio público lo que yo aún no sabía, que yo era alcohólica y si se me toleraba era porque respondía en el trabajo.

Las personas de mi alrededor me parecían distintas a mí, no las comprendía, no sus motivaciones, pero deseaba ser como ellas, sin complicaciones reales o no. Aquellos años fueron duros y vendrían peores porque cuanto más buscaba yo ilusiones o esperanzas antes se desvanecían. Creo que siempre perseguí sueños y nunca tendré los pies sobre la tierra, jamás. Yo no sacaba en claro más que disgustos con el alcohol y sin embargo después de prometerme que nunca más,...volvía a caer en el hechizo de olvidar por un momento la tristeza, la depresión y reír de cualquier tontería y dormir profundamente aunque luego me doliese la cabeza.

Estaba tan aislada en mi mundo, que me desdoblaba para poder vivir, [si eso es vivir], en el exterior. Porque personas que me he encontrado años después me recuerdan como alguien alegre, incansable, siempre dispuesta a ayudar. Y yo sólo recuerdo mucha soledad, un vacío tan enorme como si estuviese sola en el mundo, viendo un espectáculo de gente que vivía, reía, sufría, hablaba cosas que yo no entendía. En fin, que vivía como en un sueño extraño entre depresiones, pastillas y alcohol cuando me daba un arrebató. Lo cual, no ayudaba a mi equilibrio.

Podría contar las veces que me encontraron vagando y me llevaron a un hospital, o como acabé encerrada e incomunicada y desvariando o en una clínica de desintoxicación o de reposo. Para mí sólo son un camino con agujeros profundos de los que no sabía cómo salir.

Creo que fueron unos cinco ingresos en cinco años o seis. El último sí que sé que tenía dos trabajos y estaba muy tensa, a partir de entonces me limitaba solo a hacer un turno y a viajar lo que podía y distraerme con lo que fuera excepto el hospital. Empecé a cogerle cierta manía o miedo, no sabía explicarlo, entonces tampoco sabía que posiblemente estaba casi quemada, víctima de mis excesos en todo y más que nada en mi rara manía de llevar mi cuerpo hasta el límite de su resistencia. Llegó una época de cierta tranquilidad en la que conocí a mi marido, alguien que me pareció libre de complejos, alegre, antidepresivo, en fin, algo distinto a lo que yo frecuentaba, intelectuales pesados, comunistas en ciernes, progresistas de pacotilla, gente que me tenía a mal traer comiéndome la cabeza todo el día. Necesitaba respirar algo sencillo y simple.

Pero hasta lo más sencillo tiene su lado oscuro, como descubrí meses después de casarme. Como siempre había ido detrás de otro espejismo, solo que ahora la historia era

más grave, no era sólo yo la que resultaba afectada. Mi hijo estaba en camino y el mundo se me venía encima al cuarto mes de embarazo.

No sabía qué hacer, tenía que escapar y luego Dios diría, pero sé que si no escapo, mi hijo no nace.

Al descubrir por accidente que me había casado con un estafador [más tarde supe que tenía una orden de búsqueda y captura], que había estafado a compañeros, familiares y amigos, me entró una rabia sorda que no podía contener mi lengua y se iniciaron los malos tratos.

Fue muy poco inteligente por mi parte, debí callar y desaparecer. De todos modos era casi imposible desaparecer en la seguridad social y ya tenía plaza en propiedad.

Pero al menos para el parto casi lo consigo si no le llego a poner sobre aviso. En fin, que soy idiota, aunque pienso que mi enfado era más que humano, me sienta mal no tener la astucia y la frialdad que tenía el mozo. No se puede ir por la vida con el corazón en la mano, eso es lo que creo ahora, después de todo lo que pasó y lo que vino detrás.

Fueron tiempos difíciles para mi hijo, cambiando de casa, entre guarderías, personas a sueldo, o con amigos, entre intervenciones y recaídas. Me indignaba a veces y me abatía otras.

Estuve largo tiempo de baja y después de la última intervención solicité el ingreso, ya que no me había muerto como decían –sólo fue una hepatitis B por transfusión y no una cirrosis-. Ahora no sé de dónde sacaron el diagnóstico que me tuvo largo tiempo preocupada por mi hijo y su futuro y me llevó a pedir ayuda y apoyo por todas partes, que afortunadamente recibí. Eso me animó para hacer DUE [Diplomatura Universitaria en Enfermería] y seguir con mi vida casi normal.

Digo casi porque mi hijo me ocupaba tanto tiempo que estaba siempre alelada y con la mente en el disparadero. Era muy hiperactivo y sigue siendo algo a temporadas. Menos mal que le dió por la música y se desahogaba bastante, porque interrumpía constantemente, no daba un minuto de calma.

Por ese tiempo fui más consciente de lo que pensaba la mayoría de la gente sobre conductas adictivas. Recuerdo una vez que mis compañeros se negaron a curar a un drogadicto con abscesos en brazos y piernas. Los comentarios fueron horribles y cuando lo curé se metieron conmigo y no dije lo que yo pensaba, sólo aseguré con cara de idiota que necesitaba ejercitar los dedos, que había perdido práctica. Tal vez fue ese día cuando empecé a separarme de todo y a sentirme desarraigada incluso de mi profesión.

No sé, la cuestión es que guardo muchos silencios y procuro dar una opinión secundaria, como si me disculpase. Hasta creo que me disculpo cuando me ataco a mí misma.

En fin, es un lío y sí que soy consciente de que es más difícil para una mujer que para un hombre y aunque razone que es la misma historia, lo cierto es que no lo es. La sociedad no lo ve así y por lo tanto te machaca más.

Cusioso mundo, menos mal que no creo que todos somos iguales. No, hasta que le de una torta a un tío y lo tumbe; aunque no es tan simple.

Tuve una crisis depresiva hace seis o siete años y desde entonces subidas de ánimo y bajadas, como una distimia o algo así.

Los insomnios por preocupación son más frecuentes y no hay pastilla que me haga dormir, sólo el tiempo y el derrumbe emocional o físico, me hacen volver a recuperar el sueño que cada día echo más en falta, porque quisiera un despertar menos agobiante y opresivo, en los que se piensa que es una lástima no haberse quedado frita.

Así llego al momento presente, después de recibir otra vez ayuda por todas partes, que deseo no recaer más ,sin que siga sin saber por qué, ya que la experiencia me dice que estoy en peligro constante y debo buscar más apoyo entre los míos, aunque sólo sea para que me contagien optimismo, energía, paciencia y esas cosas que hacen falta para que la palabra siempre sea menos espantosa y definitiva.

¿Qué espero? Ser como un junco flexible y no romperme a la primera; pero el viento cansa.

Sólo pido energía para estar alerta y no confundirme, no equivocarme tantas veces que es lo primero. No estar tan ciega y que los dioses nos protejan a todos del dolor que no se extingue. No sé qué hacer con y por mi hijo que está en tratamiento con metadona. Todavía no puedo asimilarlo, ni sé cómo afrontarlo...siento miedo y vacío y pienso que al final lo haré todo mal o incompleto y sólo después me daré cuenta. Debo seguir aunque falle. Qué vida más absurda.

En resumen, la vida parece más sencilla con el alcohol. No se adivinan la cantidad de equívocos, obscuridad y cepos invisibles, o lo que sea, que día tras día te enreda, hasta que no puedes saber quién eres o qué quieres.

Realmente sustituye a la autoestima de tal modo, que te engaña más que el falso amigo y la desolación ante tu propia estupidez a veces es tan inmensa que te deja como un pelele por dentro y por fuera.

Rayos qué mierda. ¿Por dónde se empieza un tapiz?.

### **Relato 7.- Alcohol , drogas, prostitución y oscuridad, frente a la euforia de la recuperación.**

*“Parece que además del hecho de sentirme avergonzada por mi pasado, también tenga que estarlo porque encima soy una mujer y no un hombre”*

Tengo 27 años, soy soltera, trabajo de teleoperadora y llevo varios meses sin beber. Estoy en tratamiento en una UCA y también en la asociación.

La primera vez que dejé de beber no fue por decisión propia, yo acababa de cumplir los 21 años y en esa época tenía muchos problemas con las drogas y el alcohol. Así que forzada por mi madre que no podía más y no sabía ya que hacer, [vivíamos solas] entré en Proyecto Hombre para desintoxicarme y rehabilitarme. Tenía esa opción o la de seguir con la misma vida pero sin ella. Acepté el tratamiento. Pasé 16 meses siguiendo las estrictas normas del programa, el consumo de alcohol estaba absolutamente prohibido para realizar el programa.

No me dieron el alta, así que unos meses después de abandonar estaba bebiendo mucho y volví a consumir cocaína en un par de ocasiones.

De nuevo un poco forzada por mi madre, acudí a una asociación de alcohólicos. Allí desde que llegué dije que no me consideraba alcohólica, pero que beber me estaba acercando de nuevo a lo que para mí suponía que era mi principal problema. Allí estuve más de un año abstinente y con la vida bastante resuelta. Pero dejé de acudir, primero por falta de tiempo y después porque consideraba que ya no me hacía falta.

Hacia finales del 99 empecé a beber de nuevo y esta vez [junto con el juego y lo demás] después de pocos meses estaba completamente alcoholizada. Decidí dejarlo, pues de nuevo mi vida se estaba destrozando y eso que había conseguido salir de una relación de pareja muy tormentosa y violenta.

Esta vez estaba sola. No tenía a mi madre para presionarme. Así que me planteé dejarlo [esta vez consciente de que sí que era alcohólica además de politoxicómana]. Con ayuda de algún amigo/a conseguí dejarlo por mi cuenta en contra de las instrucciones del médico de la UCA que quería que ingresase por tres semana en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Casi un mes después de dejar de beber y por la insistencia de mi amigo [mi actual pareja y exalcohólico], decidí de nuevo acudir a un centro, pero esta vez por decisión propia y para seguir bien el tratamiento y para que esta vez fuese la última que me tuviese que ver tan mal como para pedir ayuda. Estaba ya cansada de una vida sin sentido, rodeada de alcohol, drogas, prostitución y oscuridad.

Durante estos años y a pesar de los diferentes tratamientos interrumpidos, he aprendido mucho. En primer lugar, ahora sé que puedo vivir abstinentemente, que aunque a veces es muy difícil y duro, se vive mejor. En segundo lugar para darme cuenta de que hay gente que lo consigue y el ver la evolución de otros, me ha ayudado a evolucionar a mí. Además me ha ayudado a madurar bastante aunque sé que aún me queda mucho, y lo más importante he aprendido a vivir de otra manera y a integrarme en la sociedad y a llevar una vida "normal". Si no me lo hubiesen enseñado no creo que lo hubiese aprendido yo sola. La verdad es que desde que empecé este último tratamiento he conseguido muchas cosas que valoro y no quisiera perder. Aún así he tenido dudas y he tenido algún consumo en los últimos meses de tratamiento, pero me encuentro mejor y al menos ahora soy capaz de creerme que puedo "curarme", porque durante mucho tiempo dudé de si esta enfermedad realmente tenía cura y debo reconocer que aunque ahora confío más y además me siento más segura de mí misma, aún hoy, tengo dudas a veces, sobre todo por lo largo que puede llegar a ser el tratamiento de rehabilitación. Para mí, ahora no veo tan difícil dejar de beber, sino mantenerlo.

Supongo que para cada persona hay algo que te hace darte cuenta de que no puedes seguir así. A finales del 99 trabajaba en un restaurante, con bastantes alcohólicos a mi alrededor, lo cual lo ponía más difícil. Pero una de mis amigas, mi mejor amiga a la que conocí en Proyecto Hombre y que estaba totalmente rehabilitada, y en ese momento embarazada, también trabajaba conmigo, y una noche de febrero del 2000, me vió en tal estado que me dijo que quería saber lo que me pasaba, sospechaba que estaba consumiendo y me dijo que era mi amiga y que me quería ayudar. Le dije que en ese momento no había consumido nada, que llevaba 30 horas sin hacerlo y ese era el motivo de mi estado, en pleno síndrome de abstinencia. Me aconsejó que aprovechara el momento para dejarlo. Con su ayuda y la de un amigo para pasar lo peor, empecé a recuperarme.

Después de unas semanas abstinentes, acudía a la asociación porque allí trabajaba una psicóloga que ya conocía de antes y tenía confianza en su forma de actuar como terapeuta porque ya me había ayudado alguna vez. Y allí sigo ahora, que esta vez, parece, que a pesar de algún tropiezo, me está yendo bastante bien.

Ahora existe un mundo diferente en mis relaciones. Casi todo lo que puedo decir es que está siendo muy difícil salir del rollo de sentirte "rara" y "etiquetada", sobre todo por la familia que para mí son principalmente mi madre y mi tía. Respecto a mis amigos, apenas tengo ninguno del pasado, la mayoría me conocen como soy ahora. En el mundo laboral nadie sabe nada de mis problemas porque me he integrado bastante bien y pienso que no es necesario que les hable de ello, y sobre todo porque me he dado cuenta de que siguen existiendo algunos prejuicios, la verdad es que no es por el miedo de lo que puedan decir, sino más bien que no me consideren competente para un trabajo por mi condición de alcohólica, ya que creo que la capacidad se demuestra trabajando, en la práctica, y yo ahora lo estoy haciendo bastante bien.

Pero hoy por hoy, aunque me ha costado mucho asumirlo, sé que estoy enferma y no me victimizo por ello, sino que intento pensar que esto es lo que soy y lo que tengo, pero tengo la suerte, y es lo que me gusta creer, que es una enfermedad que como se dice, aunque es crónica se puede vivir con ella, siempre que te mantengas abstinentes y rehagas tu vida y le encuentres sentido sin ir "ciega".

Al principio mi madre me ayudó a mantenerme abstinentes, ya que gracias a su apoyo, ayuda y confianza me consiguió sacar por primera vez de un mundo patético. Sé que ella fue el principio de mi curación, y aunque a veces mejor y otras peor, ha sido una constante ayuda para mí. Luego estuvieron los terapeutas, los compañeros de terapia que nos manteníamos tan unidos con nuestras vivencias que nos ayudábamos mucho y por supuesto, los amigos de verdad, que aunque no son nunca demasiados, me considero afortunada porque valen la pena y siempre me han intentado entender y estar a mi lado.

Pero después de tiempo, aunque siempre he tenido a alguien a quien cogerme [mi madre, mi tía, mi pareja, mis amigos...] y a qué cogerme [sobre todo los estudios y el trabajo]. Hoy por hoy, sobre todo, me cojo a mí misma y al valor que para mí ha empezado a tener mi vida. Ya no me siento sucia ni avergonzada, aunque los recuerdos siempre atormentan de vez en cuando. Gracias a la terapia y a toda la ayuda, y pienso que también a mí misma, he empezado a valorarme a mí misma y me he dado cuenta de que para mí la vida ha empezado a tener sentido. He aceptado que a veces es dura y difícil.



No quisiera entrar en una actitud feminista pero desde luego, en mi opinión hay diferencias entre el alcoholismo entre hombres y mujeres.

En primer lugar no es lo mismo que esté una mujer sola bebiendo en un bar que un hombre solo, lo he vivido y lo he visto, que a una mujer sola es como si se tuviera derecho a molestarla, a faltarle al respeto y a utilizarla. Las mujeres además, creo que llevamos peor nuestra enfermedad, yo me escondía tanto antes como ahora, porque no es lo mismo en nuestro mundo un hombre alcohólico que una mujer alcohólica. Parece que, además del hecho de sentirme avergonzada por mi pasado, también tenga que estarlo porque encima soy una mujer y no un hombre. Yo también fui muy violenta, cosa de la que no me siento nada orgullosa, tampoco fui capaz de estar bien ni en pareja ni en familia, también me destrozé a mí misma aunque tal vez de otra manera, tampoco tenía amigos fuera del mundillo, y sobre todo mi infelicidad, tristeza y rechazo de mí misma,... no creo que pueda ser tan diferente al que siente un hombre que está enfermo como yo, independientemente de las diferencias de edad, status, familia...que tengamos cada uno. Tal vez nuestra distinta manera de padecer la enfermedad sea por la manera que la sociedad tiene de enfocarlo y no por las verdaderas diferencias que puedan haber.

Me hubiera gustado poder meterme más de lleno en esto, pero es muy difícil pararte a recordar todo lo que fue y cómo sucedió, además debo decir que a pesar de mi juventud he perdido bastante memoria o tal vez prefiero no recordar, de todos modos si pudiese ayudar de otra manera, quiero que sepas que me gustaría poderte ser útil, sobre todo poderle ser útil a alguien que se sienta sola y diferente, siempre hay alguien, aunque nos cueste encontrarlo, que nos podrá comprender.

### **Relato 8. La sexualidad, un fantasma oculto.**

*“Lo que mi madre no sabía es que yo tomaba vino quinado a escondidas siempre antes de salir a la calle, pues eso me daba fuerzas para soportar las violaciones que sufría de un anciano vecino”*

Me llamo I...Tengo 48 años, estoy separada, mi profesión es analista metalúrgica y trabajo en análisis de tornillos, llevo seis meses sin beber y estoy en tratamiento en una UCA y en la asociación.

Espero llegar a poder explicar lo que se me pide, hoy al menos me siento capaz de intentarlo. Hace tres meses no hubiera cogido ni el boli. Era incapaz.

Bueno, hasta los siete años fui hija única y tal vez esto influyó en que mi madre se preocupara tanto de mi en ciertas cosas. Al ser poco comedora y como era normal en aquellos años me daba el típico vino quinado con un huevo. Lo que ella nunca supo, es que yo, además lo tomaba a escondidas y siempre antes de salir a la calle, pues eso me daba fuerzas para soportar las violaciones que sufría de un anciano vecino.

Después en la juventud, no recuerdo tener adicción al alcohol, todo era normal dentro de mi ambiente hasta llegar a los veintiuno o veintidós años en que conozco a un señor vividor de la noche, diez años mayor que yo y aquí empieza de nuevo el alcohol, pero esta vez, cada día más y más. Todos tomaban y yo no quería ser menos. Así continué durante diez a quince años. Me sentía la reina del mambo. ¡Qué equivocada estaba!

Esta relación se fue al traste y hubieron otras hasta llegar a casarme a los 37 años.

Pero tampoco tuve mucha suerte, pues mi marido, a pesar de ser una buena persona y hacerme bastante feliz, tenía un problema y era su inclinación sexual hacia los hombres. Al darme cuenta caí en una terrible depresión y después de cuatro años, nos separamos de mutuo acuerdo, quedando amigos.

Seguí adelante como pude pero siempre con la compañía del alcohol y puede que cada día que salía cogía una borrachera más grande. Incluso dejaba en casa a mi nueva pareja y salía a terminar de “cogerla”.

En una de esas noches coincidí con un señor en rehabilitación, me habló del tema y de la asociación. Me hizo reaccionar y cuando volví a casa localicé el teléfono y llamé pidiendo ayuda.

Para mi buena suerte fui escuchada y atendida por la psicóloga, la cual ha sabido conducirme hacia la abstinencia primero, y después a un grupo de terapia fabuloso dirigido por su gran profesionalidad.

Jamás olvidaré sus primeras palabras a través del teléfono.

Respecto a mi rehabilitación en todos los ámbitos puedo contar que una sola frase la puede definir: “ha sido como abrir una ventana y recibir aire fresco, después de estar largo tiempo en una habitación contaminada”.

Mi familia me ha abierto tanto sus manifestaciones afectivas, que pienso todo lo que el alcohol me ha hecho perder. Hoy me siento querida, escuchada y comprendida y por todo esto me siento motivada para seguir abstinentes, y capaz de emprender todo lo que me apetece y llevarlo hasta el final con un mínimo esfuerzo. Mi forma de vida ha cambiado. Más

relajada, más alegre, e incluso mi aspecto ha sufrido tal cambio que mi sobrino de 9 años me dice que estoy muy guapa. Esto me llena de satisfacción y me hace sentir orgullosa de mí misma.

Ahora tengo casi 48 años y me da la sensación de que empiezo a vivir, a ser normal y disfrutar de todo cuanto me rodea. He aprendido a escuchar, comprender y razonar [esto se lo debo a mi grupo de terapia].

Esto es a grandes rasgos lo que ha sido de mi vida hasta ahora.

Espero y deseo continuar en esta línea y a ser posible, superarme día a día, para poder seguir ascendiendo, ya que he podido salvarme, a fuerza de ser firme y sincera, del gran pozo oscuro que es la adicción al alcohol. me siento orgullosa al escribir esto si he podido ayudar a alguien.

### **8.3 VOLVER A LA VIDA COTIDIANA**

Durante la fase de rehabilitación, que está comprendida a partir de los seis meses de abstinencia y hasta los dos años, aproximadamente, la mujer ya ha recuperado seguridad en sí misma. Los recuerdos de su vida de alcohólica siguen siendo nítidos y están presentes en su memoria, pero puede describirlos con serenidad y alejamiento afectivo.

Las personas de su alrededor, empiezan a recuperar la confianza en la mujer alcohólica, y ya no es un tema de conversación en sus vidas. Las familias vuelven a reencontrar sus lugares en la estructura que tuvo que ser modificada para ser funcional

Son relatos de mujeres que, desde la serenidad que se adquiere por la aceptación de una vida complicada, escriben sus experiencias a la par que reiteran su posición como abstinentes.

Han tenido que aprender a solventar las complicaciones de la cotidianidad sin el alcohol y se encuentran gratificadas por ello.

### **Relato 9: Las relaciones con la familia y la confianza en una misma.**

*“ He necesitado mucho la ayuda de mi marido, la cual no la he tenido”.*

Estimados amigos,

Soy una mujer de 45 años, estoy casada y tengo una hija de 19 años. Soy ama de casa y soy alcohólica. Llevo 9 meses de abstinencia.

Mi forma de vida mientras estaba bebiendo empieza con 15 o 16 años. En guateques o fiestas tomaba un cubata o dos y algunas cervezas los fines de semana pero no me pasaba con la bebida.

Se fue desarrollando. Cuando me vine a Valencia, yo soy una mujer con hermanos y padres, pues al estar aquí me sentía un poco sola y los echaba de menos. Y bebía un poco más. Y cuando tuve a mi hija me hacía un poco más de compañía, pues mi marido se iba a trabajar y yo estaba con ella sola, pues con mi suegra y cuñados no tenía tanta relación y entonces bebía cada día un poco más y a escondidas.

Padezco jaquecas y tengo muchos dolores de regla y bebía para que se pasara el dolor. Y cada día un poco más. Y muchas veces no sabía lo que hacía. Y la mayoría de las veces siempre regañando o chillando con mi hija por nada. Y me daba por llorar mucho y estar en la cama.

Y con mi marido casi un día llegamos a separarnos porque me pillaron bebiendo y me puse muy mal, tenía ganas de morirme y me sentía inútil, llorando hecha un asquito.

Esas son las satisfacciones que me ha dado el alcohol.

Empecé el tratamiento un día que estaba mal, fue un domingo pues había bebido y encima me tomé pastillas, con que estaba hecha un trapo, y fui el lunes a hablar con mi médico de cabecera y le conté el caso y me mandó el antabús y me mandó al centro, por eso empecé el tratamiento, o sea ahora mismo me esta viendo el Dr...., y M...la psicologa y en las terapias C... que es lo mejor que me ha pasado porque con ella y mis compañeras me está yendo fenomenal.

Mi vida actualmente es mucho mejor. No discuto con mi hija y hago mejor las cosas y tomo más las decisiones por mí misma.

*He necesitado mucho la ayuda de mi marido, la cual no la he tenido para nada, porque él dice que estoy así porque yo quiero y que esto no es una enfermedad, con lo cual él no me ayuda en nada.*

Si que tengo el apoyo de mi hija, ella está pendiente más de mí y habla más conmigo y ya no nos chillamos tanto y va a las terapias siempre que puede, porque está estudiando. Y mi familia y amigos también tengo su apoyo.

¿Que cosas han cambiado.? Tener una relación mejor con mi familia y cuñados e ir al gimnasio, hacer mejor mis cosas y mi casa, que antes era un desastre. El ir a las terapias me ha ayudado mucho.

*En la vida valoro todo y mi familia más que nada porque casi la llego a perder y tengo ganas de vivir.*

Haber sido alcohólica me supone un poco de vergüenza, pero ahora me siento bien y no me siento culpable de nada.

Al escribir esto me he sentido a gusto y satisfecha de haberlo contado.

Un saludo, atentamente.

#### **Relato 10.- El diario de una vivencia eterna.**

*“Estuve ingresada durante 16 días que fueron eternos y duros, pero reales....Me he tenido que acostumbrar a cosas tan cotidianas como comprar, limpiar mi casa, salir con gente...no las hacía si no bebía.”*

Tengo 30 años, estoy casada hace cinco años y tengo un hijo de cuatro años. Soy panadera, trabajo en un horno familiar con mi marido y cuñado. Estoy abstinentemente un año, desde el 16-11-2000.

Mi relación con mi marido mientras bebía era un desastre en todos los aspectos y el trabajar con él lo empeoraba aún más.

Ni yo misma sé cuándo empecé a beber, supongo que con 15 años las cervezas o los cubatas, los fines de semana, como todo el mundo que me rodeaba. Por mi cabeza no podía pasar que era el principio de un infierno [impensable], sólo era una chica que se divertía con sus amigos y punto.

Empecé a salir con el que hoy es mi marido a los 18 años. Salíamos en pandilla y por supuesto bebiendo en fin de semana.

En casa de mis padres se ha bebido siempre, en especial mi padre [mi madre nunca bebe]. Yo veía normal el vino para comer, el coñac para el café, en fin, ahora sé que mi padre también tenía problemas con el alcohol. Esto es algo que me ha costado admitir, incluso más que yo también los tengo.

Mi padre bebía cada vez más, pero yo no le veía. Se levantaba y lo primero era el carajillo, y así todo el día, aunque jamás le ví borracho.

Con 24 años me caso y hasta aquí seguí consumiendo los fines de semana, y tal vez alguna cerveza entre semana, pero poco. Durante los fines de semana cantidad, incluso pasarme, pero era algo normal.

Me puse a vivir en la finca del horno al lado de mis suegros. Al año me quedé en estado y cuando estaba de siete meses mi padre enfermó de cancer, muriendo cuando mi hijo tenía apenas veinte días.

Estos tres meses fueron horribles. Al estar embarazada no bebía, pero cuando dí a luz y caí en una depresión, todo fue muy rápido, en menos de un año ya me escondía en casa para beber. Mi padre no estaba, tenía un bebé, un horno con mucho trabajo y en un barrio nuevo sin amigos. Sólo mis suegros y mi marido y su hermano.

Tuve varios ataques de ansiedad, me tuvieron que ingresar, empezaba a pasar el límite.

Cuando mi hijo tenía un año, murió mi suegra. Yo estaba bastante unida a ella y eso volvió a hacerme sentir mal. Tenía a mi madre y mis hermanas, pero al otro lado de la ciudad y el día a día fue haciéndose una cuesta que conseguía subir con una copa.

Durante casi dos años estuve bebiendo todos los días, sobre todo por las tardes, pero al final era todo el día. Llegué a beber más de una botella de wisky, una burrada. Me pasaba el día bebiendo, mi casa hecha un desastre, en el trabajo fatal, y siempre discutiendo. Lo único que atendía era a mi hijo, todo lo demás me daba igual, odiaba a todo el mundo. Supongo que fue por mi hijo por quien decidí poner algo de mi parte.

En septiembre del 2000 una tarde que había bebido bastante le pedí ayuda a mi madre. Entonces empecé a ir a la Asociación.

El Dr.....me dijo que tenía el hígado a punto de una cirrosis hepática y de ahí no había marcha atrás.

Tenía angustia, las piernas me dolían, las manos siempre las tenía dormidas y la mitad del cuerpo acolchado. El médico me dijo que además de la dependencia psicológica, la física era muy fuerte, por eso tenía que ingresar en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

Quería morirme, era una destrucción total, odiaba a todos y sentía que todos me odiaban a mí.

Con mi marido estaba muy mal, pero fue muy bueno y me dijo que cuando me curara hablaríamos de nuestra relación, pero mientras tanto estaría a mi lado. En aquel momento no me dí cuenta de cuánto me quería, pero ahora si no hubiera sido por su apoyo no sé lo que hubiera pasado, porque un divorcio no me hubiera ayudado. Me quería y lo demostró.

Estuve ingresada durante 16 días que fueron eternos y duros pero reales. Allí comencé a escribir un diario. Te voy a escribir algunos párrafos.

29-11-2000: hoy sólo me han dado una pastilla, el médico dice que el viernes me voy. Tengo ganas de ver a mi madre y mis hermanos y sobre todo a mi hijo. Pero el día que entré no quería y ahora no quiero irme, aquí estoy controlada, la gente de aquí me comprende y fuera voy a volver a estar sola y todo el mundo contra mí.

8-1-2001: va a hacer dos meses que no pruebo la bebida; me apetece mucho una copa. Hago lo que me dice la psicóloga, busco compañía, me siento fatal.

16-1-2001: hoy hace dos meses que ingresé en ..., estoy triste y tengo ganas de llorar. Me gustaría hablar con mi marido pero no sé cómo hacerlo, no sé qué decirle y no quiero preocuparle, pienso que lo importante es que sigo sin beber. Estamos mejor, pero recuperarle no va a ser fácil.

20-2-2001: Ya pasa de tres meses. La gente dice que todo va bien pero me siento demasiado culpable para ver o pensar. No sé si vale la pena, es horrible.

Bueno, ahora ya hace un año y mi vida ha cambiado un cien por cien. Vuelvo a trabajar, salgo, me río, mi relación con mi marido es estupenda y con mi hijo genial. Le hacía falta una madre.

Me he tenido que acostumbrar a cosas tan cotidianas como comprar, limpiar mi casa, salir a tomar algo con gente que sí se toma una cerveza, etc...son cosas sin importancia pero que personalmente no las hacía si no bebía.

Sigo yendo a las sesiones con la psicóloga, ya que ha sido una parte muy importante para mantenerme abstinente.

Hago ejercicio y por supuesto, estoy cuidando de mi hijo como dios manda.

Ahora el Dr. Me ha dicho que me quita el antabús en febrero. No sé si estoy preparada. Ahora no quiero beber, pero tampoco puedo, si no tomo nada, todo depende de mí, estoy un poco asustada.

Tengo asumido que soy alcohólica pero el sentimiento de culpa es algo que todavía está ahí guardado, pero sé que poco a poco, y con un poco más de tiempo conseguiré superar todos los miedos que aún hay.

Escribir sobre mi vida, me ha hecho recapacitar lo que he conseguido y lo mal que lo he pasado tanto físicamente como psicológicamente.

Ahora sé que vale la pena; he ganado mucho y mucho más que me queda.

### **Relato 11: El reto de la abstinencia y el valor para conseguirla.**

*“Los primeros días estando abstinente son casi una pesadilla, empiezas a darte cuenta de la realidad, de cómo has estado comportándote anteriormente, y de cómo puedes empezar a convencerte y a convencer a los demás de que eres capaz de salir de esto poco a poco.”*

Me llamo M..., estoy casada y tengo dos hijos maravillosos, el mayor tiene quince años y la niña tiene nueve. Llevo 13 meses sin beber y sigo rehabilitándome en una Asociación de Alcohólicos. Trabajo como limpiadora en un Centro de Salud.

Un día me di cuenta de que ya no bebía como bebía cuando hacía solamente vida social o cuando comía en casa con mi familia. Me encontraba bastante mal físicamente y sobre todo, mentalmente, prueba de ello era que ya empezaba a olvidarme de las cosas que eran casi siempre las cotidianas, las de todos los días, mi carácter cambiaba y yo ya no era la misma. Ya bebía a escondidas en casa y algunas veces llegaba incluso a beber en el trabajo.



Cuando me levantaba pensaba enseguida en la bebida, cualquier cosa era buena para levantarme el ánimo y muchas veces ya me iba de casa bajo los efectos del alcohol, aunque posiblemente lo disimulaba bastante bien cara a la gente, aunque en mi familia ya lo notaban desde hacía tiempo.

Dejé de lado las faenas de casa y me empezó a dar igual todo, incluso aunque me duela reconocerlo ahora que estoy abstinente, me dejó de importar el bienestar de mi marido y de mis hijos.

Antes de empezar a tener problemas más graves con el alcohol, tenía problemas matrimoniales que con mi adicción se fueron haciendo cada vez más grandes siendo imposible una convivencia y llegando incluso a pensar en la separación. Aunque esto es un tema, que hoy, serena y sin una gota de alcohol en la sangre, puedo decir y confirmar, que no fue por culpa del alcohol mis problemas con mi marido, aunque para algunas personas allegadas, al principio la única culpable de la situación familiar era yo, hoy por hoy tengo la satisfacción de no haber destruido mi matrimonio aunque yo llegué a empeorar muchísimo por mi enfermedad. Sí, he dicho por primera vez enfermedad, antes me costaba asimilarlo porque en esta sociedad, la mujer que consume alcohol no está bien mirada, es simplemente una borracha, buscona y mil apelativos más.

Un año antes de dejar de beber empecé la caída en picado en todos los aspectos, dejé de arreglarme y de cuidarme, dejé realmente de ser yo para convertirme en alguien que realmente ni yo conocía, seguía siendo la mujer simpática, sociable y agradable que yo creía que a la gente le gustaba, pero todo era una máscara y tenía siempre que llevar alguna copa de más para yo sentirme de esa manera. Mi familia más cercana, mi madre y mi hermana, intentaron darme consejos y ayudarme a su manera, pero yo realmente estaba ciega y no hacía caso a nadie. Yo pensaba que estaba bien y que bebía porque quería y el día que quisiera lo dejaría, así que siempre estábamos enfadadas y estaba haciendo la vida imposible a mi madre y a toda mi familia. Bueno, en pocas palabras, dejé de quererme a mí misma y empezó mi autodestrucción.

Comprendiendo lo que estaba haciendo de mi vida y la de mi familia, tomé la decisión más importante de mi vida, dejar de beber, costáseme lo que me costara, y seguidamente dí el primer paso que era el de pedir ayuda.

Fui directamente a una compañera de trabajo, ella ya intuía algo, y me ofreció su ayuda, me habló de una asociación de alcohólicos rehabilitados que dijo que funcionaba muy bien y la verdad es que no lo dudé ni un minuto y esa misma tarde cogí un taxi y yo sola me presenté

allí pidiendo ayuda. Me recibieron con los brazos abiertos y me dieron tanta confianza y apoyo que desde que puse los pies en el centro dejé de beber.

No me hizo falta ningún tipo de medicación para dejar de beber, pasé unos días con el síndrome de abstinencia pero intenté pasarlo por mis propios medios y realmente me fué bastante bien porque solamente pensaba en mis hijos y en mi marido y todo lo que estaba dejando a un lado y el tiempo que había perdido y que tenía que recuperarlo costase lo que costase. Me lo debía a mi y a mi familia, pero sobre todo a mi persona y creo que esa fué una de mis mejores medicinas y sobre todo el apoyo de mis compañeros de la Asociación.

Al principio te ves como un bicho raro porque piensas que tú no estás realmente enferma, que los que están enfermos son ellos y que tú solamente estás allí para convencerlos y convencerlos que tú no eres como ellos y que estás bien. Pero cuando acabas la primera sesión serena y empiezas a darle vueltas, te das cuenta que estás igual que ellos o peor. Y ahí es cuando empiezas tu lucha interior y empiezas a analizar el cómo y el porqué has podido llegar a una situación así y cómo puedes llegar a solucionarla. Y lo primero que tienes que hacer es empezar la rehabilitación.

Los primeros días estando abstinentes son casi una pesadilla, empiezas a darte cuenta de la realidad, de cómo has estado comportándote anteriormente y de cómo puedes empezar a convencerlos y a convencer a los demás de que eres capaz de salir de esto poco a poco. Lo primero es volver a confiar en ti misma y volverte a valorar y sobre todo empezar a quererte a ti misma.

Hubo una cosa muy graciosa, que la primera vez que me la comentaron en la asociación no le dí importancia y era que por la mañana al levantarte, cuando ibas al lavabo, era mirarte al espejo y decirte: “qué guapa estás” y “qué bien te encuentras” y sobre todo, un día más sin probar el alcohol.

Sé que el camino es largo y siempre tienes que estar en alerta ante alguna recaída, pero pienso que llevándolo como estoy intentando llevarlo, lograré recuperarme y volver a ser de siempre, nunca hay que trazar las metas muy largas, hay que ir poco a poco, todos somos vulnerables y podemos volver a caer, aunque no quiero ni pensar en ello.

Empiezo a no depender del alcohol, ya no me hace falta, ya no pienso en él como antes. Sigo saliendo, yendo a fiestas donde siempre o casi siempre hay alcohol y no me influye para nada. Sigo siendo alegre y divertida, pero ahora me acuerdo de lo que he hecho y de cómo me lo he pasado, antes no me acordaba de nada, aunque no quería reconocerlo.

Sigo yendo a la asociación, me siento muy agusto allí. Participo de las conversaciones cuando vienen compañeros nuevos con problemas, me siento muy sensibilizada con ellos y les brindo mi apoyo, e intento ayudarles con mi testimonio lo mejor posible, dándoles un poco de esperanza de rehabilitación, aunque yo sigo siendo una mujer alcohólica.

En mi opinión el alcoholismo aún no se ve como una enfermedad, sino como un vicio. Sobre todo en esta sociedad la diferencia entre un hombre y una mujer alcohólica es abismal. Pienso que hay muchas mujeres que necesitan ayuda y empiezan a beber porque creen que así se les alivian sus problemas e incluso desaparecen, pero cuando te despiertas de la borrachera tienes los mismos problemas y posiblemente más agudizados a causa de tu adicción.

Empezamos a ser mentirosas patológicas, gastamos más, escondemos la bebida, no tenemos ganas de salir porque realmente queremos estar en casa, para así seguir bebiendo, siempre estamos enfermas, dejamos de alimentarnos y empezamos a perder peso y sobre todo, empezamos a deteriorarnos física y psíquicamente.

Mi marido y mis hijos me han ayudado mucho en el camino de mi rehabilitación, sobre todo mis hijos, porque mi marido había perdido la confianza en mí y eso es lo que más me ha costado y me está costando.....

El llegaba a casa yo siempre estaba durmiente o somnolienta. El llegó a buscarme las botellas de alcohol por debajo de los armarios de la cocina y tirármelas, pero yo volvía a comprar. Había días que no tenía ni ropa para ponerse porque yo ni siquiera se la arreglaba, y había noches que si el no hacía la cena, no cenaba nadie porque yo me dormía. Menos mal que esa pesadilla ya ha pasado. Una de las cosas más importantes es que ya no me siento culpable, ha pasado y ya está solucionándose, aunque nos está costando mucho.

Mi hijo mayor veía mi problema más de cerca, por su edad y los primeros días de abstinencia él me brindó su ayuda y me dijo que era la mejor madre del mundo y que lo conseguiría. Hoy le doy las gracias porque él ha sido uno de los que más me ha apoyado y sobre todo, ha confiado en mí y en mi rehabilitación.

Mi familia, en general, ya me está abriendo un poco las puertas que yo involuntariamente me estaba cerrando. Me siento feliz y pienso que puedo llegar a rehabilitarme del todo, aunque nunca sin dejar de pensar que sigo siendo una enferma crónica y que tengo que ir superándolo poco a poco, pero tengo sobre todo mi autoestima y el cariño de todos los míos y de mis compañeros de la asociación.

Simplemente decir que en el trabajo y en mi entorno social vuelvo a ser la misma de siempre. La gente que sabía mi problema me felicita y me da ánimos para seguir adelante, pero lo que tengo bastante claro es que la única que me tengo que felicitar y darme ánimos soy yo porque creo que me lo merezco.

## 8.4 UNA MIRADA AL PASADO DESDE OTRO LUGAR

Cuando una mujer alcohólica permanece sin beber por un tiempo superior a dos años, generalmente se le da de alta del tratamiento o del centro de rehabilitación y a partir de ese momento se encuentra con dos opciones, o bien continuar relacionada con grupos o asociaciones o romper con todo lazo de unión al mundo del alcoholismo.

Vamos a escuchar las voces de quienes han optado por las dos vías. Son todas ellas mujeres seguras de sí mismas y de su abstinencia. Unas encuentran en su dedicación a otras personas con el mismo problema del alcohol, un significado especial en sus vidas. Se mantienen alerta y gratificadas por la ayuda que ellas mismas puedan ofrecer a otras personas. Son mujeres generosas, dedicadas a una causa personal y social, testimonios vivientes de un problema. Es el camino que han elegido en su reinserción.

Hay otras mujeres que no han querido integrarse por más tiempo en grupos o asociaciones. Han retomado su papel de mujeres trabajadoras dentro y fuera del hogar, asumiendo sus responsabilidades y cumpliendo con su rol de mujeres en su medio social. Se sienten gratificadas y al mismo tiempo agradecidas. Cuentan sus historias en pasado.

### Relato 12.- El alcoholismo, una batalla ganada.

*“Al escribir mi testimonio he sentido dolor, rabia e impotencia al recordar el pasado, pero también, he sentido felicidad y confianza mirando hacia el futuro.”*

Soy una mujer de 40 años, y en la actualidad trabajo cuidando a personas de la tercera edad, lo cual me satisface. Convivo con dos de mis tres hijos y llevo más de dos años abstinentes.

Como muchas chicas me casé con 19 años, llena de esperanzas e ilusiones. Pronto me di cuenta que no iba a ser como yo había imaginado. Él bebía y cuando esto ocurría, que cada vez era más a menudo, aparecían las peleas, y de las palabras se pasó a la

violencia, tanto física como psicológica. Llegado a este punto te vas hundiendo moralmente, tu autoestima va desapareciendo, te sientes menos que nada. Como tantas mujeres en mi misma situación, callé, y me refugie en el alcohol, sin apenas ser consciente de que me estaba cayendo en un profundo pozo.

Esta situación la viví en secreto, pues me daba vergüenza que mis padres y hermanos supiesen cómo vivía. Empecé a beber cada vez más sin apenas darme cuenta; era una válvula de escape, pero cada vez el problema se iba haciendo mayor.

Un día, en el cual yo había bebido de más, mi marido llamó a mi familia para ver qué se hacía conmigo. Bien, al día siguiente mis hermanas hablaron conmigo, supieron de los golpes y malos tratos que había recibido durante casi 20 años y entonces me dieron todo su apoyo, ayuda y calor del que tanto estaba necesitada.

Me hablaron de una asociación que me podía ayudar, y yo acepté porque reconocí que necesitaba ayuda, pues yo sola no podía salir.

Mientras estuve bebiendo mi vida era una porquería, iba a trabajar pero estaba esperando el momento que los chicos se fueran al colegio para empezar a beber, pero eso sí, en mi casa y cuando estaba sola, como tantas mujeres en mi misma situación. Mientras esto ocurría me iba deteriorando físicamente, te sientes mal, avergonzada, casi una basura, además se suma el problema monetario que también se nota. Todo son problemas y ninguna satisfacción.

A partir de contar con mi familia, empecé a acudir a una asociación y los trámites de la separación. La primera vez que entré en una asociación, lo primero que vi fue un grupo de gente que se dedicaba a ayudar a los demás, y un grupo de compañeros que como yo estaban enfermos, y en ningún momento me miraron mal por el hecho de ser mujer. Muy al contrario, me apoyaron y ayudaron cada uno a su medida. Empecé a acudir a terapias individuales y en grupo. Tengo que decir que los profesionales, como la psicóloga, hicieron un buen trabajo.

La rehabilitación fue muy dura, aunque nadie me dijo que fuera fácil. Poco a poco empecé a notar mejoría tanto física como psíquica. Si quieres curarte y te dejas ayudar, se puede salir, aunque la pelea es día a día, y el vencer todas las tentaciones, que las hay "no lo duden".

Querría hacer hincapié en que la enfermedad del alcohol no respeta ni edad ni sexo. Lo que ocurre es que beber ha sido siempre de hombres. En las mujeres está peor visto, por eso bebemos solas y en casa.

Bien. Actualmente soy una alcohólica rehabilitada. Estoy separada desde hace dos años y vivo con dos hijos. Yo tenía miedo a rehacer mi vida con un compañero, no quería volver atrás, no quería sufrir otra vez.

Pero ya ven, la vida es caprichosa y puso en mi camino un hombre, que poco a poco me demostró respeto, cariño y al mismo tiempo me dio confianza, y poco a poco empecé a sentirme “una persona”. Ahora tengo una convivencia tranquila, agradable y respetuosa.

Ahora que estoy curada valoro más hasta las cosas más pequeñas, las conversaciones con mis hijos, la relación con mi pareja, en fin... la vida.

Al escribir mi testimonio he sentido dolor, rabia e impotencia al recordar el pasado, pero también he sentido felicidad y confianza mirando hacia el futuro.

Por último quiero dar las gracias a la asociación de alcohólicos rehabilitados, a la psicóloga, pero en especial a mis hijos, padres y hermanos que me han ayudado y confiado en mi.

### **Relato 13.-Recuperar la propia vida.**

*“Las relaciones con mi hija son lo que más ha cambiado, nos está costando mucho trabajo, pero creo que es cuestión de seguir en ello y al final lo conseguiremos.”*

Me llamo P..., tengo 48 años y hace dos años que no consumo alcohol, estoy divorciada desde hace siete años y separada desde el año 1991. Tengo una hija de 19 años; mi profesión hasta hace unos días era la de auxiliar administrativo, pero ahora me he sacado el título de auxiliar de enfermería.

Empiezo con la bebida desde muy joven ya que en este país todo se celebra con comidas y alcohol, luego, empiezas a salir con la pandilla y quieres demostrar que eres la más marchosa y la que más aguanta. Empecé con la bebida del fin de semana y luego ya era un vinito comiendo, un carajillo etc., poco a poco fui pasando a la copa directamente y se fue haciendo habitual la de después de comer y después de cenar, el carajillo después de almorzar; en esta época ya estaba casada y salía casi todos los días por la noche, a lo que se añade a lo anterior un par de cubatas.

Cuando mi empresa estaba en fase de cierre nos fueron quitando el trabajo y llegué a estar las ocho horas sin hacer absolutamente nada, por lo que me despedí y me fui a vivir a ... dónde mi marido trabajaba, allí me encontré sin trabajo y un núcleo cerrado y hostil con la

gente que mi marido salía. Me fui encerrando en casa y ahí comencé a consumir en solitario.

Las cosas fueron a peor y decidí volverme a Valencia con el pensamiento de que todo volvería a ser mejor. No encontraba trabajo y él se pasaba el tiempo metiéndose conmigo, al final nos separamos. Al poco tiempo encontré un trabajo que en principio yo pensé que sería temporal,[ y me ha durado ocho años] pero me fui relajando y cada vez me sentía más cómoda sin tener que esforzarme para nada. Poco a poco rompí relaciones de amigos y sólo salía con los que más bebían y más se desmadraban, después opté por no salir ni con estos, me compraba la bebida y me la tomaba sola en casa.

No me daba cuenta lo que mi hija estaba sufriendo y lo mal que lo pasaba, yo creía que ella no notaba nada, cuando era consciente de que se había dado cuenta, intentaba comprar su silencio o lo que fuera, dándole dinero, mucho más de lo que una niña a su edad podía disponer o le compraba todos los caprichos del mundo. Pero yo, seguía aumentando el consumo, cada día necesitaba más. Se fueron dando cuenta mi hermana y mi sobrina y mi hija algo había hablado con su padre que de vez en cuando me amenazaba con decírselo a mi familia, y yo juraba que no volvería a hacerlo. Intenté dejarlo un montón de ocasiones, rebajaba el consumo incluso pasaba varios días sin tomar nada sobre todo si tenía que hacer cosas en público, pero volvía a reincidir.

Las compensaciones ahora me doy cuenta que eran pocas, pero al beber tenía una euforia increíble y luego lograba perder el conocimiento con lo que me evadía de todo, lo peor era cuando me despertaba que tenía todos los remordimientos del mundo, la cabeza siempre dándole vueltas a lo mismo, lo desgraciada que era, incomprendida, todos los males venían de fuera, era incapaz de reconocer que el problema lo tenía yo. Físicamente estaba muy mal, con temblores, pérdida de peso, vómitos..., con una absoluta incapacidad para hacer cosas en la casa, que cada día estaba más deteriorada, en lugar de arreglarla evitaba que viniera gente para que no la vieran, y así día tras día durante ocho años hasta que un día me pasé tanto, que mi hermana vino a verme porque a las tres de la tarde estaba durmiendo y a las siete continuaba. Estalló todo y reconocí ante ella lo mal que me encontraba en todos los aspectos y tomé la decisión de poner fin a esta situación y acudir a un centro donde me pudieran ayudar, de eso hace hoy dos años.

El período de rehabilitación me ha resultado menos costoso de lo que yo pensaba, los temblores desaparecieron pronto y todas las cosas físicas también, lo más difícil la confianza en una misma, el volver a quererte [que ya lo tenía olvidado] el saber que eres capaz de hacer cosas por ti misma sin necesidad de que te esten aprobando todo el día.

Me apoya mi familia, sobre todo mi hija y mi hermana, los demás se han ido involucrando poco a poco, los amigos a los cuales les conté que me había puesto en tratamiento y las personas que ahora voy conociendo a las cuales se lo cuento. Las relaciones con mi hija son lo que más ha cambiado nos está costando mucho trabajo, pero creo que es cuestión de seguir trabajando en ello y al final lo conseguiremos. He estudiado, tengo un título nuevo, a los pocos días ya me ha salido una sustitución y sobre todo vuelvo a ser yo misma, tengo confianza en el futuro.

De momento ser alcohólica me supone una losa, cada día menos, pero la vergüenza aun no he logrado quitármela de encima, con la gente que lo sabe sí pero decirlo abiertamente a la sociedad todavía no lo hago.

Me he sentido mejor de lo que pensaba al principio, ya no le tengo tanto miedo a urgar en la memoria como yo creía, ha sido una etapa por la que he pasado y a la que tengo plena confianza de no volver, este tipo de cosas sirven para reafirmarte en lo que no quieres.

#### **Relato 14.- La etiqueta de ser alcohólica**

*“La sociedad de hoy todavía arrastra prejuicios sociales o rechazos, en contra, no sólo de la ingesta de alcohol por parte de la mujer, sino por su propia condición de mujer. Sigue siendo peor vista una mujer borracha que un hombre borracho.”*

Hola, me llamo T... Para empezar os diré que estoy casada y tengo dos hijos.

En abstinencia llevo diez años y en la Asociación sobre doce o trece años, pues mi entrada en la asociación no fue como esperábamos, digo esperábamos porque fui acompañada, o más bien a la fuerza, por mi marido, al cual hoy doy las gracias, “en ese momento, no.” Fui atendida por el Dr....el cual me atendió fenomenal, pero estuve en tratamiento un par de meses y lo dejé.

Tuve que volver porque en casa las cosas ya no iban bien, pues cada vez dependía más del alcohol, bebía a escondidas, guardaba botellas en sitios que luego no encontraba, ...un desastre para mi y mi familia.

Empecé a ir a las terapias, a integrarme en la asociación, a conocer a mis compañeros de terapias, a escuchar relatos de cada uno de ellos, con lo cual me dí cuenta de que mi problema no era el único, y nos fortalecíamos unos a otros.



Un día la presidenta de la asociación me comentó que si me gustaría tomar parte de la junta directiva, lo cual me dio un poco de miedo por la responsabilidad que en ese momento tenía sobre mí, pero acepté y sigo en ella escalando puestos. Llevo como secretaria seis años y me encuentro perfectamente integrada; con menos tiempo ahora para la asociación porque trabajo fuera de casa y el tiempo lo tengo que repartir, pero siempre el poco que tengo se lo dedico a la Asociación, porque si no hubiera vuelto ese día, hoy quizá no tendría ni a mi familia, ni mis amigos, ni mi trabajo.

En cuanto a mi experiencia como consejera de otras personas, a mí personalmente me enriquece cada día más, pues cada persona es distinta, el alcohólico no es siempre lo mismo, cada uno lo vive de forma diferente aunque el problema, que es el alcohol, es el mismo.

El alcoholismo en la mujer, aún siendo en sus efectos y consecuencias bastante similar al del hombre, y teniendo algunas veces, si cabe, unas mismas pautas a la hora de beber, tiene no obstante unas características especiales de índole, sobre todo psicosocial.

La sociedad de hoy todavía arrastra prejuicios sociales o rechazos, en ocasiones bastante marcados, en contra, no sólo de la ingesta de alcohol por parte de la mujer, sino por su propia condición de mujer. De este modo sigue siendo peor vista una mujer "borracha" que un hombre "borracho".

Esta situación social explica las peculiaridades del beber clandestino de la enferma alcohólica, al ser mal visto y socialmente condenado. Especialmente la mujer embriagada o habituada al alcohol, era y sigue considerándose en muchos lugares como algo peyorativo, una mujer fácil, una mala madre, etc...

A su vez, dicha situación social tiene como contrapunto las nuevas formas de beber de los jóvenes en la actualidad.

Esta óptica colectiva está estrechamente vinculada a la clínica psico-social del alcoholismo femenino.

Con esto termino mi testimonio, espero poder ayudar a todas las mujeres alcohólicas que quieran rehabilitarse. No es fácil, pero no imposible. Yo doy fé de ello.

Finalmente, sólo puedo decir que la paz y la felicidad que disfruto en estos momentos se lo debo a la asociación. Por eso son pocas las palabras para agradecer la humana e inmejorable tarea, en la cual pienso colaborar con todas mis fuerzas.

**Relato 15. La rehabilitación con el apoyo grupal.**

*“El recién llegado va escuchando lo que han hecho los demás para mantenerse sobrios, pero sobre todo, se siente identificado por primera vez en su vida, con otra persona, independientemente del sexo o la edad, porque los efectos devastadores del alcohol son los mismos para todos.”*

Tal como yo he vivido el alcoholismo, confirmada por la experiencia de otras compañeras, es una enfermedad que abarca tres aspectos del ser: emocional [congelas los sentimientos por miedo a sufrir]; espiritual [bajísima autoestima] y físico.

Se nace siendo alcohólico, lo que ocurre que, como cualquier otra enfermedad de tipo alérgico, necesitas entrar en contacto con el elemento desencadenante para que se produzca la reacción. De ahí que muchas personas que son potencialmente alcohólicas, no lleguen a desarrollar la enfermedad por no haber adquirido el hábito de ingerir alcohol.

[ Hace algo más de siete años, unos estudiantes de biología nos pidieron a una serie de alcohólicos, una muestra de sangre para compararla con otra muestra elegida al azar entre la población no declarada alcohólica y poder establecer el porcentaje de alcohólicos potenciales].

Es muy importante que la persona alcohólica conozca que su enfermedad es crónica y progresiva, que la podemos detener pero nunca curar. Y que no es suficiente con dejar de beber. Dejar de beber es solo el primer paso. Conseguir salud emocional y autoestima es tarea posterior.

El alcohol en mi vida: desde mis primeros recuerdos cuando una realidad no me gustaba, inventaba otra, de tal manera que tanto en mi infancia como en mi adolescencia, vivía dos vidas: la real y la que empezaba cuando me metía en la cama y cerraba los ojos. Tendría unos 20 años cuando descubrí en el alcohol un aliado, era un potenciador. Me volvía más lúcida, valiente, creativa...y a partir de entonces las grandes decisiones de mi vida las tomo bajo sus efectos. Mi carrera alcohólica ha comenzado y no termina hasta enero del 93 en que acudo a alcohólicos anónimos, a los 56 años. Desde entonces no he vuelto a beber alcohol.

He vivido intensa y desgarradamente: me matriculo en ... en los cursos de Sociología de la Universidad de.... Me afilio al Partido Comunista. Trabajo en el equipo de..., que por aquel entonces era director de un Instituto de Opinión Pública. Vivo el amor de pareja hasta que me detienen en enero del 68. Me condenan a 17 años de cárcel por asociación ilícita en

calidad de dirigente y estoy en prisión hasta diciembre del 75 en que soy indultada tras la muerte de Franco. Allí empiezo a estudiar Derecho con la idea de defender a los delincuentes juveniles. Estudios que no soy capaz de terminar cuando salgo, a causa del alcohol. A la salida de la cárcel fijo mi residencia en.... Mi alcoholismo se agrava...y mi vida es un auténtico desastre. Comparto piso con otras jóvenes, trabajo en la editorial de un amigo, hago encuestas de opinión...pero mis borracheras son insoportables, por su imprevisión. Era bebedora intermitente, es decir, que podía pasarme semanas enteras sin probar el alcohol. El problema empezaba cuando tomaba la primera copa y ya no podía parar. Y yo las soportaba menos que nadie, pero no podía dejar de beber y en más de una ocasión he terminado en la comisaría de policía, en el hospital o en el psiquiátrico.

día 3-3-87, inicio una especie de diario en el que anoto: “ Los indios regresan a su tierra para morir en paz. Yo retorno a la mía para intentar vivir dentro de la realidad. Hace ya muchos años que tenía que haberlo hecho, pero no tenía valor para ello. No me atrevía a romper la imagen de una persona luchadora que no se rinde nunca. ¿Qué lucha es la que he llevado? Me he limitado a reproducir círculos de vacío interior que el alcohol me ayudaba a olvidar, para luego escupir sobre los demás mi propia debilidad. No es tarea fácil llevar a la práctica todo lo que me he propuesto. El alcohol me tiene muy atrapada, mucho más de lo que yo creía: ayer volví a emborracharme y estoy muy asustada. Sé que mientras no lo erradique de mi vida cualquier esfuerzo que haga será falso. TENGO QUE DEJAR DE BEBER. En Madrid lo he intentado muchas veces sin resultado. Valencia es una puerta abierta a la esperanza”.

Mis padres, ya ancianos, se alegran con mi regreso, pero yo sigo emborrachándome.

Me hago voluntaria de una asociación y allí establezco nuevas y positivas relaciones de amistad. Pero, aunque no consumo alcohol diariamente mi alcoholismo no puede permanecer oculto y tengo serios problemas laborales y de relación. Disgustos a mis padres, enfrentamientos con mis hermanas...la cosa va de mal en peor porque se va acortando el período de abstinencia, las resacas son horribles. Todo mi ser es un alarido silencioso de dolor. Y sé que ha llegado el momento de entregarme por completo al alcohol o buscar ayuda.

Mi familia había intentado, sin éxito, que acudiese a alcohólicos anónimos. En esta ocasión fui yo la que decidí telefonarles sin plena seguridad de que me sirviese, pues en el fondo no concebía la vida sin alcohol. Pero, la compañera que me recibió, me habló de su experiencia de tal manera, que tuve la sensación de que estaba hablando de mi propia angustia. Y ahí estoy desde entonces.

Una de las cosas que más me inquietaba cuando pensaba dejar el alcohol, era asumir mi propia vida. Tenía la sensación de que yo había tejido una tela de araña a mi alrededor de la que no me podía desprender. Estaba atrapada dentro de la imagen que daba a los demás y que no era yo. No sentía amor por nadie [quería a las personas con la cabeza, no con el corazón] y mi autoestima estaba por los suelos. Alcohólicos Anónimos, me ofrecía lo que yo necesitaba UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN PERSONAL.

Yo no fui a alcohólicos rehabilitados porque pensaba que a un profesional le podía manipular, a un alcohólico, no. El sabe que no se puede volver a beber una copa.

Las reuniones de recuperación, son cerradas, a las que si asiste un médico, psicólogo...lo hace en calidad de alcohólico, nunca de profesional, [también se realizan reuniones abiertas a las que pueden asistir familiares, profesionales de la medicina, trabajadores sociales...e informaciones públicas a las que puede asistir el público en general].

Son grupos de autoapoyo en los que se comparte experiencia, fortaleza y esperanza. Es decir, no se dan consejos, no se dice lo que hay que hacer...el recién llegado va escuchando lo que han hecho los demás para mantenerse sobrios, pero sobre todo, se siente identificado, por primera vez en su vida, con otra persona, independientemente del sexo o la edad porque los efectos devastadores del alcohol son los mismos para todos. Y sobre todo, se siente que forma parte de un colectivo que le brinda los teléfonos para que cuando sienta la compulsión pueda hablar con alguien que seguro le entenderá.

La asistencia a los grupos es totalmente voluntaria. En una primera etapa es conveniente asistir a unas noventa sesiones. Después va a depender de tus propias necesidades.

En A.A. no existe ni tutores ni consejeros. El recién, o no tan recién, llegado puede elegir de entre los alcohólicos, aquella persona que piensa que le va a poder ayudar en su problemática concreta, y que por cualquier razón no se atreve a compartir con el grupo.

En mi primera época intenté tener madrina pero no me dió resultado. Por consiguiente tampoco he ejercido como tal. Pienso que el grupo se enriquece si se comparte en él la inquietud que en ese momento te angustia. Y puntualmente, si no te atreves a plantearlo ante todo el colectivo, puedes consultar, en privado, con aquella compañera que ha solucionado un problema similar al tuyo.

Suelo asistir a A.A. una o dos veces al mes para compartir mi experiencia de vida y comunicar a los recién llegados la ESPERANZA de una vida sin alcohol. Pero, sobre todo,

asisto para recordarme que nunca podré controlar el alcohol porque el alcohol una vez has tomado la primera copa, la fuerza de voluntad no te vale para nada.

También soy la representante del grupo en el que me recupero ante la asamblea.

Mis padres murieron y ahora vivo sola en una casa grande que tiene luz, plantas y color. [podría convivir con una hermana que también vive sola y tiene una casa grande, pero ambas –aunque la mayoría de días comemos juntas- preferimos tener nuestra independencia.

El trabajo que realizo me gusta: soy coordinadora de una red de entrevistadores y gano suficiente para vivir sin lujos pero sin privaciones.

Mis sentimientos ya empiezan a descongelarse...y disfruto de la compañía de mis amigos.

Intento con todo mi ser vivir el presente y disfrutar de esta nueva concepción de libertad. ESTOY VIVA.

Todos los alcohólicos somos inmaduros.

**CAPÍTULO IX**  
**LA RECUPERACIÓN DE LA MUJER ALCOHÓLICA:**  
**APOYOS PERSONALES Y SOCIALES**



## **CAPÍTULO IX**

### **LA RECUPERACIÓN DE LA MUJER ALCOHÓLICA: APOYOS PERSONALES Y SOCIALES**

*“Hace unos años resultaba tan obvio que la asistencia en el campo de las adicciones era “cosa de hombres” que nadie se percataba, ni tenía reparo alguno, más allá de cuestiones lingüísticas y de formas literarias, en usar el masculino para referirse a la generalidad de la población atendida.” [Blanco, P.;Palacios,L; Sirvent, C. 2001:15]*

Quienes en los últimos años estudian el tema del alcohol hablan generalmente de “bebedores con problemas” o “forma de beber problemática”, en vez de “alcohólico” o “alcoholismo”, como términos que alejan los juicios morales de las personas que beben demasiado. Tanto unos términos como otros hacen más referencia a hombres que a mujeres. En este trabajo se van a usar los términos más tradicionales, no solo porque son más descriptivos sino también porque van a permitir ver más claramente los problemas que surgen de los juicios morales y que su uso conlleva, ya que todavía hay quien defiende la idea de que el alcoholismo es, en el fondo, culpa del alcohólico, del que bebe demasiado.

Los sujetos no responden de manera mecánica a factores objetivos y de orden externo. Van a reelaborar los acontecimientos, a producir una interpretación subjetiva de la realidad, a partir de la cual las personas realizan su propia definición de la situación, que será la base desde la que efectuarán las decisiones. Y en este proceso intervienen las actitudes individuales que mediarán entre las condiciones estructurales y la esfera de valores que dominan en el medio social.

En esta línea, Robert K. Merton [1980], resumió los comportamientos más habituales en función de dos variables básicas, las metas culturales institucionalizadas y los medios



para alcanzarlas. Señala cinco opciones básicas, -de las que ya hablamos en el segundo capítulo de este trabajo-: el conformista, que aceptaría tanto las metas como los medios institucionalizados de lograrlas; el innovador que acepta las metas pero trata de llegar a ellas a través de medios alternativos a los institucionalizados; el ritualista que convierte los medios en fines; el anómico, renuncia tanto a las unas como a los otros y se mantiene al margen de lo que sucede a su alrededor; finalmente el rebelde, se caracteriza por negar unas y otros y optar por metas y medios diferentes a los establecidos.

Teniendo en cuenta estos cinco tipos y tras el análisis de los relatos de las mujeres alcohólicas, los perfiles de estas parecen adecuarse al segundo y al último. El inconformismo, la rebeldía, la tendencia a no aceptar las normas, son rasgos en los que coinciden las mujeres alcohólicas, teniendo además un importante significado para ellas. Estos significados se manifiestan en aspectos muy diferentes que intentaremos ir descubriendo y analizando a lo largo del presente capítulo.

## **9.1 LA EXPERIENCIA DEL ALCOHOLISMO**

El efecto del alcohol varía según las personas y las cantidades ingeridas. En un primer momento tiene un efecto estimulante y desinhibidor, lo que, entre otras cosas, facilita la comunicación y las relaciones interpersonales.

De forma general pueden establecerse tres fases o etapas progresivas, características del proceso de adquisición del alcoholismo, que a continuación se perfilan brevemente.

En una primera etapa la persona bebe para sentirse eufórica, eliminar inhibiciones, y cobrar ánimo. La ingestión de alcohol es cada vez más frecuente, lo que hace aumentar la tolerancia al mismo. Disminuye la capacidad para resolver de forma razonable los problemas de poca importancia. Se muestra irritable y susceptible. Se buscan los efectos que produce el alcohol más que el placer de saborear la bebida.

En la segunda fase de desarrollo, la persona comienzan a sufrir lagunas mentales. Al principio son breves olvidos que ocurren durante la borrachera, que paulatinamente derivan en una pérdida total de control siendo incapaz por tanto de controlar la cantidad de alcohol que ingiere y la frecuencia con la que lo hace. Comienza a beber en solitario y furtivamente. Inventa pretextos con los que intenta justificar ante sí misma y ante su familia, su forma de beber.

Puede aparecer en esta fase, una conducta agresiva y antisocial ya que cree que todo el mundo está en su contra. Se autodesprecia y se compadece de sí misma, volviéndose más reservada en su forma de beber. En esta fase también la persona afectada suele dejar las amistades y al mismo tiempo éstas se apartan de ella. Muestra preocupación por su adicción al alcohol y durante breves períodos hace pausas con la bebida. Desea recuperarse para después beber con moderación, sin embargo no lo consigue por mucho tiempo.

Suele sufrir remordimientos persistentes después de las borracheras y promete continuamente modificar su conducta. Sin embargo es incapaz de prescindir del alcohol, siempre necesita una copa para calmar los nervios y realizar las tareas más simples.

Durante la tercera etapa, la persona bebe de forma incontrolada durante períodos que pueden durar varios días e incluso semanas. Pierde la tolerancia al alcohol. Una pequeña cantidad le emborracha. La familia sufre cada vez más y la adicción de la persona bebedora, que ya no trata de justificar su dependencia del alcohol, es cada vez más evidente. Aparecen trastornos físicos y psíquicos. Si se le priva del alcohol puede experimentar síndrome de abstinencia. Los trastornos físicos, psíquicos y sociales acaban por destrozar a la familia, su relación laboral y las relaciones con otras personas.

Sin embargo, si se quiere conocer la relación de las mujeres con el alcohol, hay que considerar que hay muchas complejidades sociales que necesitan desmenuzarse y que son invisibles. En todas las sociedades aparece un proceso de amortiguación que se refiere al modo como las personas se enfrentan al estrés de la sociedad y está relacionado con la venta legal e ilegal de sustancias adictivas y no adictivas. Estas sustancias actúan a modo de calmantes de lo que uno experimenta como emociones difíciles. Sin embargo, estas sustancias proporcionan tan sólo un alivio momentáneo frente al estrés. Ninguna sustancia puede resolver los problemas de la vida diaria y veremos cómo las mujeres tienen problemas a diario debido a factores como la responsabilidad de cuidar a los demás y el hecho de ser infravaloradas por la sociedad.

### **9.1.1 Iniciarse en el alcohol**

En el comienzo del hábito alcohólico confluyen varios factores y algunas de las mujeres consideran este momento de inicio de su hábito alcohólico, coincidente con sus primeros contactos con el alcohol, con lo cual describen una forma de beber progresiva,

proveniente de la costumbre familiar y social y potenciada por la función que el alcohol ha desempeñado en sus vidas.

“Mi contacto con el alcohol fue desde el momento en el que nací, ya que mi padre era alcohólico...” [R.-4]

“Lo que quiero decir con todo esto es que yo no hago culpable a nadie de mi enfermedad, ni porque comiera mal y siempre el vino San Clemente, que yo sabía donde estaba, era dolor y a la botella.” [R.-5].

“Mi forma de vida mientras estaba bebiendo empieza con 15 o 16 años. En guateques o fiestas tomaba un cubata o dos y algunas cervezas los fines de semana pero no me pasaba con la bebida.” [R.-9]

“Ni yo misma sé cuándo empecé a beber, supongo que con 15 años las cervezas o los cubatas, los fines de semana, como todo el mundo que me rodeaba. Por mi cabeza no podía pasar que era el principio de un infierno [impensable], sólo era una chica que se divertía con sus amigos y punto.” [R.-10].

“Un día me dí cuenta de que ya no bebía como bebía cuando hacía solamente vida social o cuando comía en casa con mi familia.” [R.-11]

“Empiezo con la bebida desde muy joven ya que en este país todo se celebra con comidas y alcohol, luego, empiezas a salir con la pandilla y quieres demostrar que eres la más marchosa y la que más aguanta. Empecé con la bebida del fin de semana y luego ya era un vinito comiendo, un carajillo etc., poco a poco fui pasando a la copa directamente y se fue haciendo habitual la de después de comer y después de cenar, el carajillo después de almorzar ; en esta época ya estaba casada y salía casi todos los días por la noche, a lo que se añade a lo anterior un par de cubatas.” [R.- 13].

Otras mujeres, sin embargo, identifican el inicio de su alcoholismo con un hecho concreto que ha favorecido su tendencia a recurrir al alcohol para poder superar ciertas dificultades ante las que no consiguieron saber cómo reaccionar. Los abusos sexuales, los problemas de personalidad o la necesidad de destacar, suelen ser situaciones, ante las cuales, las mujeres recurren al alcohol para poder afrontarlas.

“ Yo me levantaba a las 5,30 de la mañana y por la noche no podía más. Y entonces él pretendía sexo y más sexo y me obligabab a vestirme de enfermera, de camarera,

etc...para hacer juegos eróticos que no acababan nunca. Empecé a beber. Empecé poco a poco, para darme valor, para seguir, para anestesiarme...y acabó muy mal.” [R.-2].

“Y diciendo del alcohol, pues sí, cuando era mucho más joven, pues era tan tan sumamente tímida, retraída [que tengo lo que me escribieron los psicólogos del colegio] que, por ejemplo, cuando participaba en los concursos de baile [que por cierto siempre me gustan] tenía tanta, tanta vergüenza [ahora ya no la tengo tanto, algo sí], que me tenía que beber una copa de ginebra o algo, si no, no tenía “espenta” [R.-5].

“ Así que una vez al mes montaba una pequeña juerga a escondidas con alguna compañera y nos quedábamos hablando hasta las tantas. Si no nos cogieron fue, porque la verdad no fue demasiadas veces y siempre en día veinticuatro, [soy supersticiosa]. Ese fue mi primer contacto, algo virtual, con mi enemigo.” [R.-6].

También aparece alguna conducta alcohólica relacionada con otro tipo de patología asociada, como los problemas alimenticios, que denotan algún tipo de trastorno de la personalidad u otros problemas psicológicos, y que se ponen de manifiesto a través de comportamientos compulsivos en relación a ciertas sustancias como pueda ser la comida o el alcohol.

“ Cuando comencé a ingerir considerables cantidades de alcohol tendría sobre 29 o 30 años. Inclusive durante los nueve meses de embarazo bebía”.... “... Las considerables ingestas de alcohol, junto con el problema de bulimia que padecía, comenzaron a vislumbrarse, tal y como apuntaba anteriormente, sobre los 29 años”. [R.-1].

“ A los 17 años empecé a estar mal, me veía gorda, fea y pensar que nadie me quería por eso. Dejé de comer. He tenido anorexia de los 18 a los 24 años. Pesaba 42 Kg. Y aún me veía gorda. Tenía anemia, hipotensión, hipoglucemia, amenorrea...etc....” [R.- 2]

En términos generales, las mujeres que describen una forma de beber más social, comenzaron a edades tempranas los primeros contactos, llegando a adquirir el hábito de beber y la dependencia alcohólica de forma progresiva. Las que se iniciaron en edades más tardías, identifican su alcoholismo con la búsqueda del efecto del alcohol para conseguir modificar la percepción de una realidad que no les es grata.

### 9.1.2 Los motivos y las formas de consumo

Los motivos que impulsan a una persona a beber son muy variados; pero en líneas generales pueden resumirse en dos: motivos psicológicos personales y motivos que podríamos denominar "sociales". Como apunta Díez, E. [1998: 168], el primer caso está representado por el modelo de bebedor intermitente, que alterna períodos de total abstinencia con otros en los que bebe de forma compulsiva, empalmando una borrachera con otra durante varios días, al cabo de los cuales deja de beber y reanuda su vida normal hasta la siguiente crisis.

El segundo tipo de motivación, el que se ha denominado social o de alterne, es el más habitual y, en general, tiene que ver con la euforia que inicialmente provocan las bebidas alcohólicas. El alcohol potencia la espontaneidad, reduce o incluso anula los sentimientos de inferioridad y favorece los contactos sociales, lo que se manifiesta en una deshinibición exagerada. Este efecto es el que lleva a muchas personas a ingerir bebidas alcohólicas antes de enfrentarse a una situación difícil.

Las mujeres alcohólicas no buscan un motivo al que atribuirle la causa de su alcoholismo. Simplemente describen una serie de hechos en sus vidas que les han proporcionado motivos para justificar sus ingestas, pero en el fondo no se lo perdonan a sí mismas. En el transcurso del tiempo han ido descubriendo que el alcohol tenía un espacio en su vida, que cumplía una función y que era una ayuda para solucionar determinados conflictos. También con el transcurso del tiempo llegan a descubrir la trampa que encierra el alcohol, porque ese papel que le han atribuido tan solo consigue contribuir a una evasión ficticia. Descubren que no les aporta ninguna solución, ya que la creencia de que los problemas desaparecen bebiendo, es tan sólo una percepción subjetiva. Tal vez se minimizan, pero no corresponde a la realidad, porque objetivamente el problema sigue existiendo y en la mayoría de las ocasiones agravado por la ingesta alcohólica.

Cuando la mujer deja de beber, todo este razonamiento lo piensa y lo acepta, pero mientras está bebiendo se considera llena de razones para no pensar, no aceptar y seguir bebiendo.

"Yo bebo porque tengo muchos problemas psicológicos y psiquiátricos y cuando no puedo más, cuando no resisto más el sufrimiento, bebo, porque me aferro a algo para seguir viviendo. La vida me ha hecho sufrir mucho [más que la vida ha sido mi cabeza, mis problemas psicológicos], y de vez en cuando, renuncio a todo, ya no me

importa nada más, solo quiero dejar de pensar, dejar de torturarme, y me pongo a beber para autodestruirme, para acabar con todo. [R.-2].

“Como muchas chicas me casé con 19 años, llena de esperanzas e ilusiones. Pronto me di cuenta que no iba a ser como yo había imaginado. Él bebía y cuando esto ocurría, que cada vez era más a menudo, aparecían las peleas, y de las palabras se pasó a la violencia, tanto física como psicológica.... Esta situación la viví en secreto, pues me daba vergüenza que mis padres y hermanos supiesen cómo vivía. Empecé a beber cada vez más sin apenas darme cuenta; era una válvula de escape, pero cada vez el problema se iba haciendo mayor”. [R.-12]

“Desde mis primeros recuerdos cuando una realidad no me gustaba, inventaba otra, de tal manera que tanto en mi infancia como en mi adolescencia, vivía dos vidas: la real y la que empezaba cuando me metía en la cama y cerraba los ojos. Tendría unos 20 años cuando descubrí en el alcohol un aliado, era un potenciador. Me volvía más lúcida, valiente, creativa...y a partir de entonces las grandes decisiones de mi vida las tomo bajo sus efectos”. [R.-15].

Se puede atribuir una cierta responsabilidad del alcoholismo de la mujer, al conflicto de identidad que se establece en ocasiones, entre cómo la mujer se ve a sí misma o piensa que los demás la ven y cómo le agradecería verse y que la vieran. Como dice Alonso-Fernández, F. [1998: 233], : “puede aceptarse que la identidad femenina conflictiva constituye un factor de la personalidad que interviene a menudo en la etiología del alcoholismo de la mujer, activado en el mundo occidental por los profundos cambios socio-culturales registrados en los últimos decenios”.

“ Tengo marido y tres hijos, una hija y dos hijos. Cuando yo tenía una discusión con mi pareja y yo sabía que a él no le gustaba que yo bebiera cerveza, y sabía también que me hacía mal, pues yo por darles en las narices bebía. Al día siguiente me arrepentía y me maldecía” . [R.- 3].

“ Las compensaciones ahora me doy cuenta que eran pocas, pero al beber tenía una euforia increíble y luego lograba perder el conocimiento con lo que me evadía de todo, lo peor era cuando me despertaba que tenía todos los remordimientos del mundo, la cabeza siempre dándole vueltas a lo mismo, lo desgraciada que era, incomprendida, todos los males venían de fuera, era incapaz de reconocer que el problema lo tenía yo”. [R.-13].



Hace algunos años, la forma de beber de las mujeres era siempre ocultándose, en casa, y consumiendo bebidas de alta graduación para conseguir efectos con mayor rapidez. En la actualidad continúa ese ocultismo, por el juicio moral que la sociedad proyecta sobre las mujeres alcohólicas, por el hecho de ser mujeres, pero se añade otra forma de beber más abierta, más social y más pública sobre todo en las mujeres jóvenes. Hay también mujeres que beben muy compulsivamente, no necesitan beber a diario, pero en el momento empiezan a consumir pierden el control de la bebida y es impredecible cuándo van a finalizar el consumo, pudiendo estar varios días bebiendo en grandes cantidades, y teniendo consecuencias muy espectaculares.

“ Mi vida cotidiana se reducía a frecuentar todos los bares posibles y mis contactos o mis relaciones se ceñían a compartir mi alcoholismo con otras personas alcohólicas.” [R.-1].

“Llegué a beber una botella de brandy al día, pero nunca estaba borracha, porque era poco a poco, a sorbos, directamente de la botella.” [R.-2]

“...Hago encuestas de opinión...pero mis borracheras son insoportables, por su imprevisión. [Era bebedora intermitente, es decir, que podía pasarme semanas enteras sin probar el alcohol. El problema empezaba cuando tomaba la primera copa y ya no podía parar]. Y yo las soportaba menos que nadie, pero no podía dejar de beber y en más de una ocasión he terminado en la comisaría de policía, en el hospital o en el psiquiátrico”. [R.-15].

La forma en que la mujer consume el alcohol está directamente relacionada con la condición de mujer, no beben a solas porque su alcoholismo sea diferente al de los hombres. El sentimiento de culpa y la baja autoestima aparecen de inmediato, y por lo tanto las mujeres se aíslan del mundo que las rodea, pierden la capacidad de relacionarse, dejan de cumplir las tareas correspondientes al rol de mujeres, como modelo institucionalizado de comportamiento, y en definitiva, se esconden para no reconocer ni ser reconocidas.

“Empecé a beber a escondidas poca cantidad, un tercio o dos de cerveza”.... “A los cinco o seis años de separarme empecé a salir por la noche con jóvenes conocidas del barrio a bailar los viernes y sábados y entonces empecé a beber. Me bebía dos o tres wisquis. Estuve así durante tres años hasta que decidí no salir por la noche porque tenía dependencia del alcohol”....”Volví a empezar a beber al tener problemas con mi hijo...” [R.-4].

“Ya bebía a escondidas en casa y algunas veces llegaba incluso a beber en el trabajo” [R.-11].

“Mientras estuve bebiendo mi vida era una porquería, iba a trabajar pero estaba esperando el momento que los chicos se fueran al colegio para empezar a beber, pero eso sí, en mi casa y cuando estaba sola, como tantas mujeres en mi misma situación”.... “Querría hacer hincapié en que la enfermedad del alcohol no respeta ni edad ni sexo. Lo que ocurre es que beber ha sido siempre de hombres. En las mujeres está peor visto, por eso bebemos solas y en casa” [R.-12]

“...Cada vez dependía más del alcohol, bebía a escondidas, guardaba botellas en sitios que luego no encontraba, ...un desastre para mi y mi familia”. [R.-14].

Es una tragedia que algunas mujeres abusen del alcohol, sin embargo, es una tragedia mayor que mientras, por una parte, el alcohol tiene significados profundos y algunas veces simbólicos, para mujeres que sufren problemas con la bebida, por otra, estos significados sean muy poco comprendidos en la sociedad. Las razones por las que las mujeres pueden ser alcohólicas, abusar del alcohol, o hacer un mal uso de él, quedan a menudo fuera de la imagen de la sociedad.

Algunas mujeres fracasan en su intento de reflejar imágenes satisfactorias como mujeres, y ello trae consigo una doble carga para las que sufren problemas con el alcohol, puesto que además de ser víctimas del rechazo han fracasado como mujeres. Para otras mujeres, beber es como una herramienta para hacer vida social y dado que el alcohol produce un efecto desinhibidor les ayuda a sentirse más libres.

Si nos detenemos a reflexionar sobre los motivos por los que las mujeres beben, se tiene la sensación de que algo no funciona en sus vidas y el alcohol llena un vacío, o cumple una función, siendo un medio para aliviar tensiones o conseguir satisfacciones, aunque cuando pasan sus efectos vuelven a encontrar el mismo vacío.

“Bueno, a lo que vamos del alcohol, de satisfacciones no tuve ninguna, solo problemas, ya que yo a veces con poco me ponía a morir, otras me daba la risa y era otra, no tenía tanta vergüenza, pero al día siguiente, aparte de que me encontraba mal, tenía muchos remordimientos de cosas que había hecho y que no tenía que hacer. Vaya, que no me sentía bien conmigo misma y lo pasaba muy mal.” [R.-5].

“En resumen, la vida parece más sencilla con el alcohol. No se adivinan la cantidad de equívocos, oscuridad y cepos invisibles, o lo que sea, que día tras día te enreda,



hasta que no puedes saber quién eres o qué quieres. Realmente sustituye a la autoestima de tal modo, que te engaña más que el falso amigo y la desolación ante tu propia estupidez a veces es tan inmensa que te deja como un pelele por dentro y por fuera”. [R.-6].

“...Y el día a día fue haciéndose una cuesta que conseguía subir con una copa”. [R.-10]

“...Llegado a este punto te vas hundiendo moralmente, tu autoestima va desapareciendo, te sientes menos que nada. Como tantas mujeres en mi misma situación, callé, y me refugie en el alcohol, sin apenas ser consciente de que me estaba cayendo en un profundo pozo.” [R.-12].

Los estudiosos del alcoholismo vienen esforzándose desde hace muchos años por hallar en la propia persona la respuesta a su alcoholización, pero la percepción desde las mujeres alcohólicas, se limita a aceptar o no, su situación de alcohólica, sin plantearse qué les indujo al alcoholismo. Destapar las causas podría representar para muchas mujeres tener que afrontar realidades de sus vidas que nunca aceptaron ni destaparon. Es más sencillo para la mujer reconocer que cometió un error y modificar la conducta para subsanarlo.

### 9.1.3 La conciencia de alcoholismo

Lo más común en la persona alcohólica es que llegue a serlo tras una etapa inicial de bebedora moderada; no obstante el tránsito de la ingesta moderada a la excesiva y patológica, muestra un tiempo de latencia variable, ligado directamente a la disponibilidad del alcohol, la personalidad premórbida y la influencia de los patrones culturales.

Cuando la dependencia se ha establecido, la progresión suele ser irreversible, si no interviene algún mecanismo alertante que ponga en guardia a la persona. En las primeras etapas, la capacidad de control esta conservada, no sintiendo la necesidad de abstenerse por ausencia de motivos que así lo aconsejen, la tolerancia de dosis elevadas suele aumentar y el corte radical de la bebida no produce trastornos ni ansiedad. Más adelante puede fallar este control, o la abstinencia representar un gran esfuerzo de voluntad, pero cuando se empieza a justificar con argumentos inconsistentes, para autoprobarse que no hay razón para dejar de beber, está entrando de lleno en la dependencia psíquica.

En nuestro estudio, todas las mujeres han alcanzado un nivel de dependencia hacia el alcohol lo suficientemente elevado como para necesitar una ayuda terapéutica importante y especializada, pero el nivel de aceptación de su alcoholismo es muy diferente de unas a otras.

“Me llamo..., tengo 38 años. Soy alcohólica.” [R.-1].

“Me llamo...y antes que nada quisiera aclarar que yo no me considero exactamente una alcohólica.” [R.-2].

“ Soy ama de casa y soy alcohólica.” [R.- 9].

La distancia entre aceptar la etiqueta del alcoholismo o considerarse bebedora excesiva es fundamental para alguna de las mujeres, ya que traspasar ese umbral supone modificar el modo de abordar su situación.

“...No me considero alcohólica, comprendo que me he pasado con la bebida”. [R.-3].

Una salida bastante airosa de este dilema, la encuentra la mujer alcohólica, considerándose enferma. La enfermedad es común al resto de las personas que no son alcohólicas y abundando en ello, todas las personas son susceptibles de adquirir una enfermedad, con lo cual la línea divisoria entre lo normal y lo anormal se difumina.

“...Aunque me ha costado mucho asumirlo, sé que estoy enferma y no me victimizo por ello, sino que intento pensar que esto es lo que soy y lo que tengo, pero tengo la suerte, y es lo que me gusta creer, que es una enfermedad que como se dice, aunque es crónica se puede vivir con ella, siempre que te mantengas abstinente y rehagas tu vida y le encuentres sentido sin ir ciega.” [R.-7].

“Al principio te ves como un bicho raro porque piensas que tú no estás realmente enferma, que los que están enfermos son ellos y que tú solamente estás allí para convencerlos que tú no eres como ellos y que estás bien. Pero cuando acabas la primera sesión serena y empiezas a darle vueltas, te das cuenta que estás igual que ellos o peor. Y ahí es cuando empiezas tu lucha interior y empiezas a analizar el cómo y el porqué has podido llegar a una situación así y cómo puedes llegar a solucionarla. Y lo primero que tienes que hacer es empezar la rehabilitación.” [R.-11].

Hay también otros discursos para aceptar el alcoholismo, que son de tipo más determinista para la alcohólica y que corresponderían a tendencias o teorías fisiopatológicas. La creencia en este tipo de enfoques proporcionan una efectiva justificación de la propia conducta alcohólica, ya que la adquisición del hábito o la dependencia, estaría en función de elementos externos a la persona y de alguna manera incontrolables por uno mismo.

“Se nace siendo alcohólico, lo que ocurre que, como cualquier otra enfermedad de tipo alérgico, necesitas entrar en contacto con el elemento desencadenante para que se produzca la reacción. De ahí que muchas personas que son potencialmente alcohólicas, no lleguen a desarrollar la enfermedad por no haber adquirido el hábito de ingerir alcohol.” [R.-15].

#### **9.1.4 Consecuencias asociadas al consumo excesivo**

En el curso evolutivo de la enfermedad alcohólica se originan problemas de gravedad variable en el seno de la unidad familiar, que van desde el simple desajuste a una clara situación de degradación, pasando muchas veces por la separación conyugal y disgregación de los distintos componentes del grupo, lo que propicia frecuentemente la aparición de conductas antisociales.

Las consecuencias familiares del alcoholismo aún son más catastróficas en el caso de la mujer alcohólica, debido al importante papel que desempeña en la coordinación práctica y afectiva de los distintos miembros familiares, así como su papel consensuador.

También la inestabilidad que se respira en el hogar alcohólico, comporta carencias afectivas en los hijos que recurren al apoyo emocional de la pareja no alcohólica o a otros apoyos disponibles.

Las habituales embriagueces de la madre alcohólica dan lugar a situaciones límite en el seno del hogar. Los hijos se sienten indefensos ante las conductas absurdas de la madre, y a falta de un modelo parental adecuado, lo buscan en ocasiones en grupos de adolescentes, corriendo así nuevos riesgos.

En el grupo familiar existen verdaderos problemas a causa del alcohol y muchas familias tardan tiempo en percatarse del problema del alcoholismo de uno de los miembros, porque sucede de forma insidiosa, y hace que las relaciones familiares se vayan

deteriorando paulatinamente, creando una serie de conflictos, que hasta después de haber transcurrido mucho tiempo, no se relacionan con la ingesta alcohólica.

Podemos dividir las consecuencias del alcoholismo en la familia en cuatro grados, [Freixa, F. 1981:438]:

- ✦ Desajuste familiar: cuando se ha alterado de una manera u otra la dinámica de la familia. Cuando las relaciones familiares se interfieren, por tensiones que afectan la buena marcha del grupo familiar. No se llega a la separación, pero los miembros de la familia se han visto afectados, ya individualmente, ya en sus relaciones intra o extra familiares. Aquí el paciente sufre ya una marginación familiar, que todavía puede ocultar a los ojos de la sociedad.
- ✦ Separación conyugal: cuando por causa de una conducta alcohólica de uno de los cónyuges, o de los dos a la vez, ha habido separación legal, o cuando viven bajo el mismo techo, pero de hecho separados.
- ✦ Disgregación familiar: cuando todos los miembros de una familia se han visto afectados por las consecuencias de la enfermedad de uno de ellos, y se han separado todos ellos desentendiéndose del núcleo familiar. [Hay pacientes que cuando llegan a tratamiento no tienen contacto con su familia desde hace muchos años].
- ✦ Degradación familiar: Como consecuencia de un alcoholismo prolongado y una conducta alcohólica grave, las relaciones familiares son tan malas o nulas que el alcohólico no puede contar para nada con la ayuda familiar. Otras veces las relaciones familiares son violentas, llegando a agresiones verbales e incluso físicas por ambas partes.

Las mujeres alcohólicas recuerdan y reconocen que durante el tiempo que han estado bebiendo, los primeros en sentir y vivir las consecuencias de su alcoholismo han sido los hijos. Este hecho no aparece tan sólo de una manera puntual mientras la mujer bebe en exceso, sino que repercute en el desarrollo emocional y conductual de los hijos. En ocasiones los efectos de la situación vivida aparecen con posterioridad, manifestándose enfermedades o problemas cuyo origen podría atribuirse, al menos en parte, a las carencias experimentadas durante la infancia por el efecto producido por el alcoholismo de la madre, en la estructura familiar.

“ En el trabajo nunca me afectó. En casa sí porque me ponía irritable y me enfadaba con mis hijos sin motivos.” ... “...Mi hija tiene anorexia desde mayo de este año, mi hijo no encuentra trabajo.” [R.-4].

“Fueron tiempos difíciles para mi hijo, cambiando de casa, entre guarderías, personas a sueldo, o con amigos, entre intervenciones y recaídas. Me indignaba a veces y me abatía otras.” [R.-6].

A este hecho evidente del sufrimiento de los hijos y las repercusiones que conlleva, se une otra consecuencia derivada de las ingestas alcohólicas, que las mujeres relatan como un aspecto primordial dentro de la cotidianidad de sus vidas, como es el abandono de las tareas propias del rol de la mujer en el hogar.

“ Durante casi dos años estuve bebiendo todos los días, sobre todo por las tardes, pero al final era todo el día. Llegué a beber más de una botella de whisky, una burrada. Me pasaba el día bebiendo, mi casa hecha un desastre, en el trabajo fatal, y siempre discutiendo. Lo único que atendía era a mi hijo, todo lo demás me daba igual, odiaba a todo el mundo. Supongo que fue por mi hijo por quien decidí poner algo de mi parte.” [R.-10].

“...Y muchas veces ya me iba de casa bajo los efectos del alcohol, aunque posiblemente lo disimulaba bastante bien cara a la gente, aunque en mi familia ya lo notaban desde hacía tiempo. Dejé de lado las faenas de casa y me empezó a dar igual todo, incluso aunque me duela reconocerlo ahora que estoy abstínente, me dejó de importar el bienestar de mi marido y de mis hijos.” [R.- 11].

A nivel de las consecuencias personales producidas por el alcohol, es frecuente también que aparezcan otras patologías que no sólo se asocian al inicio del consumo, si no que se difuminan entre las consecuencias derivadas del mismo, siendo difícil diferenciar qué apareció primero. Hablaríamos pues de una patología dual.

Algunas mujeres, incluso, se sienten más justificadas si padecen cualquier otra enfermedad de la cual –al contrario que con el alcoholismo- no han de avergonzarse.

“He olvidado explicar que mi enfermedad es trastorno de la personalidad y trastorno de la afectividad con rasgos esquizoides.” [R.-2].



“Cogí una depresión de la cual me costó salir un año y decidí separarme. A partir de ahí volví a vivir aunque seguía sin quererme a mí misma.” [R.- 4].

“Tal vez mi vida no era sana, incluso sin alcohol, tenía insomnios, necesitaba pastillas para dormir, mucho café para trabajar y no llevaba ningún orden en mi vida. Hasta que caí en una crisis bastante profunda y me llevaron a un psiquiatra”...”Tuve una crisis depresiva hace seis o siete años y desde entonces subidas de ánimo y bajadas, como una distimia o algo así”. [R.-6].

## 9.2 ALCOHOLISMO Y SOCIALIZACIÓN

Una gran parte de las mujeres alcohólicas han experimentado en sus vidas situaciones traumáticas o hechos incomprensibles en su niñez que han intentado superar con la intuición y el sentido común y de los que han aprendido formas de comportarse y conductas de defensa a través del mecanismo ensayo – error.

Según Rubio, G; Blazquez, A [2000:327], múltiples factores se han asociado al inicio y desarrollo de los problemas de alcohol en la mujer, [genéticos, socio-culturales y psicológicos]: los factores genéticos condicionarían una mayor sensibilidad bio-metabólica. Entre los factores socio culturales se encontraría la irrupción de la mujer al ámbito laboral, aproximación a patrones de conducta masculinos, liberación de tabúes y el aumento de la prevalencia en amas de casa. Los factores psicológicos más frecuentes son los conflictos en el rol sexual, sentimientos de baja autoestima y el estrés de la vida adulta.

### 9.2.1 Recuerdos de una vida: vivencias y sentimientos

Han sido vivencias duras e inconfesables las que, durante años, han modelado la estructura de la personalidad de las mujeres alcohólicas y les ha impedido conocer una manera equilibrada de sobrevivir en su medio. En este sentido el alcohol ha sido una ayuda y a la vez una trampa. Al encontrar alivio en la ingesta de alcohol, la conducta se repite hasta adquirir dependencia de él.

“Me refugiaba en el alcohol para afrontar mi vida que cada día iba más a la deriva. La satisfacción que me proporcionaba el alcohol, se basaba en que era el único medio

para aislarme, o no enfrentarme a la realidad que cada vez se tornaba más dura.” [R.-1].

“A la edad de 10 a 12 años mi hermano el mayor me violó y me dijo que si le decía algo a alguien me mataría. Pensé que me había ocurrido esto por mi culpa.” [R.-4].

“ Bueno, hasta los siete años fui hija única y tal vez esto influyó en que mi madre se preocupara tanto de mi en ciertas cosas. Al ser poco comedora y como era normal en aquellos años me daba el típico vino quinado con un huevo. Lo que ella nunca supo, es que yo, además lo tomaba a escondidas y siempre antes de salir a la calle, pues eso me daba fuerzas para soportar las violaciones que sufría de un anciano vecino....” [R.-8].

Aunque el abuso sexual en sus diversas formas, incesto, vejación, violación, ocurre tanto en hombres como en mujeres, la incidencia y prevalencia de los abusos sexuales es mayor en las mujeres.

Los efectos del abuso sexual tiene diferentes características dependiendo de la etapa específica del desarrollo, así como también la gravedad de las consecuencias está relacionada con otros factores como la duración y frecuencia del acto abusivo, el tipo de relación con el agresor, el tipo de abuso sexual padecido, la edad de la víctima y otros parámetros como la reacción de la familia ante la revelación del acto abusivo y el apoyo con el que cuente la víctima en general. Según Orte, C. [2000:32], los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a corto y largo plazo en la mujer, incluyen conductas de aislamiento, baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, tendencia al consumo de alcohol y drogas, tendencia al suicidio, desórdenes en la alimentación y riesgo de nuevos abusos sexuales, sentimientos de aislamiento y estigmatización. [ Vazquez, B. 1995; Lopez, F.1995; Cantón, J. y Cortes, M.R. 1997.].

La asociación entre sexualidad femenina y consumo de drogas no es algo nuevo y la importancia de estos temas en sí mismos merece un tratamiento profundo e individualizado, que sin embargo no ha recibido un interés especial y exhaustivo por parte de los investigadores.

Por lo general, como ya se ha comentado anteriormente, las mujeres no relacionan las dificultades que han experimentado en la niñez, -del tipo malos tratos, falta de afecto, abusos sexuales, complejos...- con su hábito alcohólico años después. Tienen un recuerdo muy nítido de su sufrimiento en la infancia y en la adolescencia. Sufrimiento que no han

compartido con nadie, y del que incluso se avergonzaban por el hecho de sentir la censura y la represión familiar y social, a causa de ser mujeres y experimentar situaciones o sentimientos que se salían de la norma, aunque éstos fueran provocados por otras personas.

“ Pero no se me olvidará su nombre en la vida...en cola la clase para confesarnos, cuando me tocó a mí [yo ya tenía once años y ya tenía el período y me sentía muy incómoda], el cura me dice que entre, y dentro cierra la puertecita y me pone encima de él, y mis compañeras a ambos lados del confesionario, que estaban las cortinitas abiertas, mirando y riéndose. Yo que siempre callaba y me acuerdo las ventanas del confesionario eran una reja como pastillas juanolas y todos riéndose y yo dentro encima del Padre y recuerdo que llevaba dos coletas y estaba tan nerviosa que no paraba con las dos manos de darles vueltas y cuando salí, todo risas y burlas. Se lo dije a mi madre y me dijo que eran tonterías y mentiras. Y a veces se lo recuerdo y creo que tiene algún resentimiento, como reacciona, porque ya me pasarán muchas cosas por un estilo.” [R.-5]

La conformidad es un modo de adaptación social que la mujer asume y los demás le adjudican. Pero de manera inconsciente, algunas mujeres pueden haber recurrido al alcohol porque es un elemento que les proporciona el suficiente grado de desinhibición para ser capaces de mantener posturas poco conformistas. Esta conducta les pesa porque revierte negativamente sobre ellas y aumenta el sentimiento de culpa, de manera que reflexionan insistentemente sobre su propio comportamiento intentando encontrar una explicación válida que les justifique. Se sienten diferentes al resto de personas y en el fondo eso les consuela y a la par les martiriza.

“...Yo no culpo a nadie nada más que a mí por ser vulnerable o ser una de las más rebeldes por mirar donde no debía y curiosear, aunque nunca conté nada...” [R.-5].

“No sé, la cuestión es que guardo muchos silencios y procuro dar una opinión secundaria, como si me disculpase. Hasta creo que me disculpo cuando me ataco a mí misma”... “Las personas de mi alrededor me parecían distintas a mí, no las comprendía, no sus motivaciones, pero deseaba ser como ellas, sin complicaciones reales o no. Aquellos años fueron duros y vendrían peores porque cuanto más buscaba yo ilusiones o esperanzas antes se desvanecían”. [R.-6].



La conformidad y el cumplimiento de la norma social, se le impone a la mujer por encima de su individualidad, en mayor medida que al hombre. La estructura social ha sido muy poco permisiva con conductas que no acatan la norma, los valores y las instituciones sociales, si quien pretende alterar el orden establecido es la mujer. El consumo excesivo de alcohol en las mujeres, supone una ruptura total con los modelos dominantes, pero al mismo tiempo tiende una gran trampa, en la que, en la mayoría de ocasiones las mujeres sucumben.

Llegan a comprender que la modificación de metas y medios culturales no es solamente una cuestión de individualidades, que puede conseguirse con respuestas personales y que implican además grandes riesgos. La mujer alcohólica aprende esto tardíamente, ya que suele entenderlo durante el período de rehabilitación, tras haber pagado un alto precio. Las mujeres van intentando desarrollar actividades que den sentido a sus vidas pero las van impregnando de alcohol y no logran conseguir sus fines.

“...Dejé realmente de ser yo para convertirme en alguien que realmente ni yo conocía, seguía siendo la mujer simpática, sociable y agradable que yo creía que a la gente le gustaba, pero todo era una máscara y tenía siempre que llevar alguna copa de más para yo sentirme de esa manera. Mi familia más cercana, mi madre y mi hermana, intentaron darme consejos y ayudarme a su manera, pero yo realmente estaba ciega y no hacía caso a nadie. Yo pensaba que estaba bien y que bebía porque quería y el día que quisiera lo dejaría, así que siempre estábamos enfadadas y estaba haciendo la vida imposible a mi madre y a toda mi familia. Bueno, en pocas palabras, dejé de quererme a mí misma y empezó mi autodestrucción.” [R.-11]

“...Vivo el amor de pareja hasta que me detienen en enero del 68. Me condenan a 17 años de cárcel por asociación ilícita en calidad de dirigente y estoy en prisión hasta diciembre del 75 en que soy indultada tras la muerte de Franco. Allí empiezo a estudiar Derecho con la idea de defender a los delincuentes juveniles. Estudios que no soy capaz de terminar cuando salgo a causa del alcohol. A la salida de la cárcel fijo mi residencia en.... Mi alcoholismo se agrava...y mi vida es un auténtico desastre.” [R.-15].

Los recuerdos de su vida pasada están lógicamente impregnados de vivencias desagradables alrededor del alcohol. Las relaciones con familiares y amigos derivan en mecanismos estandarizados para mantener el contacto con ellos, puesto que lo único que le interesa a la mujer alcohólica es seguir bebiendo. Cuando las mujeres se percatan de este

hecho se avergüenzan de tal modo que han de ocultarse de los demás y de sí mismas, lo que consiguen, por supuesto, con la bebida.

“El llegaba a casa yo siempre estaba durmiente o somnolienta. El llegó a buscarme las botellas de alcohol por debajo de los armarios de la cocina y tirármelas, pero yo volvía a comprar. Había días que no tenía ni ropa para ponerse porque yo ni siquiera se la arreglaba, y había noches que si el no hacía la cena, no cenaba nadie porque yo me dormía. Menos mal que esa pesadilla ya ha pasado. Una de las cosas más importantes es que ya no me siento culpable, ha pasado y ya está solucionándose, aunque nos está costando mucho.” [R.-11].

Las mujeres establecen en muchas ocasiones una separación entre lo de fuera, el mundo, y ellas y su cuerpo, lo de dentro. Como si hubiera una barrera, una frontera donde se catalizan las experiencias. [Esteban, M.L. 2001:96]. Esto es más patente en las situaciones en que algún proceso de su vida es más manifiesto como pueda ser el alcoholismo. En estas situaciones se presenta en muchas mujeres una contradicción entre los dos mundos, el de fuera, el exterior que se equipara también con el de la actividad pública, y el de dentro, que en muchas mujeres transcurre paralelamente al de la actividad doméstica

“Aunque, yo he trabajado fuera de casa, y en mi trabajo nunca me han visto mareada y ni mi familia lo saben ni amigos míos, tampoco me han visto nunca que he bebido.” [R.-3].

“Los insomnios por preocupación son más frecuentes y no hay pastilla que me haga dormir, sólo el tiempo y el derrumbe emocional o físico, me hacen volver a recuperar el sueño que cada día echo más en falta, porque quisiera un despertar menos agobiante y opresivo, en los que se piensa que es una lástima no haberse quedado frita.” [R.-6].

“Respecto a mis amigos, apenas tengo ninguno del pasado, la mayoría me conocen como soy ahora. En el mundo laboral nadie sabe nada de mis problemas porque me he integrado bastante bien y pienso que no es necesario que les hable de ello...” [R.-7]

“Mientras esto ocurría me iba deteriorando físicamente, te sientes mal, avergonzada, casi una basura, además se suma el problema monetario que también se nota. Todo son problemas y ninguna satisfacción.” [R.-12].

La mujer alcohólica es con frecuencia una persona con cierto grado de asocialidad. De ello tiene conciencia siempre, aunque la claridad con que percibe su desajuste, varía de unas mujeres a otras. Generalmente emplazadas en un medio que les censura, procuran disimular la gravedad de su dependencia y por añadidura se encuentran muy incómodas frente a sí mismas. La soledad y la culpabilidad les abrumba. Por otro lado, sienten el impulso de defenderse de esta imagen que ella y los demás tienen de sí mismas. El resultado de esta compleja situación se canaliza hacia dos extremos, observándose una baja autoestima y en ocasiones una tendencia hacia la autodestrucción. En el otro extremo una imperiosa necesidad de justificarse y remontar la realidad alcohólica.

“He intentado suicidarme siete veces con alcohol y pastillas y dos veces tirándome del séptimo piso, pero siempre salgo, porque en realidad yo no quiero morir, yo quiero vivir, vivir como todos, con los problemas normales de la vida que todos tenemos, pero mi cabeza no me deja vivir...”...”...Y lloraba, lloraba sin parar, me sentía muy triste y desgraciada, y sabía que la razón era que no quería seguir viviendo bajo su tortura psicológica, pero no quería aceptarlo y así seguía bebiendo y autodestruyéndome.” [R.-2].

“...Yo sólo quería morir, hasta lo intenté, idiota de mí, debí de haber previsto que me podían encontrar...” Y yo sólo recuerdo mucha soledad, un vacío tan enorme como si estuviese sola en el mundo, viendo un espectáculo de gente que vivía, reía, sufría, hablaba cosas que yo no entendía. En fin, que vivía como en un sueño extraño entre depresiones, pastillas y alcohol cuando me daba un arrebató. Lo cual, no ayudaba a mi equilibrio.”. [R.-6].

Algunas mujeres cuando llegan al alcoholismo, ya han atravesado situaciones conflictivas en su infancia y juventud. Por el hecho de ser mujeres en el seno de una familia, han ocupado un lugar inferior y hasta en ocasiones han sido víctimas de malos tratos o abusos sexuales ante los cuales optaban por el ocultismo, la soledad y por supuesto la culpa. El sentimiento de culpabilidad no sólo surge de la propia mujer sino que en ocasiones es fomentado incluso por la propia madre.

“Todos en casa sufrimos malos tratos tanto física como psicológicamente y nunca pude contar con el apoyo de mi madre.... Vivíamos en un quinto piso y pensé muchas veces tirarme al vacío porque yo era una mala persona.... Cuando llegamos a casa le dije a mi madre lo que me había hecho mi hermano y me contestó que ella se

imaginaba algo pero que era culpa mía ya que ella había tenido dos hermanos y no había ocurrido nada de eso.” [R.-4]

El sentimiento de culpa y la soledad, son en la alcohólica dos constantes que se repiten a lo largo de sus vidas, antes, durante y después de su experiencia alcohólica. Durante la infancia han recibido un tipo de educación sexista que predispone a las mujeres para soportar situaciones en las que se las minusvalora o agrede emocionalmente. Estas situaciones las vivencian con cierta normalidad, porque están enmarcadas en el papel que deben desempeñar como mujeres, de forma que los modelos de la niñez se repiten después en la edad adulta.

“Él cada vez me torturaba más, me criticaba, me hacía la vida imposible, y yo tragaba todo lo que me decía, me creía todas sus críticas y me sentía culpable, como si fuese culpa mía no ser como él quería que fuese” [R.-2].

Hay autores [Arboles, J. 1995; Alonso-Fernández, F.1998;] que defienden que la mujer tiene un condicionamiento psicopatológico más pronunciado que el hombre y su llegada al alcohol es más tardía. Aunque cada vez hay más mujeres que se incorporan al hábito social de beber y por esa vía llegan al alcoholismo, también es cierto que la mujer atraviesa una etapa de latencia del alcoholismo, durante la cual las relaciones con el medio y los condicionantes impuestos a las mujeres, le van induciendo y propiciando el desarrollo de la dependencia. Durante este periodo la relación existente entre alcohol y soledad es totalmente íntima e intensa. El sentimiento de soledad lo describen las mujeres alcohólicas como una vivencia anterior incluso a la instauración del hábito alcohólico.

“...Si en el fondo una casa como era la nuestra, siempre llena de gente y de animales, pues sí a veces te encontrabas sola en el sentido de que ya desconfías, aunque cara a la familia seas la niña, pero ya procuras por tu bien no contar nada, ni que notaran que sintiera nada,...” [R.-5]

“Se fue desarrollando. Cuando me vine a Valencia, yo soy una mujer con hermanos y padres, pues al estar aquí me sentía un poco sola y los echaba de menos. Y bebía un poco más. Y cuando tuve a mi hija me hacía un poco más de compañía, pues mi marido se iba a trabajar y yo estaba con ella sola, pues con mi suegra y cuñados no tenía tanta relación y entonces bebía cada día un poco más y a escondidas.” [R.-9].



“Estos tres meses fueron horribles. Al estar embarazada no bebía, pero cuando dí a luz y caí en una depresión, todo fue muy rápido, en menos de un año ya me escondía en casa para beber. Mi padre no estaba, tenía un bebé, un horno con mucho trabajo y en un barrio nuevo sin amigos. Sólo mis suegros y mi marido y su hermano.” [R.-10]

“Cuando mi empresa estaba en fase de cierre nos fueron quitando el trabajo y llegué a estar las ocho horas sin hacer absolutamente nada, por lo que me despedí y me fui a vivir a ... dónde mi marido trabajaba, allí me encontré sin trabajo y un núcleo cerrado y hostil con la gente que mi marido salía. Me fui encerrando en casa y ahí comencé a consumir en solitario.” [R.- 13]

Entre los recuerdos de las experiencias vividas, sobresale asimismo, las pérdidas de los seres queridos, aflorando de nuevo y en conexión con ello, los sentimientos de soledad. La baja tolerancia a las frustraciones y contradicciones de la vida supone para muchas personas un bache profundo que requiere de madurez y adaptación para sobrepasarlo adecuadamente. Cuando una persona no dispone de los recursos emocionales y los apoyos sociales necesarios, la superación de las contrariedades y los conflictos se le antoja como las montañas inalcanzables para quien no practica el alpinismo. Los recursos personales y sociales para la mujer, no se le ofertan con facilidad ya que es ella la que tiene que demostrar fuerza y servir de soporte. A muchas mujeres este sentimiento de incapacidad de respuesta ante las adversidades, les desagrada y les deprime por no estar a la altura de las demandas que la ocasión les requiere. Por lo tanto la muerte de seres cercanos han de sobrellevarla con valor y entereza, exigiéndoles más que a los hombres, porque ellas deben ser el puntal en el que los demás se apoyen. Sin embargo, no todas las mujeres se sienten capaces de abordar las pérdidas de las personas queridas con racionalidad y valentía. Por el contrario, pueden aparecer reacciones que causen diferentes efectos, tales como la autocompasión, la soledad y la justificación para recurrir al alcohol.

“Hace ya unos 18 años que tuve muchas pérdidas de seres queridísimos, pues faltó mi madre, hermana y un sobrino, hijo de mi hermana. Este se metió en la droga y eso hizo que yo, a veces, me refugiara en la cerveza...” [R.-3].

“Yo no conocí a ninguno de mis cuatro abuelos....”....”.... Quitando de mi tío sordomudo que le gustaba bañarse temprano y se ahogó...”....”....Mi tío P que lo quería mucho... no pasa nada, que tu tío P..se ha colgado en la entrada de tu casa”.  
... “...El pequeño que es de mi edad [como todo me lo ocultan y me entero luego]

creo que murió por drogas..." "...El otro P...murió de SIDA y solo queda K de los cuatro hijos, y al cabo de dos años de casarme que estuvo en mi boda, luego me entero por segundas que se tiró por el deslunado. Así que la familia de mi padre es un desastre... Y así vamos y yo no entiendo nada de nada, por más que lo quiera comprender pero así es la vida...¿no?". [R.-5].

Las mujeres pueden experimentar el consumo de alcohol de forma positiva o negativa. El alcohol para muchas mujeres puede ser una sustancia relajante o que le ayuda a hacer vida social, por lo que en un principio consideran básicamente sus efectos como beneficiosos. Las contrariedades cotidianas y los aspectos negativos que abundan en la vida de muchas mujeres alcohólicas, se minimizan con el consumo controlado de alcohol. También el alcohol ayuda a las mujeres a hablar más libremente, sin miedo, a diferencia de cuando se encuentran sobrias. Por lo tanto puede ser una sustancia que proporciona alivio a tensiones y carencias. Entre estas carencias que una mujer intenta suplir por diversos mecanismos, es frecuente la falta de afecto. Esta escasez de afecto que manifiestan, aparece en ocasiones a edades muy tempranas, ya en el seno de sus familias de origen y prosigue más tarde cuando entablan nuevas relaciones y crean su propia familia.

"He sufrido mucho de niña por falta de amor. Soy la mayor de seis hermanos y mi madre se desentendió de mí apenas fui un mínimo autosuficiente. Yo crecí convencida de que mis padres no me querían, aunque ahora sé que no era verdad, pero nunca tuve cariño, atenciones y mimos de ellos, simplemente porque no llegaban a atender a seis hijos a la vez." [R.-2].

"Sí, estuve tres años sin beber, pero triste, no sé, me faltaba algo y creo que era amistad y amor, afecto, no sé creo que yo misma me puse una careta para que nadie me hiciera daño". [R.-5]

Lo importante de estas vivencias es la percepción de desamor que siente la mujer a lo largo de su vida y la incapacidad que cree tener para modificarlo por sí misma. Intimamente unido a este sentimiento aparece una baja autoestima que posteriormente intenta recuperar por todos los medios cuando ha dejado de beber, como se desprende de algunos relatos.

"Me torturo continuamente, no tengo ninguna autoestima y no consigo afrontar la vida que me ha tocado vivir." [R.-2].

“Me cojo a mí misma y al valor que para mí ha empezado a tener mi vida. Ya no me siento sucia ni avergonzada, aunque los recuerdos siempre atormentan de vez en cuando.” [R.-7].

“ Una de las cosas que más me inquietaba cuando pensaba dejar el alcohol, era asumir mi propia vida. Tenía la sensación de que yo había tejido una tela de araña a mi alrededor de la que no me podía desprender. Estaba atrapada dentro de la imagen que daba a los demás y que no era yo. No sentía amor por nadie [quería a las personas con la cabeza, no con el corazón] y mi autoestima estaba por los suelos.” [R.-15]

Las mujeres alcohólicas no son culpables, son tan solo víctimas de una situación que ni ellas mismas comprenden. Pero no pueden explicar su alcoholismo más que a través de la culpabilidad y por ello se limitan a expresar sus necesidades, a manifestar los sentimientos de miedo ante un futuro incierto y por lo tanto a solicitar ayuda a través de “necesitar algo”. No piensan que tienen derecho a ese apoyo y por lo tanto no exigen, sino que manifiestan necesidades, como esperando que se les otorgue un favor.

“Necesito el afecto desinteresado y el cariño de J...de mi hijo, padres y hermanos. Lo NECESITO como el aire que respiro”. [R.-1].

“ Necesitamos amigos, salir, relacionarnos con la gente. No podemos continuar los dos solos encerrados en casa, pero no sé ni por dónde empezar. Necesitamos ayuda, pero no sabemos ni siquiera a quién pedírsela. Pero lo conseguiremos. Tenemos que conseguirlo. Quiero vivir y quiero ser feliz y sobre todo quiero con toda mi alma a mi novio y él me quiere a mí. Tenemos que conseguirlo. Nos merecemos ser por fin felices. Necesito encontrar la paz, la serenidad en mi vida para empezar a luchar con uñas y dientes por mí y por él. Quiero vivir, quiero vivir con él, quiero vivir.” [R.-2]

“ Sólo pido energía para estar alerta y no confundirme, no equivocarme tantas veces qué es lo primero. No estar tan ciega y que los dioses nos protejan a todos del dolor que no se extingue.” [R.-6].

Las relaciones familiares de la mujer alcohólica abarcan tres ámbitos que en sus discursos aparecen claramente diferenciados. Uno de ellos es la relación que mantienen con sus familias de origen, el otro la relación con la pareja y el tercero la relación con los hijos.

## 9.2.2 Las relaciones con la familia de origen

Tanto la familia de origen como la familia formada tiene un significado central en la vida de todas las mujeres.

En el marco teórico de este trabajo se ha expuesto el papel de la familia en nuestra sociedad como elemento básico en la socialización de los individuos. También hemos visto cómo las funciones de la familia, como institución social, han ido modificándose con el transcurso del tiempo, pero también es cierto que algunas de las funciones son inherentes a la familia y no a otros grupos sociales. En este sentido cada familia establece un modelo de funcionamiento para adaptarse al contexto en el que se desarrolla.

Cuando una familia que vive en la aparente tranquilidad de que nunca pasa nada, ha de admitir que algo en su interior está en crisis, suele reaccionar en primer lugar negando dicha crisis y en segundo lugar, cuando esto se hace imposible, se pierde la tranquilidad y objetividad necesaria para mantener el normal funcionamiento.

Además de tener una estructura compuesta por roles y funciones de cada uno de sus componentes, la familia puede contemplarse como un proceso evolutivo que a medida que se desarrollan sus miembros, presentan en cada momento del proceso unos rasgos característicos, unas necesidades funcionales, unas tareas concretas. La madre es normalmente el individuo más importante tras el nacimiento del niño, pero la naturaleza de las relaciones establecidas entre madres e hijos están influenciadas por la forma, la regularidad de dicho contacto y los problemas que puedan existir.

Las mujeres alcohólicas, intentan mantener el nexo de unión con sus familias de origen aún después de haber constituido su propia familia nuclear. Se puede apreciar en algunos casos un apoyo incondicional por parte de los familiares, especialmente la madre o alguna hermana, que intervienen en los momentos de crisis de la mujer con su pareja, o que permanecen ocupándose de las mujeres si éstas son solteras. En muchos casos son los familiares los que presionan a la mujer alcohólica para ponerla en tratamiento.

“Así que forzada por mi madre que no podía más y no sabía ya que hacer, [vivíamos solas] entré en Proyecto Hombre para desintoxicarme y rehabilitarme. Tenía esa opción o la de seguir con la misma vida pero sin ella. Acepté el tratamiento.” [R.-7].

“...Y así día tras día durante ocho años hasta que un día me pasé tanto, que mi hermana vino a verme porque a las tres de la tarde estaba durmiendo y a las siete continuaba. Estalló todo y reconocí ante ella lo mal que me encontraba en todos los



aspectos y tomé la decisión de poner fin a esta situación y acudir a un centro donde me pudieran ayudar, de eso hace hoy dos años.” [R.-13]

Sin embargo también hay situaciones en que la familia de origen, aún sin pretenderlo, ha dejado una huella muy negativa en la alcohólica, por sucesos ocurridos en la niñez que permanecen muy vivos en la mente de la mujer a pesar del tiempo transcurrido.

“En ese momento no se a quien odié más si a mi madre o a mi hermano, porque me destrozaron la vida desde los 14 a los 19 años.” [R.-4].

En los casos en los que continúa la convivencia de la mujer con sus padres, éstos ejercen una presión que es vivida negativamente, probablemente por ambas partes, por lo que implica de control y censura.

“En el sentido que mi cambio creo que ha sido bueno, no sé, en cuestión de mis padres no puedo ir más deprisa, mira, ahora mismo estoy escribiendo con la luz de la tele, ya que le dije que me acostaba, si no está mirando lo que escribo y donde lo guardo. En fin, me entra risa porque esto es un no vivir, pero bueno, ¿qué vamos a hacer?.” [R.-5]

Algunas de las mujeres han sufrido en su niñez experiencias alcohólicas en su propia familia y cuando hablan de ello, se desprende de sus discursos un resentimiento unido a un cierto fatalismo. El peso de una posible predestinación les hace sentirse desgraciadas y a la vez compadecerse de sí mismas. Aún padeciendo en su infancia las consecuencias de la enfermedad de sus padres, fueron aprendiendo y adquiriendo una forma de comportamiento por imitación de sus mayores, incorporando dichas conductas en el proceso de su evolución personal y social. No perdonan ni comprenden al padre alcohólico y a la madre dedicada al marido. Ni siquiera desde su propio alcoholismo son capaces de justificar el alcoholismo de sus progenitores.

“En casa de mis padres se ha bebido siempre, en especial mi padre [mi madre nunca bebe]. Yo veía normal el vino para comer, el coñac para el café, en fin, ahora sé que mi padre también tenía problemas con el alcohol. Esto es algo que me ha costado admitir, incluso más que yo también los tengo” [R.-10].

“Recuerdo mi niñez con gran sufrimiento y pena ya que mi madre se tenía que ocupar de él y consciente o inconscientemente no nos dio el amor, cariño y apoyo que necesitan unos niños.” [R.-4].

En la época actual, casi ya finalizando el siglo XX nos encontramos que tras la incorporación de la mujer al mercado laboral, el trabajo del hogar pasa para ella a un segundo plano. Los hijos son encomendados a familiares o instituciones especializadas y en las clases sociales medias y altas se recurre a otra mujer que se ocupa de los hijos mientras la madre permanece fuera del hogar. Puede recordarnos esta situación, en algunos aspectos, a la planteada en Francia en el siglo XVIII y que describe Badinter [1991, pp.55], “...también es cierto que el niño es un considerable estorbo para todas las mujeres que se ven obligadas a trabajar para vivir...las mujeres de los obreros y los artesanos, grandes abastecedoras de bebés para las nodrizas, verdaderamente no tenían otra opción”.

Cuando el alcohol interfiere dentro de la estructura familiar, ésta deja de cumplir las funciones sociales asignadas como institución y al mismo tiempo deja de servir a los miembros componentes de la misma como grupo primario de protección y socialización de los individuos. Actualmente están floreciendo una serie de comportamientos intrafamiliares de gran agresividad y violencia, que trascienden el ámbito familiar cuando se destapa algún suceso irreparable. Por lo general esa violencia va dirigida hacia las mujeres y en muchas de estas situaciones extremas el alcohol está de por medio<sup>13</sup>. Como expresa García Mas, M.P.: “conocer el nivel de evolución de la problemática familiar en casos con algún miembro alcohólico y sus repercusiones en la descendencia, así como el grado de incidencia del abuso de alcohol en la violencia doméstica, se ha convertido en la actualidad en una necesidad imprescindible para llevar a cabo políticas preventivas sobre la materia. Entran en juego factores de riesgo de índole cultural, asistencial y jurídico, relacionado con la conducta de los individuos agresores, al depender el consumo de alcohol no sólo de la influencia de su entorno social más inmediato, sino también de la permisividad social del acto de beber y del sistema de valores de la sociedad donde están inmersos”. [García Mas, M.P. 2002: 222].

### 9.2.3 La pareja de la alcohólica

Habitualmente se considera el alcoholismo no sólo como una enfermedad que supone un tremendo riesgo para el que la padece, sino también como un infierno para

quienes conviven con el afectado, siendo el cónyuge, en este caso, la figura más victimizada dada su cercanía emocional. Este estereotipo en muchas ocasiones no es real, y como dice Lloret, D. [2001: 115], el papel del cónyuge puede ser fundamental en el mantenimiento de este problema.

En múltiples ocasiones el comportamiento de consumo de alcohol de uno de los miembros de la pareja está mediatizado por la conducta del otro, por las actitudes que genera, por las contingencias que emplea o por las circunstancias que los rodean.

Siguiendo a Aubrion, J. [1994], en su ensayo sobre el papel de los cónyuges en el desarrollo y mantenimiento del alcoholismo, podemos identificar diferentes posturas enmarcadas en cinco subtipos:

**Cónyuge motivo:** la pareja que por su estilo de relación emocional con la persona alcohólica, justifica claramente el problema, se caracteriza por ser desagradable e irritante; la frialdad y la indiferencia frente a su pareja, en cierto modo facilitan el alcohol como alternativa para su esposa/o.

**Cónyuge condicionado:** este cónyuge adopta el papel de justificador, suele disculpar, aceptar y adaptarse al problema sin plantear crisis o cambios.

**Cónyuge inadaptado:** este tipo de compañero suele ser una persona con muy buenas intenciones en lo que al tratamiento se refiere, pero con pocas estrategias para resolver el problema. En general, mina la autoestima de la persona alcohólica, con reproches, amenazas, excesiva vigilancia, pero sin cambios en las contingencias conductuales.

**Cónyuge masoquista:** en este caso no se entendería el masoquismo como una patología psicológica, sino más bien como una filosofía de vida que caracteriza a determinados colectivos, que entienden la vida como un período de sufrimiento obligado.

**Cónyuge beneficiario:** es simplemente la no oposición al consumo de alcohol de la pareja, por una serie de motivos personales que implican un beneficio, ya sea la dominación de la pareja o una manera de alejarla del funcionamiento familiar.

Ciertamente, el tipo de relaciones que se establecen en una pareja cuando hay un problema de adicción, en este caso el alcoholismo, son complejas, aunque dentro de la red de factores que conforman la etiología de una toxicomanía, sea posiblemente uno de los eslabones más importantes.

---

<sup>13</sup> Sobre este tema se ha publicado recientemente en la Conselleria de Benestar Social un trabajo sobre: Abuso

En los discursos de las mujeres alcohólicas se observa que los maridos o compañeros han marcado sus vidas siendo para algunas un cónyuge inductor, que con distintas estrategias ha facilitado la conducta de abuso de alcohol de la mujer.

“Solamente vivía para él. Pero él me destruyó. Empezó a hacerme beber porque decía que me volvía muy divertida cuando bebía y me “violaba” todas las noches dos o tres veces. Lo escribo entre comillas porque yo me dejaba hacer y hasta me gustaba, pero llegó un momento en que todo empezó a cambiar. Yo sólo veía lo que quería ver y los defectos que tenía no los quería aceptar, siempre los disimulaba, los justificaba para no admitir a mí misma que no me gustaba”. [R.-2].

“...Pero reconozco que alguna vez haya bebido por culpa de mi marido...” [R.-3].

“Después en la juventud, no recuerdo tener adicción al alcohol, todo era normal dentro de mi ambiente hasta llegar a los veintiuno o veintidós años en que conozco a un señor vividor de la noche, diez años mayor que yo y aquí empieza de nuevo el alcohol, pero esta vez, cada día más y más. Todos tomaban y yo no quería ser menos. Así continué durante diez a quince años. Me sentía la reina del mambo. ¡Qué equivocada estaba!”. [R.-8].

La mujer alcohólica tras los fracasos sentimentales mediatizados por el alcohol, en los que la falta de comprensión por parte de la pareja no alcohólica le ha cerrado posibilidades de ayuda, busca otro tipo de relaciones que no le censuren y que no le reprochen su conducta. Así, encontramos que algunas de las mujeres, se han refugiado en personas que, como ellas, tienen algún tipo de problema con el alcohol u otra droga, de manera que la unión con esa persona le satisface por la permisividad y la comprensión que le aporta. En realidad, puede ser efectivo momentáneamente, porque encuentra el apoyo afectivo que perdió durante años, pero no suele ser recomendable este tipo de unión, pues aunque tengan muchos puntos en común, se trata, supuestamente, de dos personas con una cierta inmadurez y al mismo tiempo una misma debilidad frente al alcohol u otra sustancia, lo que puede provocar la recaída de uno de ellos arrastrado por el otro.

“Actualmente comparto mi vida con J..., el cual comparte –valga la redundancia- mi devoción por el alcohol.”....“La única persona que me proporciona afecto, cuida de mí y se preocupa día a día por mí es J...” [R.-1].

“Pero, conocí a una persona que me ha cambiado la vida. Conocí a otro paciente toxicómano que se enamoró de mí y yo de él. El es todo lo contrario a lo que era el italiano. Es dulce, tierno, delicado, me respeta, me quiere de verdad, me ha devuelto la ilusión y las ganas de vivir.” [R.-2]

“Como muchas chicas me casé con 19 años, llena de esperanzas e ilusiones. Pronto me di cuenta que no iba a ser como yo había imaginado. Él bebía y cuando esto ocurría, que cada vez era más a menudo, aparecían las peleas, y de las palabras se pasó a la violencia, tanto física como psicológica.” [R.-12]

La elección inicial que las mujeres alcohólicas suelen realizar respecto a sus parejas, en ocasiones está condicionada por el alcohol o por situaciones familiares desagradables, de las que no carecen, como se ha podido comprobar en el apartado anterior. Podemos observar a partir de los relatos realizados, que la figura del marido ocupa un segundo plano. Las mujeres alcohólicas se casan en la nebulosa del alcohol, por la dependencia que aún hoy en día la mujer tiene con respecto al hombre.

Dicha elección, tomada bajo la influencia de una necesidad de huida y de la experiencia negativa que están viviendo, es precipitada y con escaso criterio. En muchas ocasiones, las mujeres se encuentran unidas a personas problemáticas o violentas, e incluso con auténticos problemas de personalidad. De alguna manera repiten el esquema familiar del que salieron huyendo y vuelven a estar sometidas a otro hombre.

“Fue peor el remedio que la enfermedad ya que al poco de casarme me enteré de que estaba enfermo [traumatismo craneo-encefálico a consecuencia de un accidente de coche], tenía crisis epilépticas. Ya en el viaje de novios casi nos matamos porque conducía él y le dio una ausencia y se fue en dirección contraria a la circulación.” [R.-4]

“Pero tampoco tuve mucha suerte, pues mi marido, a pesar de ser una buena persona y hacerme bastante feliz, tenía un problema y era su inclinación sexual hacia los hombres. Al darme cuenta caí en una terrible depresión y después de cuatro años, nos separamos de mutuo acuerdo, quedando amigos.” [R.-8]

En otras ocasiones la elección de la pareja corresponde tan solo a la necesidad de sentirse querida como contraposición a situaciones anteriores vividas en la familia de origen.



“A los veinte años conocí al que sería mi marido, una persona que me llevaba ocho años de diferencia. Me traía flores al salir del trabajo, me escribía poesías y estaba muy pendiente de mí. Le cogí cariño pero no le quería y al cabo de dos años me casé con él porque pensaba que nadie me iba a querer y al mismo tiempo me iba de casa.” [R.-4]

“Llegó una época de cierta tranquilidad en la que conocí a mi marido, alguien que me pareció libre de complejos, alegre, antidepresivo, en fin, algo distinto a lo que yo frecuentaba...” [R.-6].

Estas vías de constitución de la familia suelen desembocar en fracasos matrimoniales y separaciones. El modelo universal de familia en nuestros días es la familia nuclear en la que la pareja ocupa un lugar preeminente incluso por encima de la propia familia. Por lo tanto el fracaso de las relaciones de pareja en la vida de la mujer alcohólica, conlleva la ruptura de la familia que se ha constituido.

“Pero hasta lo más sencillo tiene su lado oscuro, como descubrí meses después de casarme. Como siempre había ido detrás de otro espejismo, solo que ahora la historia era más grave, no era sólo yo la que resultaba afectada. Mi hijo estaba en camino y el mundo se me venía encima al cuarto mes de embarazo.” [R.- 6]

“Antes de empezar a tener problemas más graves con el alcohol, tenía problemas matrimoniales que con mi adicción se fueron haciendo cada vez más grandes siendo imposible una convivencia y llegando incluso a pensar en la separación.” [R.-11]

Desde luego hay que tener en cuenta que cuando se habla de la universalidad de la familia nuclear, no significa que el modelo haya permanecido igual en el transcurso del tiempo y podemos decir que la acentuación del papel del matrimonio en la formación de la familia ha surgido bajo circunstancias muy especiales. Un profundo proceso de individualización ha hecho pasar a un primer plano las relaciones entre los cónyuges. Hoy se habla de la familia nuclear como de una familia conyugal porque la pareja, no sólo representa la zona central de dicho grupo, sino también la parte permanente. El matrimonio es esencialmente una unión altamente individual entre dos personas independientes, mientras que la familia es un grupo social que comprende a más personas que la pareja conyugal. De hecho, existe en la actualidad una preeminencia del matrimonio sobre la familia que tiene unos significados y repercusiones sociales.

Sin embargo, en los relatos que las mujeres hacen sobre sus vidas el matrimonio ocupa un lugar poco importante. Lo nombran como un hecho acaecido en sus vidas porque así debía suceder. Al igual que las separaciones o divorcios, además de describirlas con cierta frialdad, parecen traslucir un sentimiento de liberación.

“A partir de contar con mi familia, empecé a acudir a una asociación y los trámites de la separación.” [R.-12]

“Las cosas fueron a peor y decidí volverme a Valencia con el pensamiento de que todo volvería a ser mejor. No encontraba trabajo y él se pasaba el tiempo metiéndose conmigo, al final nos separamos.” [R.- 13.]

En ocasiones la mujer adquiere la dependencia al alcohol a través del vínculo y la dependencia hacia el hombre. Además de la dependencia de la adicción, las mujeres tienen la dependencia de la subordinación. A muy temprana edad, la mayoría de las mujeres aprenden lo que significa convertirse en una mujer correcta y conforme con lo que se espera de ellas en una sociedad donde los hombres tienen privilegios y poder. Las mujeres tienden a ser vistas en sociedad de acuerdo a parámetros de dependencia.

En el espacio privado de la vida familiar, las mujeres se dan cuenta que para ser excelentes esposas y madres necesitan de alguna manera ser dependientes de las formas de pensar masculinas y de las estructuras pensadas por hombres, como la protección y la autoridad, para no correr el riesgo de ser rechazadas.

La dependencia del hombre les lleva incluso a abandonarlo todo por él sin calibrar las consecuencias que ello puede acarrearle.

“...Cuando conocí a un italiano en la playa. Pero aquello fue mi ruina. El se enamoró de mi y yo, que necesitaba tanto cariño y atención, me dejé querer y me convencí a mí misma de que también le quería. Después de un año de escribirnos y vernos en vacaciones lo dejé todo: amigos, familia, estudios, país...y me fui a Italia con él.” [R.-2].

La necesidad de depender, también se hace extensiva a situaciones positivas y no sólo cuando sufre maltratos. De este modo, el éxito de la abstinencia queda también sometido a la actitud del hombre. La mujer llega a adjudicar sus propios logros a la benevolencia del marido para con ella, atribuyendo cualidades extraordinarias a su pareja cuando está comportándose con normalidad. En definitiva si una mujer consigue

recuperarse y mantiene el apoyo del marido, necesita ensalzar este comportamiento, porque lo considera un favor especial frente a ella que no merecía nada. Mientras que, si fuera a la inversa, y la esposa de un alcohólico, no lo hiciera de este modo, a la mujer se le recriminaría no ser capaz de entender el drama por el que atraviesa el esposo.

A consecuencia de esta tendencia a depender del hombre en general la mujer minusvalora sus éxitos atribuyendo parte de los mismos a la benevolencia del varón.

“Con mi marido estaba muy mal, pero fue muy bueno y me dijo que cuando me curara hablaríamos de nuestra relación, pero mientras tanto estaría a mi lado. En aquel momento no me dí cuenta de cuánto me quería, pero ahora si no hubiera sido por su apoyo no sé lo que hubiera pasado, porque un divorcio no me hubiera ayudado. Me quería y lo demostró.” [R.-10].

En términos generales, las relaciones sentimentales en la vida de las mujeres alcohólicas suelen ser complicadas llegando a la perversidad. Si se ha constituido una familia, por lo general las interacciones entre sus miembros provocan situaciones tensas y conflictivas que conllevan posturas de intransigencia e incomprensión hacia el alcoholismo de la mujer. Estas reacciones aumentan el sentimiento de culpabilidad y la autojustificación para seguir bebiendo.

“Ahí empezó la segunda parte desgraciada de mi vida. Me sentía muy sola ya que él se ocupaba solo de su trabajo y de hacer deporte. El resto del tiempo que estaba él en casa se dedicaba a dormir.” [R.-4].

“Mi relación con mi marido mientras bebía era un desastre en todos los aspectos y el trabajar con él lo empeoraba aún más.” [R.-10]

Podemos comprobar una constante en los relatos de las mujeres que hace referencia a la negatividad. La primera mitad de sus vidas esta plagada de vivencias y sentimientos negativos relacionados directamente con una jerarquización en las relaciones respecto a los hombres. Si bien es verdad que los discursos sociales han sufrido modificaciones importantes más acordes con los tiempos modernos y actuales, aunque sigan enmarcándose en una estrategia de subordinación de las mujeres. Es necesario tener en cuenta las formas en las que el consumo de alcohol por mujeres se hace visible en áreas de la sociedad y en espacios privados que no habían sido anteriormente examinados. Es decir que la forma en que las mujeres experimentan su papel como mujer o las sutilezas de poder



experimentadas en las relaciones de género, podría tener un efecto en la forma como ellas beben.

La mujer alcohólica siente que su libertad esta condicionada por las circunstancias que la rodean. Además de ser mujer se siente inferior por ser alcohólica y se somete a situaciones que en otras mujeres serían intolerables.

“El acabó de estudiar y entonces, según nuestro pacto nos íbamos a vivir juntos y yo acabaría de estudiar mi carrera. Así fue, pero cuando empezamos a convivir de verdad me dí cuenta de que ese hombre no me gustaba. Yo no quería aceptar la realidad y me engañaba a mí misma continuamente, justificándole cosas que no debía. Perdí todo interés sexual por él, no me gustaba. Y él, al contrario, me agobiaba con el sexo.” [R.-2].

La convivencia familiar se realiza al final de la jornada, por la noche, ya que durante el día los hijos están en el colegio y los padres trabajando. La familia es pues un núcleo de residencia y consumo. Sin embargo existe un cierto tipo de control, es decir un modo de mantener el orden o imponer una disciplina que ayude a conseguir las metas establecidas. Cada familia establece sus reglas para que los miembros que la componen colaboren en el desarrollo familiar. Cuando las situaciones se viven como insostenibles y la mujer es víctima de maltrato un recurso fácil para ella lo tiene en la bebida.

“Empecé a beber a escondidas poca cantidad, un tercio o dos de cerveza. A los dos años tuvimos a nuestro primer y deseado hijo y empezó una época de malos tratos por su parte, tanto físicos como psíquicos, a nuestro hijo y a mí. Encerrar al bebé a veces en una habitación durante dos horas porque estaba cansado de oírle llorar y no dejarme entrar a por él. Bueno, yo en esa época no bebía todos los días. Bebía alguna cerveza o un vaso de vino si íbamos a comer con la familia en acontecimientos familiares.” [R.-4]

“Un día, en el cual yo había bebido de más, mi marido llamó a mi familia para ver qué se hacía conmigo. Bien, al día siguiente mis hermanas hablaron conmigo, supieron de los golpes y malos tratos que había recibido durante casi 20 años y entonces me dieron todo su apoyo, ayuda y calor del que tanto estaba necesitada.” [R.-12].

Hoy en día nadie pone en duda la responsabilidad de la familia como factor de riesgo/ protección de las drogodependencias en general, y del alcoholismo en particular. La

familia se ha consolidado como la institución básica de la sociedad a este respecto, [Lloret, D. 2001: 119], recuperando los valores que durante los años setenta se vieron en crisis por la llegada de una nueva concepción de la sociedad [crecimiento económico, liberalización ideológica, ruptura con los esquemas clásicos, incorporación de los valores y costumbres de la cultura anglo sajona...].

#### 9.2.4 Los hijos

Las familias con progenitores alcohólicos o con una historia reciente de alcoholismo desarrollan una dinámica familiar capaz de repercutir negativamente en la personalidad de los hijos. [Perez, B. 1992]. Aunque la existencia de un problema de alcoholismo parental, por sí mismo no correlaciona con el desarrollo de rasgos de personalidad patológicos en la prole.

Cuando la ausencia de la madre es impuesta desde el exterior a consecuencia del alcohol, se tiende al autoengaño y se da un doble juego pensando que los hijos no se enteran de lo que ocurre y al mismo tiempo se tiene la certeza de que el alcoholismo repercute en ellos.

“Asimismo, las relaciones con mi hijo no discurrían con la fluidez que requieren, por mi consumo de alcohol y esto traumatiza al niño.” [R.-1]

“Y me he ido a cenar y a comer fuera de casa pero yo no sabía que mis hijos se daban cuenta y sufrían pero nunca me decían nada. Aunque pasé cuatro o cinco años que no bebía, un día hubo una intervención en un familiar y ese día fue cuando bebí hasta hartarme de cerveza y fue cuando me di cuenta del mal que estaba haciendo a mis hijos.” [R.-3]

La presencia del alcoholismo impregna a la familia durante muchos años. Primero por el consumo continuado y seguidamente por la dedicación de la madre a terapias y asociaciones relacionadas con el alcoholismo para conseguir su rehabilitación y para realizar una labor social con la que se siente obligada y que a la par le gratifica. Por tanto es una familia que se ve en la necesidad de reacomodarse frente a la situación de ausencia de la madre, en la primera etapa por los efectos del alcohol y en la segunda para conseguir su reinserción.

En la primera parte de este trabajo se ha descrito la evolución de la familia cuando uno de los miembros es alcohólico. Por lo tanto se ha podido comprobar cómo en la adecuación que se produce ante la nueva situación, los hijos están completamente implicados en el problema familiar aunque no lo manifiesten o no quieran reconocerlo. Esta situación puede mantenerse latente hasta el momento en que algún hecho pone de manifiesto el auténtico problema causante de muchas situaciones incomprensibles. En algunas familias se mantiene oculto el alcoholismo de la madre obviando así la vergüenza de reconocerlo abiertamente, aunque han aprendido a funcionar con ese peso en su interior. Finalmente ha de ser la propia mujer alcohólica quien lo verbalice ante los hijos para encontrar su exculpación y buscar apoyo en los que le son más próximos.

“En abril de este año les dije a mi hijo[18 años] y a mi hija [16 años] el problema que tenía. Mi hijo lo desconocía y mi hija no era consciente de lo que me ocurría. Les dije que me iba a poner en tratamiento...” [R.-4]

Las relaciones familiares vienen condicionadas por el contexto cultural y social, y podemos también decir que existe una tendencia mayor, en nuestros días, hacia la permisividad que hacia el autoritarismo, habiendo establecido las familias un sistema de normas que permite el funcionamiento del grupo asumiendo e interpretando los nuevos valores.

La transmisión de los valores a través de la familia y a través de la madre en concreto, está sumamente alterado en el caso de las mujeres alcohólicas. La figura de la madre no corresponde al imaginario que el hijo espera y lo que es peor, no suele encontrar una figura capaz de sustituir esa carencia porque, entre otras cosas, la madre sigue estando presente. Por lo tanto en ocasiones los hijos, repiten el esquema que siguió su madre para sobrevivir en un medio que no entienden y de este modo recurren a alguna sustancia que les permita evadirse del caos que les envuelve. Hay hijos de personas alcohólicas con dependencia a sustancias psicoactivas y en el caso de las mujeres alcohólicas, éstas poco pueden ayudar en estas situaciones en que ellas mismas se sienten débiles y culpables.

“No sé qué hacer con y por mi hijo que está en tratamiento con metadona. Todavía no puedo asimilarlo, ni sé cómo afrontarlo...siento miedo y vacío y pienso que al final lo haré todo mal o incompleto y sólo después me daré cuenta. Debo seguir aunque falle. Qué vida más absurda.” [R.-6].

En el seno de la familia de la mujer alcohólica, los roles familiares suelen estar cambiados, pasando el marido o los hijos a asumir en ocasiones las funciones atribuidas en principio a la mujer. Ello hace que toda la autoridad y la credibilidad de la mujer y madre pierda sentido dentro de la familia y la resultante sea frecuentes peleas entre todos los miembros en las que el principal objeto de recriminación es la mujer alcohólica.

“Padezco jaquecas y tengo muchos dolores de regla y bebía para que se pasara el dolor. Y cada día un poco más. Y muchas veces no sabía lo que hacía. Y la mayoría de las veces siempre regañando o chillando con mi hija por nada. Y me daba por llorar mucho y estar en la cama.” [R.-9]

Gerardo Meil,[1998] en un artículo de la Revista Española de Investigaciones Sociológicas, sobre la Sociología de la Familia en España, afirma que el análisis de las relaciones de poder en el seno de la familia no ha sido, curiosamente un tema que haya concitado excesivo interés. No obstante, Del Campo y Navarro [1985:145] han puesto de relieve el profundo cambio que se ha producido en la estructura de autoridad de la familia, pasándose de una autoridad dividida por ámbitos y de signo matriarcal o patriarcal, a una autoridad compartida y democrática, especialmente en las decisiones que atañen a ambos cónyuges y son altamente relevantes para sus miembros.

Podemos analizar de acuerdo con este planteamiento, una serie de variables que a nuestro entender, están incidiendo en esta tendencia:

- .- Actualmente el negocio o el trabajo está desvinculado de la unidad familiar por lo que carece de importancia que la familia sea solidaria en el sentido de mantener una hacienda o empresa; el éxito de la misma no depende de la disposición de los hijos a colaborar. La estructura jerárquica del medio laboral no se extiende a la familia.
- .- No hay una dependencia directa del padre de familia para conseguir una posición social, por lo tanto, al desaparecer este factor, también disminuye el respeto de los miembros de la familia por el “jefe” de la casa.
- .- No se transmiten los patrimonios intactos a un heredero; el dinero de la familia generalmente se consume durante la vida de ésta o se reparte entre todos los hijos, incluso en vida de los padres. La motivación de la obediencia en base a la participación en la futura propiedad, desaparece al deshacerse las grandes haciendas.

- .- Las tradiciones familiares, el respeto a los ancianos o los valores religiosos transmitidos por las familias, han perdido importancia, adquiriendo mayor valor el vivir al día y hallar las respuestas a los interrogantes en la propia experiencia más que en las creencias de los mayores.
- .- Otra variable es el divorcio. La estructura familiar se disuelve. Los padres asumen una cierta culpabilidad ante los hijos y en esta situación resulta casi imposible entablar relaciones de autoridad cuando ésta se ha perdido de hecho al deshacerse la unidad familiar.
- .- En la medida que determinadas instituciones sociales han asumido funciones que anteriormente se atribuían a la familia, la relación autoridad – obediencia se reparte y la dependencia familiar disminuye.

En definitiva, la dominación paterna o parental sobre los hijos se mantiene únicamente mientras los hijos son menores de edad y existe la tendencia a rebajar la mayoría de edad. Los hijos ya no están bajo la autoridad de los padres por el mero hecho de la comunidad doméstica, sino que el fundamento reside en su minoría de edad y consecuentemente en la necesidad de ayuda. A esto se suma la preponderancia de las relaciones puramente personales y subjetivas, reduciéndose el ámbito de las relaciones legalmente objetivadas y desarrollándose el ámbito de las relaciones establecidas por el libre criterio de los partícipes y de la costumbre.

Los hijos de las mujeres alcohólicas comprueban que las carencias de valores y afectos son compensadas con otras recompensas que sin duda no llegan a suplir las necesidades que sienten.

“ No me daba cuenta lo que mi hija estaba sufriendo y lo mal que lo pasaba, yo creía que ella no notaba nada, cuando era consciente de que se había dado cuenta, intentaba comprar su silencio o lo que fuera dándole dinero, mucho más de lo que una niña a su edad podía disponer o le compraba todos los caprichos del mundo. Pero yo, seguía aumentando el consumo, cada día necesitaba mas...” [R.-13]

Si consideramos las relaciones que establecen los padres en la transmisión de valores, costumbres y habilidades, así como el grado de comunicación entre padres e hijos, podemos hallarnos ante distintas formas e intensidad de conflicto entre generaciones al interior de las familias. Hay familias que utilizan la violencia como forma de aprendizaje, lo que puede producir un rechazo o desobediencia interior hacia aquello que representa el mundo adulto y la autoridad paterna, o bien una sumisión por auténtico miedo que en su



momento puede provocar también rebeldía y rechazo. Por el contrario, cuando se intenta transmitir las pautas y normas de conducta en base a interacciones gratificantes y apoyo emocional, se consigue reforzar la interiorización de la cultura, y la identificación con los modelos que son significativos condiciona el aprendizaje de forma positiva.

La vida de los jóvenes dentro del núcleo familiar, demanda cada vez mayor independencia de movimientos y libertad, cosa que los padres asumen forzosamente pues la alternativa de implantar la autoridad no es un mecanismo válido para convivir armónicamente. Así pues, tanto padres como hijos se ven abocados a una forma de vida en familia durante los años en que se prolonga forzosamente la vida de los hijos en el hogar paterno, que intensifica los conflictos entre ambas generaciones, sin que se vislumbre otra salida a los mismos que la salida definitiva del propio hijo para formar su propio hogar.

Un tipo de conflicto de convivencia de generaciones y de valores puede observarse en nuestros días, en familias con un cierto nivel de vida, cuyos hijos no valoran el trabajo ni el estudio, presentan una actitud totalmente apática ante el mundo laboral o educativo.

Los conflictos son algo inherente al proceso social de los hombres y a la propia vida de las generaciones y pueden ser motores de cambios sociales, pero si dichos conflictos surgen de un rechazo, de una rebeldía interiorizada desde la niñez, las vías de solución se complican y la posibilidad de alcanzar consenso se reduce extraordinariamente. En este sentido, la posibilidad de abrir o reforzar los mecanismos de comunicación es algo fundamental.

La autoridad está repartida en la estructura de este tipo de familia, el padre no intenta asumir aquello que no le compete aprovechando la situación alcohólica de la esposa. Hay una situación sin embargo, en la que se exige al padre el ejercicio total de su autoridad para imponer el tratamiento de la madre.

Cuando los hijos son capaces desde su independencia y propio criterio, de entender lo que ha ocurrido en el interior de su hogar y manifiestan su confianza en la madre, ésta encuentra en ese gesto un fuerte apoyo donde recurrir en sus momentos de lucha por conseguir la recuperación.

“Mi hijo mayor veía mi problema más de cerca, por su edad y los primeros días de abstinencia él me brindó su ayuda y me dijo que era la mejor madre del mundo y que lo conseguiría. Hoy le doy las gracias porque él ha sido uno de los que más me ha apoyado y sobre todo, ha confiado en mí y en mi rehabilitación.” [R.-11]

### **9.3 EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN: UN RETO PARA LA MUJER**

Aunque los varones con problemas por alcohol superan a las mujeres en una proporción de 2:1, la tasa de varones y mujeres en tratamiento suele ser de 4:1. Esto puede deberse a la existencia de una serie de barreras con las que se encuentran las mujeres, como ya hemos comentado en el séptimo capítulo, pero también, como dice Rubio, G. [2000: 334]: “a que los programas de detección se han centrado más en los varones. Los médicos están menos atentos a detectar problemas de alcohol en las mujeres y suele haber una actitud por parte de ellas a ocultar el problema”.

No podemos olvidar que culturalmente está peor aceptada una mujer “borracha” que un “borracho”. El temor a ser descubiertas se incrementa si su situación económica es deficiente y si existe un fuerte temor a perder a sus hijos. Los sentimientos de vergüenza y negación contribuyen a la ocultación de sus problemas con el alcohol.

Cuando se comparan con los hombres, las mujeres que acuden a tratamiento suelen estar más deprimidas, haber experimentado oposición para tratarse, por parte de sus familiares y suelen referir consecuencias familiares más graves. Durante la evolución del tratamiento, no es infrecuente la separación o el divorcio y aunque el embarazo puede motivar para solicitar tratamiento, también puede agravar sus remordimientos y desanimarlas.

#### **9.3.1 La decisión de cambiar**

Se ha expuesto en un apartado anterior los motivos por los que las mujeres alcohólicas creen que empezaron a beber, pudiendo comprobar que no atribuyen la etiología de su dependencia a un hecho concreto, sino a un cúmulo de circunstancias de índole personal, familiar y social. Sin embargo, vamos a exponer a continuación, lo que las mujeres piensan que fué el motivo de su recuperación. Recogemos los pensamientos y los hechos, a partir de los cuales las mujeres alcohólicas toman una decisión importante en su vida, la decisión de dejar el alcohol. Otra cuestión distinta, es si lo consiguen definitivamente o si en el recorrido del tratamiento, avanzan o retroceden en función de muy diversas justificaciones.

Alrededor de la decisión de ponerse en tratamiento, hallamos en ocasiones el profundo vacío afectivo al que el alcohol les ha conducido, que les hace sentir la necesidad de recuperar el amor y la comprensión de los más allegados. Por ello, dejar el alcohol por la familia les parece una razón suficiente, incluso más, que dejarlo por una misma.

“Tomé la decisión, en un momento dado, de ponerme en tratamiento para retomar el contacto, sobre todo afectivo, con mi familia”. [R.-1]

“La primera vez que dejé de beber no fue por decisión propia, yo acababa de cumplir los 21 años y en esa época tenía muchos problemas con las drogas y el alcohol. Así que forzada por mi madre.... Tenía esa opción o la de seguir con la misma vida pero sin ella. Acepté el tratamiento.” [R.-7].

“Comprendiendo lo que estaba haciendo de mi vida y la de mi familia, tomé la decisión más importante de mi vida, dejar de beber, costásemelo que me costara, y seguidamente dí el primer paso que era el de pedir ayuda.” [R.-11]

En algunas ocasiones hay personas que tienen un ascendiente sobre la mujer alcohólica y a las cuales es capaz de escuchar, creer y actuar en consecuencia, bien por temor o bien por vergüenza. Cuando la alcohólica está bebiendo no es receptora de consejos o amonestaciones, incluso olvida con facilidad las conversaciones y los propósitos al respecto de cualquier tarea y mucho más si el tema tratado es el abandono de la bebida. Sin embargo, en algún momento de su vida y a raíz de un hecho o conversación decide poner solución al problema del alcohol, o al menos intentarlo. Para muchas mujeres, los hijos han sido los únicos capaces de inducir esta decisión.

“A la mañana siguiente vino mi hija a casa y empezamos a discutir y me dijo que iba a hablar con mis hijos. Yo sabía que iba a perder a mi hijo pequeño que tenía entonces 24 años y el mayor nunca me ha dicho nada sobre la bebida. Entonces fue cuando fui a mi médico de cabecera y fue cuando me recomendaron ir a la UCA,... “ [R.-3].

Aunque por lo general, el marido o la pareja de la alcohólica no es de gran apoyo en el momento de acompañarla al tratamiento, no se puede dejar de considerar que para algunas mujeres fué su compañero sentimental o esposo quien facilitó el inicio de su recuperación, aunque en algunos casos tuviera que lograrlo de una manera forzada e incluso en contra de la voluntad de la propia mujer. El hecho, sin embargo, es que aún



siendo a la fuerza, en definitiva, se le facilita el camino a la alcohólica, porque se le permite tomar contacto con algún profesional especialista en el tema y de este modo proporcionarle la oportunidad de decidir por sí misma.

“En abstinencia llevo diez años y en la Asociación sobre doce o trece años, pues mi entrada en la asociación no fue como esperábamos, digo esperábamos porque fui acompañada, o más bien a la fuerza, por mi marido, al cual hoy doy las gracias, “en ese momento, no.” [R.-14]

Se dan situaciones en las que la mujer acude sola al médico, o a un centro tras una etapa de aumento del consumo y de crisis personales y familiares. Es como si la alcohólica se asustara del “crescendo” de las consecuencias de sus ingestas alcohólicas. Aún sin plena conciencia de lo que está haciendo, sólo piensa que tiene que poner solución al caos en el que se encuentra sumida y al malestar físico que percibe.

“Empecé el tratamiento un día que estaba mal, fue un domingo pues había bebido y encima me tomé pastillas, con que estaba hecha un trapo, y fui el lunes a hablar con mi médico de cabecera y le conté el caso...” [R.-9].

Aunque los intentos de las familias o los amigos por ayudar a la mujer a ponerse en tratamiento parezcan fallidos, cada ocasión en la que se ha intervenido para apoyarla no queda en el vacío. Es como si la alcohólica guardara en la recámara las situaciones vividas a las que no ha dado respuesta positiva. En un momento dado, cree que decide por sí misma y avanza hacia el recurso que alguien le dio a conocer y ella rechazó. Como en la mayoría de los casos, cuando la mujer toma una decisión de ese tipo, no sabe exactamente la magnitud de lo que está haciendo, sólo sabe que en ese momento, algo quiere cambiar en su vida.

“Mi familia había intentado, sin éxito, que acudiese a alcohólicos anónimos. En esta ocasión fui yo la que decidí telefonarles sin plena seguridad de que me sirviese, pues en el fondo no concebía la vida sin alcohol.” [R.-15]

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo son ampliamente conocidos y posiblemente sean la base de la motivación para que la mujer alcohólica comience un tratamiento de desintoxicación, aunque el problema real de la adicción, sea probablemente las consecuencias familiares, laborales y sociales. Cuando la mujer toma la

decisión de cambiar, subyacen necesidades y deseos que posteriormente reconoce y expresa, aunque en ese momento no sea capaz de ordenarlos y hacerlos explícitos.

“No sé qué voy a poder necesitar, pienso que apoyo, amor, amistad y saber que si tengo alguna laguna poder hablar con alguien, pero eso pienso que no sólo yo si no todos mis compañeros” [R.-5].

“Espero y deseo continuar en esta línea y a ser posible, superarme día a día, para poder seguir ascendiendo, ya que he podido salvarme, a fuerza de ser firme y sincera, del gran pozo oscuro que es la adicción al alcohol.” [R.-8]

También de manera retrospectiva las mujeres alcohólicas reflexionan sobre los sentimientos de atracción y rechazo hacia el alcohol. Desde la sobriedad sí que consiguen analizar la experiencia vivida con cierta objetividad, reconociendo la necesidad que experimentaban de consumir alcohol, para hallar alivio y evadirse de su realidad, a pesar de saber, sobre todo cuando miran hacia atrás, que ese camino no tiene fin.

“Creo que siempre perseguí sueños y nunca tendré los pies sobre la tierra, jamás. Yo no sacaba en claro más que disgustos con el alcohol y sin embargo después de prometerme que nunca más,...volvía a caer en el hechizo de olvidar por un momento la tristeza, la depresión y reír de cualquier tontería y dormir profundamente aunque luego me doliese la cabeza.” [R.-6].

“Los primeros días estando abstinerente son casi una pesadilla, empiezas a darte cuenta de la realidad, de cómo has estado comportándote anteriormente y de cómo puedes empezar a convencerte.” [R.-11].

Por lo tanto el recuerdo de los buenos y los malos momentos es algo que la mujer alcohólica no quiere rechazar, porque ha de saber a qué renuncia y por qué opta. El engaño ya no le sirve y cuando intenta recuperarse, la única vía válida que cree tener, es el autoconvencimiento de que su elección es la más conveniente para ella y para los que la rodean y además que es capaz de lograr la meta propuesta. Recuperar la confianza en sí misma es fundamental para conseguir un objetivo tan duro, como es, para una mujer alcohólica, dejar el alcohol.

“...Al menos ahora soy capaz de crearme que puedo “curarme”, porque durante mucho tiempo dudé de si esta enfermedad realmente tenía cura y debo reconocer

que aunque ahora confío más y además me siento más segura de mí misma,..." [R.-7].

"Mi vida actualmente es mucho mejor. No discuto con mi hija y hago mejor las cosas y tomo más las decisiones por mí misma y hago mejor mis cosas." [R.-9].

" Lo primero es volver a confiar en ti misma y volverte a valorar y sobre todo empezar a quererte a ti misma." [R.-11]

### 9.3.2 El proceso de recuperación

Los estudios sobre eficacia del tratamiento no son concluyentes, aunque en una revisión de 23 estudios en los que se habían incluido mujeres, en 18 de ellos, no se encontraron diferencias con los hombres, y en cuatro, las mujeres tenían mejor pronóstico. [Vannicelly y Nash, 1984: 335]. No obstante, tras dicha revisión se identificaron tres importantes barreras que podían reducir la eficacia del tratamiento en mujeres: a) las expectativas por parte de los terapeutas de que las mujeres, debido a su comorbilidad con trastornos depresivos, respondían peor al tratamiento; b) la creencia por parte de los terapeutas de que las mujeres tenían un menor potencial para el cambio que los varones; c) la falta de información sobre el pronóstico del alcoholismo femenino llevaba a algunos terapeutas a considerar que el tratamiento iba a ser ineficaz.

El hecho es, que cuando una mujer comienza un tratamiento, se percata de inmediato que va a afrontarlo en solitario. Vuelve a sentir la soledad que le ha acompañado a lo largo de su vida y desea encontrar apoyos en los nuevos personajes que emergen en su vida. En muchas ocasiones ese sentimiento de soledad no es sólo interno, sino que de hecho, el abandono o la falta de colaboración, de familiares cercanos, llevan a la alcohólica a emprender su reto personal en solitario.

"...Acabo de tener conocimiento sobre que mi familia, hoy por hoy, no me va a apoyar. Una alcohólica." [R.-1]

Sería importante que los programas de alcoholismo en el que están incluidas las mujeres tuvieran ciertas características específicas, tales como: proporcionar información sobre los riesgos específicos que presentan las mujeres ante la ingestión de bebidas alcohólicas; evitar críticas que puedan incrementar los sentimientos de baja autoestima y

ocultamiento del problema; intentar que la primera visita la realice una mujer y potenciar grupos de autoayuda para mujeres. Cuando una mujer se incorpora por vez primera a un centro, o a un grupo, suele acudir asustada y avergonzada, pensando que van a enjuiciarla por el hecho de ser mujer alcohólica. Por lo general los grupos de autoayuda mixtos despliegan al máximo su capacidad de acogimiento y comprensión cuando se incorpora un nuevo miembro, y aunque la mujer se siente aceptada por sus iguales alcohólicos, el nivel de acercamiento al grupo sería mucho mayor si además de estar unidos por el alcohol, les uniera también la homogeneidad de género.

“La primera vez que entré en una asociación, lo primero que vi fue un grupo de gente que se dedicaba a ayudar a los demás, y un grupo de compañeros que como yo estaban enfermos, y en ningún momento me miraron mal por el hecho de ser mujer. Muy al contrario, me apoyaron y ayudaron cada uno a su medida.” [R.-12].

Cada vez parece más evidente que a partir de un determinado momento, los programas deben procurar homogeneizar los grupos terapéuticos en función del género. Este tipo de grupos permitiría a las mujeres abordar sin reticencias aspectos como los abusos sexuales, los malos tratos y las recaídas, sin estar expuestas al acoso sexual y a las interpretaciones que determinados hombres puedan hacer de su historia personal.

Al sentimiento de soledad le acompaña un temor hacia lo desconocido y una tremenda ansiedad provocada por ello y por tener que dejar el alcohol, que ha sido durante años su amigo inseparable, único capaz de apoyarle para evitar los conflictos y huir de los problemas. A partir de eliminar el alcohol de su vida, la huida se convierte en lucha, ya no puede ni debe evadirse, y ello también le provoca miedo y ansiedad.

“Lo que me sucede esta noche me sucede muchas veces, me acuesto con mucho sueño y a las tres o cuatro horas [aunque fueran sueños preciosos o pesadillas], me despierto de golpe. Me duelen los oídos, las muelas o simplemente no puedo respirar bien...no, no es que me sienta nerviosa y tampoco es desde que empecé con el alcohol, pienso que es de los nervios, pero no de sensación de palpitaciones, a veces sí pero otras no.” [R.-5]

La mujer va a buscar un sustitutivo a su relación íntima con el alcohol. Se pregunta qué se le puede ofrecer que alcance el grado de satisfacción que le daba el alcohol, y va a encontrarlo precisamente en la ausencia de éste. Las compensaciones que irá valorando cada día que permanece abstinentes, son el mejor refugio contra las vacilaciones.

“Yo gracias a Dios ahora me doy cuenta de todo lo que me he perdido en la vida porque se me ha ido de las manos. Trabajar para sacar adelante a mis hijos. Tengo una nieta preciosa y la saco a pasear que es una felicidad.” [R.-3]

“La empresa donde sigo trabajando no va bien y lo mismo cierra. Pero son problemas con los que debo y puedo convivir y resolverlos mediante el diálogo, cariño y amor, sobre todo con mis hijos y no me hace falta recurrir al alcohol para evadirme de la realidad. [R.-4]

“Respecto a mi rehabilitación en todos los ámbitos puedo contar que una sola frase la puede definir: “ha sido como abrir una ventana y recibir aire fresco, después de estar largo tiempo en una habitación contaminada”. [R.-8].

Todo este proceso de la rehabilitación en el que la mujer ha de sopesar los pros y los contras de su abstinencia no puede percibirlo por sí misma, necesita alguien que le oriente y le enseñe cómo lograrlo.

La experiencia vivida puede servir de barrera para el consumo y de apoyo para la abstinencia, tanto si la experiencia es la propia y la sabe manejar en su favor, como si la experiencia es la de otros y la sabe utilizar como arma para adquirir conciencia de su alcoholismo. Las mujeres alcohólicas realizan intentos de modificar su conducta, que en ocasiones pueden ser fallidos, pero estos fracasos pueden también servir para afianzar más tarde su decisión.

“Hacia finales del 99 empecé a beber de nuevo y esta vez [junto con el juego y lo demás] después de pocos meses estaba completamente alcoholizada. Decidí dejarlo, pues de nuevo mi vida se estaba destrozando...”... “Esta vez estaba sola. No tenía a mi madre para presionarme. Así que me planteé dejarlo [esta vez consciente de que sí que era alcohólica además de politoxicómana].” ...”... Casi un mes después de dejar de beber y por la insistencia de mi amigo [mi actual pareja y exalcohólico], decidí de nuevo acudir a un centro...” [R.-7].

“Sé que el camino es largo y siempre tienes que estar en alerta ante alguna recaída, pero pienso que llevándolo como estoy intentando llevarlo, lograré recuperarme y volver a ser la de siempre, nunca hay que trazar las metas muy largas, hay que ir poco a poco, todos somos vulnerables y podemos volver a caer, aunque no quiero ni pensar en ello.” [R.-11]



Los profesionales que trabajan en los centros de tratamiento y rehabilitación de alcohólicos/as, como ya comentábamos en la séptima parte de la presente investigación, suponen un referente fundamental en el tratamiento de la alcohólica. El papel que desempeñan no permite que la mujer intente manipular las situaciones, como lo hacía en su hogar y con las personas de su alrededor. El profesional le entiende y le acepta y además le abre un camino de esperanza. Por lo tanto, ella deposita su confianza en las orientaciones que le brinda. La mujer alcohólica recuerda con auténtica devoción las primeras entrevistas con la persona que le prestó ayuda, y basa su recuperación en gran parte en la empatía establecida.

“Después de unas semanas abstinentes, acudía a la asociación porque allí trabajaba una psicóloga que ya conocía de antes y tenía confianza en su forma de actuar como terapeuta porque ya me había ayudado alguna vez.” [R.- 7]

“Empecé a acudir a terapias individuales y en grupo. Tengo que decir que los profesionales, como la psicóloga, hicieron un buen trabajo.” [R.-12].

La confianza ciega en el profesional en ocasiones resulta incluso algo irracional; es como si la mujer hubiera adquirido con dicho profesional, un compromiso de tal índole, que le impidiera beber. Se repite a sí misma que esa vía es la fuente de su bienestar, y de este modo se convence de ello y se aferra a esta idea para mantener su postura abstinentes frente a su benefactor. No se va a permitir una traición a la persona que tanto bien le ha hecho llegar a alcanzar y esa idea la mantiene. De hecho vuelve a aparecer, de algún modo, la dependencia que las mujeres mantienen con respecto a alguien que está por encima de ellas. En este caso si el profesional es hombre, el esquema se le presenta perfecto, y como ya se ha comentado, la mayoría de los médicos son varones. Las psicólogas de los centros médicos, si aparecen en el discurso de alguna de las mujeres, es siempre unida a la figura del/la médico, porque la dependencia se establecerá fundamentalmente con el hombre, si existen ambas figuras. En las asociaciones la dependencia se difumina más, ya que mayoritariamente en estos centros están las psicólogas y también el grupo.

“Así que os digo que si leéis mi carta hacer lo mismo, contárselo al médico y a la psicóloga y hacerles caso y no os de vergüenza que son los que nos ayudan a salir adelante. Yo por no perder a mis hijos he hecho todo lo posible para salir adelante y le doy otra vez las gracias a la médico y a la psicóloga.” [R.-3].

“Para mi buena suerte fui escuchada y atendida por la psicóloga, la cual ha sabido conducirme hacia la abstinencia primero, y después a un grupo de terapia fabuloso dirigido por su gran profesionalidad.” [R.-8].

### 9.3.3 La vida sin alcohol: una meta alcanzable

Para considerar que una mujer es alcohólica abstinentes, ésta necesita de un tiempo de sobriedad variable en cada caso, pero siempre suficiente para que hayan podido realizarse en ella cambios sustanciales respecto a su período alcohólico. Una vez ha adquirido información suficiente sobre el alcoholismo y las peculiaridades del enfermo/a alcohólico/a, ha de perseguir una etapa posterior que es la concienciación de la enfermedad. Es decir, la postura instintivamente adoptada en un principio, acerca del alcoholismo, ha de ser analizada y comprendida a un nivel racional. Alcanzado este punto, las exigencias para con una misma presuponen una autenticidad en la conducta que podríamos denominar como actitud consecuente. En tal sentido llegará a entender que la abstinencia no es un castigo, sino una liberación.

“...La verdad la vida sin alcohol es muy muy bonita, aprecias más las cosas, la gente, el paisaje, en fin todo lo que te rodea y además te encuentras libre, no sé exactamente de qué, pero es cierto y más limpia” [R.-5].

En la presente investigación, puesto que las mujeres alcohólicas se encuentran en diferentes momentos de recuperación, los discursos referentes a la abstinencia varían de unas a otras. Aunque todas saben y manifiestan que han de dejar de beber, aquellas que se encuentran en los primeros momentos del tratamiento, la abstinencia la sitúan a un nivel más desiderativo que práctico, mientras que, obviamente, las que se encuentran abstinentes durante meses o incluso años, lo viven con mayor realidad.

“En mi vida tiene que cambiar casi TODO: el entorno social en el que me desenvuelvo, encontrar trabajo y sobre todo, el abandono del consumo de alcohol. Necesito un refuerzo psicológico.” [E.-1].

“Aunque os comento que a mi la bebida no me gusta pero un mal pensamiento pasa por todos. Amigos hacerme caso y dejar el vicio que tengáis...” [R.-3]



“...Llevo seis meses sin beber y estoy en tratamiento en una UCA y en la asociación.”  
[R.-8]

“...He ganado mucho y mucho más que me queda.” [R.-10].

A pesar de esta diferencia lógica, ninguna de ellas plantea la posibilidad de beber moderadamente, ni sugieren probar de nuevo el alcohol o intentar controlarlo. Incluso alguna de ellas que en sus relatos manifiestan que no se consideran alcohólicas, no se proponen metas intermedias con respecto a las ingestas de alcohol, con lo que demuestran que rechazan la etiqueta de alcohólica pero en el fondo saben perfectamente que no pueden controlar el alcohol.

“Tengo que dejar el alcohol para siempre antes de que sea demasiado tarde. Y tengo que afrontar la vida y salir adelante” [R.-2].

“Pero, sobre todo, asisto para recordarme que nunca podré controlar el alcohol porque el alcohol una vez has tomado la primera copa, la fuerza de voluntad no te vale para nada.” [R.-15]

Mantenerse abstinente totalmente es un reto que quieren alcanzar pero que les asusta tremendamente, aunque hayan comprobado en sí mismas que los intentos de beber moderadamente no les hayan dado buenos resultados.

“Así llego al momento presente, después de recibir otra vez ayuda por todas partes que deseo no recaer más sin que siga sin saber por qué, ya que la experiencia me dice que estoy en peligro constante y debo buscar más apoyo entre los míos, aunque sólo sea para que me contagien optimismo, energía, paciencia y esas cosas que hacen falta para que la palabra siempre sea menos espantosa y definitiva.” [R.-6].

“...Aún hoy, tengo dudas a veces, sobre todo por lo largo que puede llegar a ser el tratamiento de rehabilitación. Para mí, ahora no veo tan difícil dejar de beber, sino mantenerlo” [R.-7].

Uno de los factores básicos para que la alcohólica pueda conseguir su propósito es recuperar la confianza en sí misma y en su futuro, porque, cuando se propone dejar el alcohol, se propone al mismo tiempo cambiar su vida, rehacer el camino de su existencia y modificar aquellas situaciones deterioradas.

“Cada día que pasa, me gusto y me quiero más y eso repercute en mi vida y en la gente que me quiere “mis hijos”.

He perdonado a mi hermano y a mi madre porque son personas que no saben enfrentarse a la realidad y esconden la cabeza bajo tierra.

Puede, al fin y al cabo, que mi carácter de hoy, ser comprensiva, no tener secretos con mis hijos, hablar de todos los temas, quererlos, amarles y darles lo que yo no tuve, se deba a ellos. Soy una superviviente sin alcohol.” [R.-4]

Evidentemente este empeño en solitario es un objetivo difícilmente alcanzable y por eso cuando recibe apoyos externos expresa una inmensa gratitud. Estas actitudes las podemos observar cuando en los discursos se refieren a los profesionales, los grupos de autoayuda y también cuando agradecen a las familias que no las hayan rechazado.

El agradecimiento lo refieren sobre todo, a partir del momento en que deciden dejar de beber, porque es entonces cuando se percatan de lo importante de los apoyos externos para conseguir la abstinencia y la rehabilitación.

“Gracias a la terapia y a toda la ayuda, y pienso que también a mí misma, he empezado a valorarme a mí misma y me he dado cuenta de que para mí la vida ha empezado a tener sentido. He aceptado que a veces es dura y difícil.” [R.-7]

“Mi familia, en general, ya me está abriendo un poco las puertas que yo involuntariamente me estaba cerrando. Me siento feliz y pienso que puedo llegar a rehabilitarme del todo, aunque nunca sin dejar de pensar que sigo siendo una enferma crónica y que tengo que ir superándolo poco a poco, pero tengo sobre todo mi autoestima y el cariño de todos los míos y de mis compañeros de la asociación.” [R.-11].

“...Sólo puedo decir que la paz y la felicidad que disfruto en estos momentos se lo debo a la asociación. Por eso son pocas las palabras para agradecer la humana e inmejorable tarea, en la cual pienso colaborar con todas mis fuerzas.” [R.-14]

Sin embargo para muchas mujeres el futuro inmediato se presenta complicado, porque lo que las rodea y la degradación social en la que han ido cayendo, son elementos que tienen en contra y no a favor.

“Tenemos muchos problemas. En mi casa no le aceptan y en su casa no me aceptan a mí. Pero existe este inmenso amor, basado sobre todo en el respeto mutuo. Con él puedo ser yo misma.”... “Me han concedido una pensión no contributiva, por invalidez psicológica [66%], pero son sólo 40.000ptas. al mes. Mi novio no puede trabajar después de veinte años dentro de la droga, está demasiado depauperado para ello.” [R.-2].

Pero cuando la alcohólica ha ganado la confianza en sí misma y ha mejorado tanto física como psicológicamente, toma conciencia de los cambios acaecidos en su vida desde que abandonó el alcohol y lo utiliza como refuerzo para seguir rehabilitándose.

“ Hoy me siento querida, escuchada y comprendida y por todo esto me siento motivada para seguir abstinente, y capaz de emprender todo lo que me apetece y llevarlo hasta el final con un mínimo esfuerzo. Mi forma de vida ha cambiado. Más relajada, más alegre...” [R.-8].

“Bueno, ahora ya hace un año y mi vida ha cambiado un cien por cien. Vuelvo a trabajar, salgo, me rio, mi relación con mi marido es estupenda y con mi hijo genial. Le hacía falta una madre.” [R.-10].

Hay un aspecto en los discursos de las mujeres alcohólicas que llevan tiempo sin beber, que puede percibirse a través de sus palabras, y que está implícito en sus relatos. Nos referimos a la satisfacción que se desprende en sus exposiciones por haber conseguido abandonar el alcohol. Es un mérito poco reconocido, si de las mujeres alcohólicas se trata, porque los demás parten de la base de que nunca debieron llegar a ser alcohólicas; en definitiva su éxito se convierte en una manera de reparar el daño causado. No obstante, ellas son las primeras en saber que se encontraron enredadas en el alcohol sin pretenderlo, pero para salir de él, han tenido que ser muy conscientes y no cejar en el empeño. En el fondo se enorgullecen por ello y algunas, lo cuentan sutilmente.

“No me hizo falta ningún tipo de medicación para dejar de beber, pasé unos días con el síndrome de abstinencia pero intenté pasarlo por mis propios medios y realmente me fue bastante bien porque solamente pensaba en mis hijos y en mi marido y todo lo que estaba dejando a un lado y el tiempo que había perdido y que tenía que recuperarlo costase lo que costase. Me lo debía a mi y a mi familia, pero sobre todo a mi persona y creo que esa fue una de mis mejores medicinas y sobre todo el apoyo de mis compañeros de la Asociación.” [R.-11].

“La rehabilitación fue muy dura, aunque nadie me dijo que fuera fácil. Poco a poco empecé a notar mejoría tanto física como psíquica. Si quieres curarte y te dejas ayudar, se puede salir, aunque la pelea es día a día, y el vencer todas las tentaciones, que las hay, no lo duden”. [R.-12]

“...Lo más difícil la confianza en una misma, el volver a quererte [que ya lo tenía olvidado] el saber que eres capaz de hacer cosas por ti misma sin necesidad de que te esten aprobando todo el día.” [R.-13].

### 9.3.4 El apoyo a otras personas

“En nuestra época post socialista, existen todavía grupos que soportan un desprecio generalizado hacia sus identidades específicas como colectivo, esto es, sufren vejaciones que podríamos llamar culturales o simbólicas”. [Valiente, C. 2001: 154]. Para escapar de esta situación de desventaja, estos grupos necesitan una valoración positiva de sus características personales. Los grupos que soportan estas situaciones suelen movilizarse ellos mismos en busca del reconocimiento, como es el caso de las asociaciones y los grupos de los alcohólicos rehabilitados.

Como apunta Freixa, F. [2000: 129]. “los grupos de autoayuda y las asociaciones en general, facilitan la mayoría de las necesidades de contacto y son un potente recurso para el intercambio de experiencias entre alcohólicos/as y también entre familiares. Los grupos además, permiten el seguimiento del proceso de recuperación de cada persona, en un marco de existencia real, de la vida misma, no en un supuesto marco exclusivamente técnico.”

Los grupos reflejan la realidad de uno mismo en las vidas de los otros y a la inversa, de forma que el intercambio y la interacción grupal va a ser un facilitador de excepción para mantener a las mujeres en abstinencia, como expresa el siguiente comentario.

“...Ahora sé que puedo vivir abstinentemente, que aunque a veces es muy difícil y duro, se vive mejor. En segundo lugar para darme cuenta de que hay gente que lo consigue y el ver la evolución de otros, me ha ayudado a evolucionar a mí.” [R.-7].

Cuando las mujeres recurren a personas que han pasado por trances similares a los suyos, encuentran alivio y tranquilidad. De hecho la ayuda de los iguales, funciona bien en

muchas mujeres que incluso recuerdan muy positivamente, la acogida que recibieron cuando su mundo era un cúmulo de problemas y de dudas.

“Fui directamente a una compañera de trabajo, ella ya intuía algo, y me ofreció su ayuda, me habló de una asociación de alcohólicos rehabilitados que dijo que funcionaba muy bien y la verdad es que no lo dudé ni un minuto y esa misma tarde cogí un taxi y yo sola me presenté allí pidiendo ayuda. Me recibieron con los brazos abiertos y me dieron tanta confianza y apoyo que desde que puse los pies en el centro dejé de beber.” [R.-11].

Para algunas mujeres resulta más fácil y accesible acudir a un centro donde va a encontrar otras personas con problemas similares a los de ella, que dirigirse a un servicio médico donde supone que va a recibir un trato más distante.

“En una de esas noches coincidí con un señor en rehabilitación, me habló del tema y de la asociación. Me hizo reaccionar y cuando volví a casa localicé el teléfono y llamé pidiendo ayuda.” [R.-8]

“Me hablaron de una asociación que me podía ayudar, y yo acepté porque reconocí que necesitaba ayuda, pues yo sola no podía salir.” [R.-12].

Por otro lado, las mujeres que están un tiempo en abstinencia, empiezan a sentir la necesidad de comunicarlo a otros/as que sepan compartir su satisfacción y además entiendan la magnitud de sus logros. Evidentemente este grado de comprensión va a hallarlo mayoritariamente en personas que han atravesado situaciones similares a las suyas. En otro sentido, también aparece la necesidad de comunicar su bienestar, proyectándolo sobre otras personas que están peor que ellas. De este modo la ayuda que pretenden ofrecer y que de hecho dan, a otras mujeres alcohólicas, vuelve a revertir sobre ellas mismas, puesto que se afianzan en sus convencimientos en la medida que intentan convencer a los demás. Paralelamente, van adquiriendo un compromiso cada vez más fuerte, consigo mismas y con las compañeras/os, cuando manifiestan públicamente su abstinencia como ejemplo para otros.

“...Quiero que sepas que me gustaría poderte ser útil, sobre todo poderle ser útil a alguien que se sienta sola y diferente, siempre hay alguien, aunque nos cueste encontrarlo, que nos podrá comprender.” [R.-7]



“Me siento orgullosa al escribir esto si he podido ayudar a alguien.” [R.-8].

En general las mujeres relatan lo útil que resultó para ellas la experiencia grupal, encontrando el apoyo y la solidaridad que les faltaba por parte de familiares y amigos. Hay que tener en cuenta que mientras está bebiendo el problema también se oculta por las personas cercanas a la mujer alcohólica tanto como por ella misma, pero en el momento que acude a un centro para iniciar el largo camino de su recuperación se produce la eclosión del problema en la familia y en su medio social cercano. Lo que le ocurre ya tiene un nombre y es alcoholismo. A partir de ese momento la mujer está etiquetada, debe saberlo y tomar conciencia de ello, pues de lo contrario se continúa engañando. También la familia ha de pasar por ese proceso aunque en muchas ocasiones no le interesa y prefiere obviar la realidad. Sin embargo la alcohólica no puede permitírselo pues la aceptación de su enfermedad es el primer paso para la rehabilitación. En este sentido los grupos son básicos y casi se diría insustituibles para apoyar esta evolución necesaria en el proceso del tratamiento y reinserción.

“Son grupos de autoapoyo en los que se comparte experiencia, fortaleza, esperanza. Es decir, no se dan consejos, no se dice lo que hay que hacer...el recién llegado va escuchando lo que han hecho los demás para mantenerse sobrios, pero sobre todo, se siente identificado, por primera vez en su vida, con otra persona, independientemente del sexo o la edad porque los efectos devastadores del alcohol son los mismos para todos. Y sobre todo, se siente que forma parte de un colectivo que le brinda los teléfonos para que cuando sienta la compulsión pueda hablar con alguien que seguro le entenderá.” [R.-15]

La participación en los grupos, por un lado es buscada por la mujer alcohólica para vencer la soledad, para sentirse más segura y para encontrar la aceptación de los otros. Pero al mismo tiempo es temida, por el posible rechazo y por verse obligada a acatar ciertas normas.

Sin embargo los beneficios de la participación en grupos, las mujeres los perciben inmediatamente porque les proporciona una oportunidad para la crítica y la catarsis y a la vez aprenden estrategias para afrontar los problemas cotidianos.

“Empecé a ir a las terapias, a integrarme en la asociación, a conocer a mis compañeros de terapias, a escuchar relatos de cada uno de ellos, con lo cual me dí

cuenta de que mi problema no era el único, y nos fortalecíamos unos a otros.” [R.-14].

“Mi carrera alcohólica ha comenzado y no termina hasta enero del 93 en que acudo a alcohólicos anónimos, a los 56 años. Desde entonces no he vuelto a beber alcohol.” [R.-15]

Algunas personas que han tenido dependencia hacia el alcohol, pasado un tiempo, dejan de tener contacto con profesionales o con asociaciones y vuelven a realizar sus tareas habituales sin relacionarse con otras personas alcohólicas. Sin embargo hay otras, entre ellas también mujeres, que se incorporan al trabajo en las asociaciones dando así continuidad a los grupos de apoyo.

“En cuanto a mi experiencia como consejera de otras personas, a mí personalmente me enriquece cada día más, pues cada persona es distinta, el alcohólico no es siempre lo mismo, cada uno lo vive de forma diferente aunque el problema, que es el alcohol, es el mismo.” [R.-14]

## 9.4 ALCOHOLISMO Y SOCIEDAD

Se considera que las percepciones, los valores y las representaciones sociales, según señala Comas, D. [2002: 79], “sirven para orientar el comportamiento de los ciudadanos, por lo que las relaciones con las actitudes, serían la guía inmediata para la acción, para responder a situaciones concretas”. Hay un nivel profundo, global y colectivo, propio de cada cultura y de cada civilización, apenas aprensible, en el que se mantiene un mundo de percepciones, valores y representaciones sociales, las cuales determinan un segundo nivel menos profundo, más conocido y estudiado en el que se manifiestan diversidad de opiniones.

Para cualquier sociedad el primer nivel supondría la realidad, mientras que el segundo, sería el nivel de debate entre los diferentes actores sociales en torno a la configuración concreta y cotidiana de esa realidad.

En la esfera del alcoholismo en la mujer, las percepciones y los valores determinan con un estricto reglamento, las actitudes más profundas y los comportamientos más



generales. El segundo nivel, el de la opinión pública, posibilita diferentes actitudes y conductas sociales. Es decir, el primer nivel, siguiendo con el razonamiento de Domingo Comas, nos identifica con la cultura mientras que el segundo nos permite tomar opciones y alternativas personales o propias de un determinado subconjunto social.

En la mayoría de las sociedades occidentales, encontramos un modelo de percepción y gestión del alcoholismo, y las drogas en general, que se basa en la articulación de dos paradigmas fundamentales: el de tipo jurídico y el de tipo médico. [Megías, E. 2001:19]. Hay unas leyes internacionales, que se reflejan con mayor o menor intensidad en las normas y organización del control de las drogas, y al mismo tiempo, hay todo un conjunto de ideas y formas de actuación que sitúan a las drogas y el alcoholismo en el campo de la enfermedad. Todo ello está produciendo una determinada percepción de estas sustancias y unas posturas muy subrayadas sobre los aspectos morales [sobre lo que debe o no debe ser]. Desde el punto de vista de las representaciones sociales, podemos afirmar que la preeminencia de uno u otro enfoque, e incluso de otros posibles, se articula a través de un paradigma social que, de forma transversal, sitúa las condiciones para una determinada interpretación, para unas actitudes y para unos comportamientos que expresan, las necesidades y orientaciones del colectivo social.

En definitiva, como apunta Menendez, E.L. [1990: 61], nos encontramos ante un fenómeno social total, uno de cuyos componentes básicos es, precisamente el paradigma que ofrece una coherencia general y unos significados determinados.

En este apartado se contemplan algunos aspectos que en el alcoholismo de la mujer, están condicionados por las actitudes, opiniones y valores sociales dominantes y que están relacionados con su vida como ser social en un contexto o sistema social determinado. Acerca de estas cuestiones las mujeres han manifestado sus opiniones y vivencias.

#### **9.4.1 La percepción social y la diferencia por género**

El género como categoría de análisis recorre todos los ámbitos y niveles de la sociedad. El género permite contemplar a los sexos como entidades sociales, políticas y culturales, superando las limitaciones del concepto de sexo, que parece referir a algo natural, primario, esencial y aparentemente sometido a escasas transformaciones históricas. Género es un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de

forma diferente y casi siempre desfavorable a las mujeres con respecto a los varones. [Ortiz Gómez, 1997:187].

El concepto de género y la desigualdad de género son la vía a través de la cual incidimos socialmente, damos cuenta de la situación de la sociedad cuando la sociedad es sexista. [Romo, N. 2001 :30]. El género sería un instrumento de conocimiento con el cual se separa con fines analíticos la desigualdad y las diferencias sexuales. El objetivo es determinar los aspectos sociales en que se manifiesta el sexismo.

El género influencia la forma en que varones y mujeres reaccionan frente a conductas que impliquen riesgo y transgresión.

Con respecto al tema que nos ocupa, ya se ha recogido del discurso de los agentes sociales, las desigualdades existentes entre los hombres y las mujeres alcohólicos/as, tanto en lo que se refiere a la percepción social del enfermo/a, como a las diferencias cualitativas en el abordaje de los tratamientos, que suelen estar orientados mayoritariamente hacia los hombres.

También las mujeres alcohólicas corroboran esta situación que además la sufren en sí mismas. Nadie pone en duda que es posible obtener un tratamiento satisfactorio al margen de las apreciaciones apuntadas, pero lo que está claro es que la privacidad que afecta especialmente a las mujeres sobre el tema del alcohol, debido al enjuiciamiento social, está relacionada con las desigualdades en razón del género, y ello dificulta el recorrido de la recuperación.

“...Sí que soy consciente de que es más difícil para una mujer que para un hombre y aunque razone que es la misma historia, lo cierto es que no lo es. La sociedad no lo ve así y por lo tanto te machaca más.

Curioso mundo, menos mal que no creo que todos somos iguales. No, hasta que le de una torta a un tío y lo tumbe; aunque no es tan simple.” [R.-6]

Aunque la enfermedad es la misma para los hombres que para las mujeres, a nivel psicológico y social las diferencias corresponden no tanto a las peculiaridades condicionadas por el sexo de la persona, sino a la función que en la sociedad se le atribuye a cada uno. Hay países en que la medicina –por citar un ejemplo- u otras profesiones, son desempeñadas en exclusividad por varones, como pueda ser el caso de los países islámicos, sin embargo en los países occidentales, el porcentaje de mujeres médicos casi es equiparable al de hombres. Ello significa que en el mismo momento histórico la estructura

socio-cultural diverge de unos países a otros al enjuiciar la capacidad profesional o idoneidad de hombres y mujeres. En el alcoholismo, las consideraciones similares al ejemplo expuesto, se traducen en una discriminación de consecuencias epidemiológicas.

“Ahora existe un mundo diferente en mis relaciones. Casi todo lo que puedo decir es que está siendo muy difícil salir del rollo de sentirte “rara” y “etiquetada” sobre todo por la familia que para mí son mi madre y mi tía.”....” ...Tal vez nuestra distinta manera de padecer la enfermedad sea por la manera que la sociedad tiene de enfocarlo y no por las verdaderas diferencias que puedan haber.”. [R.-7].

“El alcoholismo en la mujer, aún siendo en sus efectos y consecuencias bastante similar a los del hombre, y teniendo algunas veces, si cabe, unas mismas pautas a la hora de beber, tiene no obstante unas características especiales de índole, sobre todo psicosocial.” [R.-14]

No nos faltarían explicaciones en el momento de analizar las desproporciones en los juicios morales entre el alcoholismo del hombre y de la mujer. Las características que la función de cada sexo imprime en nuestra sociedad, están en el origen de la diferencia. La mujer todavía en algunos medios es considerada como una persona de segundo orden y sus posibilidades de iniciativa e independencia pueden estar limitadas. A la mujer se le adjudica aún la sumisa dependencia y por el contrario al hombre se le supone dinámico, enérgico, decisivo e independiente.

La agresividad sexual del hombre pone en peligro no tan sólo la integridad física de la mujer, sino también las prejuiciosas deducciones que sobre su conducta moral pueden colegirse.

“En primer lugar no es lo mismo que esté una mujer sola bebiendo en un bar que un hombre solo, lo he vivido y lo he visto, que a una mujer sola es como si se tuviera derecho a molestarla, a faltarle al respeto y a utilizarla. Las mujeres además, creo que llevamos peor nuestra enfermedad, yo me escondía tanto antes como ahora, porque no es lo mismo en nuestro mundo un hombre alcohólico que una mujer alcohólica” [R.-7].

“...Me costaba asimilarlo porque en esta sociedad, la mujer que consume alcohol no está bien mirada, es simplemente una borracha, buscona y mil apelativos más” [R.-11].

La enfermedad se manifiesta con características distintas como ya se ha comentado en anteriores apartados, pero, de entre todas ellas, las dos que expresan más significativamente las diferencias por género, serían que la mujer alcohólica suele beber en clandestinidad y que en la mujer su pronóstico es más sombrío que en el hombre.

La explicación a la clandestinidad la hallamos en que la mujer, y sobre todo la mujer adulta ama de casa, que se siente patológicamente atraída por el alcohol, encuentra muchas más facilidades para ingerirlo en la intimidad del hogar, que en lugares públicos, ya que ello no está bien visto. Así forzosamente ha de calmar su apetencia dentro de casa. Para ello ha de proveerse de ciertas cantidades y siendo consciente de lo reprobable de su ingestión excesiva, esconde sus dosis cotidianas en los lugares más inusitados.

“Esta situación social explica las peculiaridades del beber clandestino de la enferma alcohólica, al ser mal visto y socialmente condenado. Especialmente la mujer embriagada o habituada al alcohol, era y sigue considerándose en muchos lugares como algo peyorativo, una mujer fácil, una mala madre, etc...” [R.-14]

En cuanto al factor pronóstico, como ya se ha comentado en el apartado anterior, existen factores por parte de los terapeutas que disminuyen la eficacia de los tratamientos, pero además, siendo que la valoración ética es para la mujer mucho más intransigente, los prejuicios que debe saltarse, gravitan sobre ella con más fuerza que sobre el hombre.

“En mi opinión el alcoholismo aún no se ve como una enfermedad, sino como un vicio. Sobre todo en esta sociedad la diferencia entre un hombre y una mujer alcohólica es abismal. Pienso que hay muchas mujeres que necesitan ayuda y empiezan a beber porque creen que así se les alivian sus problemas e incluso desaparece, pero cuando te despiertas de la borrachera tienes los mismos problemas y posiblemente más agudizados a causa de tu adicción.” [R.-11].

“De momento ser alcohólica me supone una losa, cada día menos, pero la vergüenza aun no he logrado quitármela de encima, con la gente que lo sabe sí pero decirlo abiertamente a la sociedad todavía no lo hago.” [R.-13]

La mujer y su mundo suponen un universo próximo y a la vez desconocido, que demanda una atención similar, pero sutilmente diferente a la de los hombres. En estas diferencias es donde pueden producirse confusiones y desorientación, pues las mujeres se

sienten aún extrañas en muchos dispositivos asistenciales, a los que recurren con grandes esperanzas para salir de la nebulosa en la que viven.

#### **9.4.2 El trabajo de la mujer dentro y fuera del hogar.**

Además del abandono de las tareas domésticas, la alcohólica deja de aportar económicamente a la familia ya que decae su actividad profesional, lo cual le supone una pérdida de estima en el núcleo de la familia. Esta pérdida de reconocimiento laboral implica una ruptura en el modelo de familia y la representación de la madre como mujer emancipada que le otorgaba una independencia económica con la subsiguiente autoridad.

En líneas generales y aún teniendo en cuenta los cambios producidos en la sociedad, y en la familia, en el interior de ésta sigue dándose la clásica división de funciones en la que a la mujer, sobre la base de su función reproductora, se le asigna el cuidado de la casa y la prole, quedando reservado para el varón el trabajo remunerado fuera del hogar, asumiendo el deber de atender él sólo las necesidades económicas familiares.

“Volvía del trabajo, y yo que había estado también todo el día estudiando y haciendo prácticas en el hospital, tenía que encontrarlo con la cena hecha, la casa limpia, pero vestida sexy y atrayente.” [R.-2]

Del conjunto de elementos que configuran la vida cotidiana, uno de ellos, el trabajo, tiene un valor muy especial, dado que es el elemento, que desde una perspectiva antropológica, da sentido a la existencia de los seres humanos. [Martí, O. 2000:69]. Este sentido, multidimensional, presenta varias caras: desde el punto de vista más externo al sujeto, le somete a una serie de constreñimientos sociales que le estructuran su tiempo de vida y su inserción en la estructura social; desde el punto de vista de su equilibrio psíquico, es la actividad a través de la cual, el sujeto se autoexpresa sintiéndose útil a los demás, y recibiendo de los demás el reconocimiento social de las capacidades que le configuran, y finalmente, desde el punto de vista intrapsíquico, el trabajo es un factor esencial como mecanismo de carácter sublimatorio de las energías.

Es innegable que existe una mayor incorporación de la mujer al mundo del trabajo,



“Volvimos del viaje de novios, yo seguía trabajando en la misma empresa en la que trabajaba desde los 14 años”.... “Mis hijos se fueron haciendo mayores y yo ascendí en el trabajo siendo en la actualidad técnico comercial.” [R.-4].

“Trabajo desde los 15 años como auxiliar de clínica. Empecé a hacer prácticas, pero yo quería más, quería tener mi dinero y vale, trabajaba todo el año gratis para que me dieran sustituciones en verano o algo más.

Pensé, ya tengo mi título, ahora es cuestión de meter la cabeza, y luego, si quiero, seguiré estudiando. Y lo conseguí.” [R.-5]

“Tengo 27 años, soy soltera, trabajo de teleoperadora...” [R.-7]

“Mi profesión es analista metalúrgica y trabajo en análisis de tornillos...” [R.-8].

“Soy panadera, trabajo en un horno familiar con mi marido y cuñado” [R.-10]

Lo que ya es más discutible es que esto signifique un mayor grado de emancipación ya que sigue existiendo una gran desigualdad de oportunidades laborales que se manifiestan en la menor remuneración y categoría de los puestos de trabajo que desempeña la mujer.

Podríamos decir que se está avanzando por el camino de la equiparación y la igualdad entre los sexos, pero la idea de plena igualdad en un sentido colectivo no ha sido asumida por la población, hay que tener en cuenta que la evolución psíquica es más lenta que la política y legislativa.

Si analizamos la distribución de actividades del matrimonio dentro de la organización doméstica y la vida cotidiana, es una forma de estudiar el poder interno de la estructura familiar. Desde esta perspectiva aparece un desigual reparto de poder entre hombres y mujeres, ya que mientras las mujeres han de consumir bastante de su tiempo en tareas hogareñas, los hombres apenas contribuyen a ello con un pequeño porcentaje de su tiempo libre. Esta disparidad, no de actitudes sino de hechos, significa, que a pesar de las declaraciones enfáticas de igualdad se sigue culturalmente considerando un deber sólo femenino todo lo concerniente al hogar. La mujer alcohólica cuando comienza a sentirse mal a consecuencia de un consumo excesivo de alcohol, abandona las tareas del hogar porque se siente totalmente incapaz de realizarlas bajo los efectos del alcohol, por lo que pierde toda credibilidad frente al resto de la familia, y ante ella misma, al tomar conciencia del incumplimiento de su rol. La consecuencia en esa conducta es que empeora la situación aumentando las ingestas y el ocultamiento de sí misma y de las tareas incompletas.

“Todo ello –amén de una inmadurez evolutiva- me llevó a un abandono de mis obligaciones laborales, familiares y de todo tipo. Esto motivó que consumiera aún más alcohol, si ello cabe.” [E.-1]

“Físicamente estaba muy mal, con temblores, pérdida de peso, vómitos..., con una absoluta incapacidad para hacer cosas en casa que cada día estaba más deteriorada, en lugar de arreglarla evitaba que viniera gente para que no la vieran, y así día tras día durante ocho años...” [R.-13]

El horario del ama de casa, como señala M<sup>a</sup> Angeles Durán, [1986], es teóricamente ilimitado. La cantidad de trabajo variará en función de las demandas de trabajo que hagan los demás miembros de la familia. Este rol de ama de casa ha sido inculcado a la mujer desde una edad muy temprana, habiéndolo interiorizado y haciéndolo como un deber suyo.

Si tenemos en cuenta que la familia, desde un punto de vista estructural funcional, es un sistema dentro de otro sistema más amplio que es la sociedad, estará afectada a la vez por fenómenos internos y por fenómenos externos. Teniendo esto en cuenta es de suponer que las relaciones familiares se vean afectadas por los cambios que se den en los otros sistemas y, sobre todo, por la dependencia que la familia tenga de los otros sistemas para satisfacer sus necesidades. Aún siendo la familia nuclear lo más adaptable a la sociedad industrial, ésta se encuentra con mayor o menor grado de conflictividad por la necesidad que tienen sus miembros de trabajar fuera de la unidad familiar y esto es más notorio cuando es la mujer la que tiene que trabajar fuera del hogar.

Para que la unidad familiar sea estable y funcional tiene necesidad de unos requisitos mínimos: ha de satisfacer ciertas necesidades de sus miembros, ha de haber unas funciones de liderazgo, de integración y al mismo tiempo se deben mantener unas pautas de comportamiento. Se ve como necesaria la diferenciación de roles. El rol del hombre sería el del ejercicio profesional como mantenedor de la economía doméstica, quien tiene el rol de liderazgo y es también quien da el status a todos los miembros de la familia a través del sistema ocupacional. Las funciones de la mujer se quedan pues relegadas a las tareas domésticas y si ésta trabaja fuera del hogar, no puede entrar en competencia directa con el varón.

“El trabajar juntos fue lo peor que nos pudo pasar ya que tenía celos de mí. Pasé más de tres meses trabajando allí. El era comercial y viajaba visitando clientes. Más de una vez le pregunté cómo le había ido y se enfadaba y me pegaba delante de los niños.” [R.-4].



El feminismo a partir de los años 60, la limitación del número de hijos y el desarrollo tecnológico ha puesto en tela de juicio todo lo anterior. Como consecuencia se da un conflicto de autoridad y emancipación dentro de la institución familiar y la sociedad empieza a valorar a la mujer como persona y mujer que trabaja.

“El trabajo que realizo me gusta: soy coordinadora de una red de entrevistadores y gano suficiente para vivir sin lujos pero sin privaciones.” [R.-15]

El trabajo de la mujer fuera de casa repercute indudablemente en las relaciones familiares, pero no tiene por qué ser negativo. Esto dependerá de las relaciones que se den dentro de la familia y sobre todo de la interpretación o actitudes sociales dominantes en un momento dado. [Piotet, F. 1987].

La mujer alcohólica y su entorno familiar se ven afectados por estas variables comunes a otras familias y además deben añadir un factor que se introduce en su interior, que es el consumo de alcohol de uno de sus miembros. Mientras la mujer sigue cumpliendo en su trabajo y en su papel de madre y esposa en la familia, el problema del exceso de consumo de alcohol se tolera. Pero esta actitud que puede considerarse positiva en cuanto a la aceptación que pueda suponer, al mismo tiempo se vuelve en contra de la alcohólica por el vacío que representa en cuanto a dar respuesta a su auténtico problema que es el alcohol. Es decir que mientras va desempeñando su rol a nadie le preocupa que esté desarrollando una dependencia.

“Después supe que era del dominio público lo que yo aún no sabía, que yo era alcohólica y si se me toleraba era porque respondía en el trabajo.” [R.-6].

Uno de los retos a los que debe enfrentarse la mujer alcohólica tras haber dejado de beber, es demostrar su capacidad de incorporación a una vida social normalizada, lo cual incluye el desempeño de alguna actividad laboral. En este sentido, las mujeres que han cortado con su trabajo anterior fuera de casa por cualquier motivo, ajeno o en relación al alcohol, o aquellas que no hubieron trabajado con anterioridad deben realizar un doble esfuerzo por introducirse en el ámbito laboral para conseguir una actividad remunerada. Alcanzar este objetivo es importante para la mujer en un doble sentido, ya que la sitúa al nivel de la mujer emancipada, libre y responsable, lo cual facilita su integración y en otra línea es una manera de demostrar su recuperación. En ocasiones, este reto obliga a las mujeres a vencer otros retos que aparecen en su interior, debido a la inseguridad que les abruma por el hecho de ser alcohólicas.

“..Y sobre todo porque me he dado cuenta de que siguen existiendo algunos prejuicios, la verdad es que no es por el miedo de lo que puedan decir, sino más bien que no me consideren competente para un trabajo por mi condición de alcohólica, ya que creo que la capacidad se demuestra trabajando, en la práctica, y yo ahora lo estoy haciendo bastante bien.” [R.-7].

### 9.4.3 La degradación social

Uno de los problemas que plantea el alcoholismo en la mujer es la desconfianza en sí mismas y en la posibilidad de alcanzar resultados, debido al escepticismo de los que la rodean y al sentimiento de marginación que ellas mismas experimentan.

Refiriéndonos a la posibilidad de recuperación de la mujer alcohólica, como apunta Cañuelo, B. [2002: 256] cuando el consumo se da en la mujer, el problema adquiere unas connotaciones especiales, ya que presentan una mayor vulnerabilidad y enmascaramiento; hay por tanto una mayor dificultad, sobre todo cuando el problema se ha perpetuado en el entorno familiar, apareciendo en estadíos avanzados y con fracasos en anteriores intentos de tratamiento.

“ Después de diez años no tenía amigos, no conocía a nadie, mis hermanos tenían ya su vida propia y yo vivía con mi madre, discutía todo el tiempo con ella, porque nunca nos hemos llevado bien. Fue el infierno...” Lo que pasa es que ya me siento tan cansada, tan, tan cansada, que no sé por dónde empezar.” [R.-2]

“Podría contar las veces que me encontraron vagando y me llevaron a un hospital, o como acabé encerrada e incomunicada y desvariando o en una clínica de desintoxicación o de reposo. Para mí sólo son un camino con agujeros profundos de los que no sabía cómo salir.” [R.-6]

“Un año antes de dejar de beber empecé la caída en picado en todos los aspectos, dejé de arreglarme y de cuidarme, dejé realmente de ser yo para convertirme en alguien que realmente ni yo conocía...” [R.-11].

La degradación personal a causa del alcohol llega a repercutir también en el ámbito de relaciones, el nivel cultural y educacional, y en el trabajo; en definitiva, trasciende al medio de la persona que paulatinamente va degradándose socialmente y empieza su marginación. El concepto de marginalidad está en este caso impregnado de profundas

connotaciones subjetivas, ya que considerar que una mujer está marginada porque manifiesta una conducta distinta es un planteamiento demasiado simplista. Como apunta Valverde, J.[1993: 32], el que un comportamiento sea considerado como normal [o al menos permisible] o bien anormal o inadaptado, depende no sólo del comportamiento en sí, sino también, en qué contexto social se dé, quién sea el individuo que manifiesta el comportamiento, quién se encarga de evaluarlo, cuáles son las consecuencias de ese comportamiento y a quién afecte. En este sentido la mujer alcohólica tiene pocas posibilidades de llevar su enfermedad con mínima dignidad y el deterioro social es mayor que en el hombre debido a las connotaciones sociales de su conducta.

El rechazo de los valores tradicionales y sociales por el abandono del papel que la mujer tiene atribuido en nuestra sociedad, conduce a la mujer alcohólica a la marginación social.

“Estaba ya cansada de una vida sin sentido, rodeada de alcohol, drogas, prostitución y oscuridad.” [R.-7]

Cuando la familia se siente agotada y piensa que los intentos de ayuda son infructuosos, suelen romper las relaciones con la mujer sumida en el alcohol, lo cual le produce un doble efecto ya que además de enfrentarse sola a su problema, queda de algún modo marcada, por el hecho justamente de estar sola. Esta situación se da en todo tipo de familias, puesto que el alcoholismo desdibuja las barreras de las diferencias sociales, igualando por los síntomas y las consecuencias a las personas de diferentes niveles socio económicos..

“Me llamo O...Tengo 38 años. Soy alcohólica. He ejercido como abogada durante diez años aproximadamente”....“En lo que concierne a mi familia biológica – padres, hermanos, sobrinos...-el contacto es inexistente. Sólo, y a duras penas, mantengo una muy débil relación con mi padre.” [R.-1]

El círculo de relación se va estrechando porque los intereses de la mujer alcohólica no coinciden con los de las personas que la rodean. Se va aislando y vuelve a aparecer el fantasma de la soledad, que a la vez la margina.

“...Mi profesión hasta hace unos días era la de auxiliar administrativo, pero ahora me he sacado el título de auxiliar de enfermería.”...“...Poco a poco rompí relaciones de amigos y sólo salía con los que más bebían y más se desmadraban, después opté

por no salir ni con estos, me compraba la bebida y me la tomaba sola en casa.”  
[R.-13]

El proceso de deterioro no pasa desapercibido para ninguna mujer, ni mientras está bebiendo, ni cuando ha dejado de beber. En el primero de los casos su nivel de autocrítica es tan bajo y su deseo de alcohol tan elevado, que no le permite reflexionar y actuar en consecuencia. En el segundo supuesto, recuerda la degradación a la que había llegado y lo utiliza como instrumento o como freno para mantenerse en abstinencia. En ambas etapas de su vida la mujer habla de sí misma con desprecio, pero en realidad lo que en el fondo desprecia, no es a sí misma, sino el alcohol y lo que éste consiguió hacer con su vida.

“Empezamos a ser mentirosas patológicas, gastamos más, escondemos la bebida, no tenemos ganas de salir porque realmente queremos estar en casa, para así seguir bebiendo, siempre estamos enfermas, dejamos de alimentarnos y empezamos a perder peso y sobre todo, empezamos a deteriorarnos física y psíquicamente.”  
[R.-11].

Seguimos preguntándonos, -como lo hizo Bogani, E. en 1971,- ante este modo de enfermar de las mujeres, que quizá algunas de las alcohólicas no hubieran llegado a serlo si hubieran reflexionado sobre las posibles consecuencias de sus ingestas, a través de una buena acción profiláctica que les hubiera informado de los riesgos que corrían.

#### **9.4.4 La esperanza**

Una de las cosas que apuntan las mujeres es que necesitan aprender a ayudarse a sí mismas, para hacer aquello que les proporciona la fuerza para recuperarse. Así, necesitan evitar situaciones en las que saben que terminarán sintiéndose mal con ellas mismas. Las mujeres necesitan evitar a las personas que les hacen sentirse inferiores, avergonzadas o no merecedoras de ayuda.

Una característica en las mujeres es la necesidad de imágenes de mujeres fuertes y que se definan como tales, porque para muchas, es difícil pensar en sí mismas sin sentirse egoístas.

Ahora bien, la mujer que se ha sentido herida por el alcohol, sufriendo un daño del que no es culpable, encuentra su fuerza en su propia vulnerabilidad. Es decir cuando una

mujer comprende qué es lo que le ha hecho daño y le ha hecho sufrir, puede empezar a afrontarlo. Una vez se afronta puede empezar a tratarse y entonces la mujer comienza a sentir su propio poder y ahí comienza su esperanza.

“Escribiendo este relato me he sentido muy mal, he revivido y recordado cosas que me hacían sufrir, pero ahora que lo he terminado, me siento bien, ha sido como un desahogo, he conseguido plasmar en el papel mis sentimientos y es como si me hubiera quitado un peso de encima.” [R.-2].

“Ahora tengo casi 48 años y me da la sensación de que empiezo a vivir, a ser normal y disfrutar de todo cuanto me rodea. He aprendido a escuchar, comprender y razonar” [R.-8].

“Que me supone ser alcohólica: Ahora un poco de vergüenza, pero ahora me siento bien y no me siento culpable de nada.”...“Al escribir esto me he sentido agusto y satisfecha de haberlo contado.” [R.-9]

“Escribir sobre mi vida, me ha hecho recapacitar lo que he conseguido y lo mal que lo he pasado tanto físicamente como psicológicamente. Ahora sé que vale la pena.” [R.-10]

“La gente que sabía mi problema me felicita y me da ánimos para seguir adelante, pero lo que tengo bastante claro es que la única que me tengo que felicitar y darme ánimos soy yo porque creo que me lo merezco.” [R.-11].

“Intento con todo mi ser vivir el presente y disfrutar de esta nueva concepción de libertad. ESTOY VIVA.” [R.-15].





**CONCLUSIONES**





## CONCLUSIONES

Los fenómenos sociales y los problemas en los que inciden aspectos sociales, siempre son cambiantes y en ocasiones ambiguos. No pretendemos por lo tanto, encasillar el fenómeno del alcoholismo en conclusiones finalistas y estáticas. La amplitud de los factores que componen dicho fenómeno, nos lleva más bien a ofrecer una serie de consideraciones que aporten nuevos elementos para la reflexión y comprensión del alcoholismo en nuestra realidad.

Las conclusiones a las que nos ha llevado la investigación efectuada, las estructuramos del siguiente modo:

### **PRIMERA: Sobre la socialización y el contexto socio-cultural y familiar**

- a] Podemos afirmar que la socialización adquiere un valor primordial en el análisis de la etiología del alcoholismo femenino así como en la reinserción de las personas alcohólicas.

Consideramos que el proceso de socialización no es único ni uniforme para todas las personas. El proceso y los resultados dependen en mayor medida de las condiciones objetivas a partir de las que la persona, [el yo], entra en relación con el ambiente social que de la manera de ser y de actuar de las personas/agentes encargados de llevarla a cabo.

Con referencia a las condiciones que rodean la socialización de las mujeres alcohólicas, manifestamos las siguientes consideraciones:

- ⌘ En la actualidad, los cambios socio-culturales no han producido las modificaciones deseadas en la socialización de las mujeres. Por ello, se produce un conflicto entre la interiorización de las normas sociales, más liberales y abiertas tras la incorporación al mundo laboral y social, y las que le transmite la propia familia, que continúa adjudicando a la mujer roles más tradicionales. Aparece entonces una contradicción entre lo que se espera de ella como mujer en su antiguo rol y las posibilidades que le ofrece la sociedad actual. La mujer ha tenido que incorporarse a los cambios, encontrando el equilibrio entre sí misma como persona y como ser social.
- ⌘ En realidad, la alcohólica es una persona mal socializada, se convierte en sujeto desviado por un proceso de aprendizaje [asociación diferencial]. La mujer, por el hecho de ser mujer, cuando ha sufrido malos tratos o abusos sexuales, encuentra en el alcohol un alivio y una salida a su situación. Aprende a adaptarse a estas situaciones, por medio del consumo reiterado de alcohol, hasta convertir su hábito en una conducta desviada socialmente.
- ⌘ El proceso de socialización de la mujer alcohólica, abarca dos tiempos: El primero, referido a su infancia y adolescencia, previo a la instauración de la dependencia alcohólica. Este proceso de socialización, vital para la formación de la identidad de las personas, resulta dañino para un correcto desarrollo, tanto de los aspectos afectivos como de los aspectos cognitivos, cuando está condicionado por factores y contextos socioculturales desfavorables.

El segundo, que podríamos denominar re-socialización, es cuando inicia la alcohólica su recuperación. Es éste un momento en que debe socializarse de nuevo, en un contexto con unas pautas culturales y normas de conducta diferentes al sistema social en el que pretende reinsertarse. Frente a la norma de beber alcohol, se impone la conducta abstinencia.

- b)** El alcohol, es una droga institucionalizada y con gran arraigo histórico y cultural en nuestro medio social. Existen costumbres sociales que apoyan la conducta alcohólica a través de medios como la publicidad, las celebraciones y fiestas, la permisividad y aceptación social del hecho de beber.

Desde nuestro posicionamiento a este respecto, debemos señalar lo siguiente:

- ⌘ Consideramos el uso y abuso de alcohol como un fenómeno social, por su integración cultural y por su relación con determinadas situaciones problemáticas. También lo es, incluso diríamos que sobre todo, por las repercusiones que tiene

sobre las personas, incluidas las no bebedoras, que son sujetos pasivos, porque las consecuencias que se derivan del alcoholismo [agresiones, accidentes...] repercuten en terceras personas, y por lo tanto, sobre el conjunto del cuerpo social.

- \* Merece destacar la relación que existe entre los patrones de consumo y el nivel de consumo de la población con los problemas relacionados con el alcoholismo, para subsanar algunas interpretaciones erróneas del pasado que continúan vigentes. Como ejemplo de ello puede citarse el hecho de pensar que la bebida solo tiene efectos nocivos para una minoría de la población o que la bebida favorita de los españoles, como es el vino y la cerveza, no son en realidad alcohol ni por lo tanto una droga.
- \* Aunque el uso de drogas, incluido el alcohol, no es un fenómeno nuevo, sí lo es su extensión masiva, que va ligada a nuevas formas de vida, a la movilidad geográfica, y a la expansión de mercados que alimentan la vida consumista. Las diferencias entre una toxicomanía institucionalizada o una ilegal vendrán condicionadas por el contexto social en el que se desarrolla la sociogénesis. También la manifestación de trastornos conductuales será distinta en una u otra, por el impacto social que produce el consumo de cada una, pero, en definitiva, ambas son sustancias psicoactivas que pueden provocar dependencia en las personas y modificar la percepción de la realidad.

- c] Las relaciones e intercambios entre los miembros de una familia en la que la mujer alcohólica es madre y esposa, dificultan el aprendizaje de valores sociales, de los valores del sistema social más amplio.

Al no aparecer la figura materna como generadora de seguridad se pueden configurar personalidades conflictivas. En las situaciones en que la madre es alcohólica, la socialización primaria presenta déficits y carencias importantes con respecto a los patrones de la cultura dominante; hecho éste que provoca en los hijos situaciones de desventaja a corto plazo con respecto a los otros niños. En definitiva, la ruptura del equilibrio y la desorganización social en el seno de la propia familia, produce una disminución del control social necesario, en el proceso de socialización, dentro del grupo primario que es la familia.

- d] La pareja de la alcohólica, por lo general, no ayuda a la mujer a ponerse en tratamiento. La oculta. Tampoco le acompaña durante el periodo de recuperación, y en ocasiones, boicotea la rehabilitación porque prefiere a la mujer bebida, que está

dispuesta a cualquier juego erótico y no plantea problemas de competencia en la estructura familiar.

### **SEGUNDA: Sobre las bases epistemológicas de la conceptualización del alcoholismo y de la mujer alcohólica.**

- a] La perspectiva teórica que hemos utilizado para analizar la marginación de la alcohólica, es el interaccionismo simbólico en lo concerniente al proceso de socialización y las teorías del etiquetamiento y la reacción social en la parte referida al comportamiento desviado. Este doble enfoque se explica por la dualidad de los valores y actitudes sociales respecto al alcoholismo, según se trate de aceptar el consumo o rechazar al alcohólico/a.
- b] La alcohólica es catalogada como desviada porque se le atribuye un rol social como alcohólica, se la considera perteneciente a una categoría especial de personas. No podemos dejar de considerar, sin embargo, que en un comportamiento desviado hay, también, un componente subjetivo que se traduce en una elección consciente del sujeto, motivada por una serie de circunstancias socio-ambientales y sujeta a toda una serie de justificaciones a sus actos. La alcohólica siempre tiene un papel activo en el proceso de su desviación, pues, en última instancia, ella decide.

La responsabilidad última de las actuaciones recae en la persona, pero lo que es significativo para la persona es ser catalogada con una denominación etiquetada con un rol, en mayor medida que el haber cometido algún acto desviado. La alcohólica se adapta a la generalización de la etiqueta, desapareciendo su individualidad e identificándose con la imagen que la sociedad produce de alcoholismo femenino. Esa es su supervivencia porque sin eso, aun siendo negativo, ella no es nada, no tiene identidad, porque perdió la identidad como mujer "normal". Hay situaciones en las que prefiere ser alcohólica que ser nada.

- c] El enjuiciamiento socio-moral sobre el alcoholismo no se ha superado en nuestra sociedad, siendo más evidente, si el alcoholismo es femenino. La mujer alcohólica es menospreciada socialmente en mayor medida que el hombre alcohólico. En el imaginario social la mujer alcohólica se encuentra entre el vicio y la enfermedad, hasta tal punto que las propias mujeres alcohólicas no lo tienen claro. Vicio es un concepto que suele aparecer unido a la falta de conciencia de alcoholismo. El concepto de

enfermedad desculpabiliza a la mujer alcohólica, porque la libera de la estigmatización.

Para el enfoque interaccionista, desde el que partimos en esta investigación, lo importante es la relación dinámica, el proceso de elaboración de lo normal y lo desviado. No hay individuos o actos desviados en sí, sino procesos definidores o etiquetadores asimétricos. Lógicamente en la explicación de tales procesos, que tiene lugar en un contexto, hay que hacer referencia a otros más básicos, en definitiva, al orden social y sus mecanismos ocultos y últimos. El significado de desviación social está ligado a una colectividad y un sistema social determinados; no existen comportamientos desviados en sí, sino solamente definiciones sociales de lo que es un acto conforme o desviado.

### **TERCERA: De las instituciones.**

El análisis de los discursos de los actores implicados en el tratamiento y la rehabilitación de las mujeres alcohólicas, nos ha posibilitado sugerir las siguientes precisiones:

- a) La burocratización ha supuesto realmente la despersonalización del tratamiento en el ámbito de la asistencia al alcoholismo. Podemos afirmar que:
  - El control social sobre el alcoholismo, proporciona una red de respuestas socio-sanitarias que varía según el momento histórico y el contexto socio – político. Las respuestas articuladas actualmente por la sociedad para las personas alcohólicas, sitúa los recursos en torno a tres ejes paralelos: asistencial, rehabilitador y preventivo.
  - No existe coordinación entre los servicios de salud y los de servicios sociales como clara resultante de la burocratización de las instituciones. La ausencia de coordinación institucionalizada entre los diferentes servicios y programas, provoca la despersonalización y parcelación de la globalidad de los problemas de la persona
- b) Existe la diferenciación entre centros dedicados a la desintoxicación y centros para la rehabilitación. Desde el punto de vista de los profesionales implicados, en el momento actual, en la Comunidad Valenciana, se trabaja desde un modelo medicalizado, basado en la potenciación de los centros médico/asistenciales, [UCA], como eje

fundamental del tratamiento. Ocupan un lugar secundario los recursos de rehabilitación y reinserción gestionados por ONG y Asociaciones. Por lo que los centros que abordan los aspectos sociales, no se sienten identificados ni integrados respecto a la red asistencial institucionalizada.

- c] Es un hecho las dificultades de las mujeres para acceder a los tratamientos por el temor a que ello desvele su alcoholismo, según manifiestan las opiniones de los diferentes profesionales entrevistados. Las mujeres rechazan y temen acudir a los centros. Este hecho se evidencia en los datos de los Informes del Plan Nacional Sobre Drogas, que habiendo un aumento en el número de mujeres que consumen alcohol de manera abusiva, haya disminuido el número de mujeres que solicitan tratamiento.
- d] En la actual estructura del sistema asistencial, el gran perjudicado ha sido el enfermo/a alcohólico/a, porque, tanto desde los centros médicos como desde los socio-sanitarios, los consumidores de otras sustancias absorben gran parte de la atención y la dedicación de los profesionales por el gran impacto social de los consumos ilegales. Por otro lado, el alcohólico no se identifica como toxicómano o drogodependiente y esta cuestión es aún más patente en el caso de las mujeres alcohólicas. El resultado es que la mujer alcohólica no obtiene una respuesta adecuada a la demanda que configura sus necesidades de género, porque las respuestas asistenciales se dirigen de forma prioritaria a toxicómanos de sustancias ilegales y varones.

#### **CUARTA: Sobre los agentes sociales .**

- a] De las entrevistas realizadas a los profesionales que trabajan en el campo del alcoholismo, encontramos entre los diferentes discursos, ciertos aspectos claramente complementarios, mientras que, también, aparecen temas sobre los que existen posturas opuestas.
  - Entre las posturas coincidentes: respecto al reconocimiento social del trabajo que realizan, los profesionales coinciden en manifestar que ellos no tienen el mismo prestigio social que en otras áreas de la salud. Otro punto de consenso es el que se refiere a la fuerza que se desprende del submundo de las drogodependencias, que invade y absorbe el contexto que le rodea, llegando incluso a los profesionales, de tal forma, que se exigen a sí mismos un fuerte implicación personal.



☒ Respecto a los desacuerdos: aparece un debate entre los profesionales, sobre la abstinencia total o la posibilidad de beber controladamente como uno de los aspectos más polémicos referentes a la recuperación de la alcohólica. Los defensores del control de las ingestas, establecen unos criterios básicos o requisitos, para lograrlo, tales como: un determinado perfil para que no sea una persona demasiado deteriorada; el apoyo terapéutico siempre debe acompañar al paciente; que la persona aún no tenga instaurada la dependencia. Los que apoyan la abstinencia total, la consideran una condición indispensable en todas las personas alcohólicas, para iniciar el proceso de rehabilitación y conseguir la recuperación.

**b]** Existen divergencias entre los profesionales y las mujeres alcohólicas, respecto a la conveniencia o no de las asociaciones y los grupos de autoayuda como elemento básico en el proceso de recuperación.

☒ Por parte de los profesionales, se apuntan ciertas limitaciones, aunque se reconoce el papel que desempeñan en la rehabilitación estos colectivos, Se observa en sus discursos, que la crítica hacia la función de estos grupos se manifiesta a dos niveles. Por una parte se piensa que pueden generar en la persona una nueva dependencia hacia el grupo, así como impedir la normalización que implica liberarse de la etiqueta social. Por otro lado, la oposición nace por la ausencia de control profesional en los grupos.

☒ Según manifiestan las propias mujeres alcohólicas, los grupos de ayuda mutua y las asociaciones suponen un apoyo insustituible en su recuperación. La descarga emocional en el grupo de iguales no es comparable a otro tipo de relación. En el grupo, la etiqueta significa liberación, porque la mujer no es juzgada y se identifica con el grupo y en mayor medida si el grupo esta constituido sólo por mujeres. Es un mecanismo de protección frente al medio. Cabe resaltar, por lo tanto, el significado positivo que adjudican las mujeres a los grupos de alcohólicos en su rehabilitación.

☒ Es necesario señalar, a este respecto, la carencia de grupos terapéuticos o grupos de autoayuda compuestos y dirigidos sólo por y para mujeres. Las mujeres tienen pocas posibilidades de desvelar su auténtico problema ante grupos mixtos, por dos motivos. El primero es el temor a que se repita el enjuiciamiento, que han vivido con anterioridad, por parte de los hombres. El segundo es la vergüenza a manifestar malos tratos y conductas degradantes delante de hombres.

### **QUINTA: Sobre el alcoholismo de las mujeres.**

- a] El perfil de la mujer alcohólica que accede a los centros de tratamiento es muy particular, si se tiene en cuenta su imagen pública y la privada. Fundamentalmente es el de una mujer poco convencional, que trabaja fuera de la casa, cree en su emancipación, y se exige a sí misma una superación personal. Al mismo tiempo es una mujer tradicional, esposa y madre, a la que invade un gran sentimiento de culpa por el hecho de beber, quedando su papel en la familia totalmente desdibujado.

A este perfil general, se han añadido otras tipologías de mujeres, a consecuencia del aumento y diversidad de los consumos. Las jóvenes bebedoras de fin de semana apenas llegan a los servicios asistenciales porque todavía no presentan patologías con relación al alcohol, sin embargo las jóvenes drogadictas que también beben alcohol, sí recurren a los centros de tratamiento, pero su perfil responde al de mujer toxicómana más que al de alcohólica.

- b] La abstinencia es considerada una alternativa incuestionable para la rehabilitación de las mujeres alcohólicas, según ellas mismas expresan. No se creen capaces de controlar la bebida. Incluso las que no reconocen ser alcohólicas no quieren plantearse la posibilidad de beber moderadamente, por temor a no conseguirlo.

Desde este planteamiento, la rehabilitación es para la alcohólica un proceso de socialización en una nueva cultura, por lo que, en el periodo de su recuperación, la mujer alcohólica puede presentar reacciones negativas frente a la otra "cultura" a la que se enfrenta. Ella descubre grupos con comportamientos diferentes: los alcohólicos rehabilitados, los profesionales y, en definitiva, una sociedad que le muestra una alternativa a su comportamiento habitual como alcohólica.

Estas reacciones pueden ser, entre otras, la lucha, la huida, o la integración, y todas ellas, como veremos a continuación, pueden ser ineficaces para funcionar correctamente en la nueva cultura de la abstinencia.

La lucha: Cuando se tiene una reacción negativa ante la nueva situación, se lucha contra esa situación. En consecuencia se puede rechazar la diferencia y reafirmarse uno mismo en su conducta, con lo cual la mujer alcohólica no cambia su hábito

alcohólico porque rechaza los aspectos de la nueva cultura grupal que no encuentra aceptables.

La huida: Otra reacción negativa es querer escaparse, vivir en un mundo separado, cerrarse en una isla y no entrar en esa nueva cultura. La mujer alcohólica no se incorpora a su nueva situación social.

La integración: Quizá algo más difícil de comprender, es querer dejar la propia identidad para asumir la identidad de la nueva cultura. La mujer corre el peligro de actuar como si no fuera alcohólica. Si actúa así, se arriesga a perder su propia identidad, porque siempre será alcohólica, tendrá que intentar vivir como lo hacen quienes no lo son, pero sabiendo que es diferente.

Sin embargo estas tres reacciones pueden encauzarse de forma positiva para la alcohólica si encuentra el apoyo idóneo en el momento preciso.

	<b>NEGATIVO</b>	<b>POSITIVO</b>
<b>LA LUCHA</b>	Rechazo a la situación diferente	Toma de conciencia de enfermedad
<b>LA HUIDA</b>	No incorporarse a la nueva situación	Búsqueda de factores de protección
<b>LA INTEGRACIÓN</b>	Negación de la identidad	Reconstrucción desde la diferencia

La lucha por salir de su situación de alcohólica, puede ser entendida como una toma de conciencia de la enfermedad. La alcohólica debe luchar por permanecer abstinentes en un medio que no lo es. Por esto tendrá que adquirir un sentimiento de pertenencia a un grupo referencial, que sea capaz de hacerle entender su "estar" en la sociedad como mujer alcohólica, como persona y como ciudadana, todo ello sin el alcohol.

Huir de los factores de riesgo, también a la larga puede ser una reacción positiva, sobre todo si se tiene en cuenta que, como ya hemos apuntado en otras partes de este trabajo, vivimos en una sociedad donde el hábito de beber no sólo se tolera sino que además se potencia. Por el contrario la mujer alcohólica, deberá buscar factores de protección frente a la cultura del alcohol.

Por último, la reconstrucción de la vida desde la diferencia, no desde la etiqueta diagnóstica, puede ayudar a la integración de la alcohólica en la nueva cultura de la abstinencia.

c] Entre las características que describen a la mujer alcohólica, podemos señalar las siguientes:

- ☛ Las mujeres creen que necesitan depender de alguien para sentir que existen. La falta de autonomía personal lleva a las mujeres a ocuparse de los demás, pensando que de este modo evitan estar solas y son necesarias para alguien. Sin embargo esa carga aumenta la soledad y la toma de conciencia de su inexistencia social, en la medida que les impide ocuparse de sí mismas.
- ☛ La mujer alcohólica, por otro lado, es una gran inadaptada, ha fracasado como mujer para la sociedad, por el incumplimiento del rol de mujer en el hogar, y se encuentra en el escalón social más bajo. La sociedad no ha cambiado la percepción sobre la mujer alcohólica y sigue considerándole bajo el prisma de los juicios morales.
- ☛ El alcoholismo de las mujeres se caracteriza por su ocultismo, las mujeres beben en privado y esconden las consecuencias y los efectos que les ocasiona el alcohol.
- ☛ La culpa y baja autoestima, la falta de afecto y la soledad en la recuperación son otros aspectos que aparecen en la biografía alcohólica de las mujeres. Actualmente esta reconocido por la comunidad científica, que un factor de protección al consumo de sustancias psicoactivas es, para las mujeres, el mantenimiento de los vinculos familiares, mientras que no es así para los hombres.
- ☛ El trabajo fuera del hogar es para la mujer alcohólica un apoyo en su recuperación. Tras la degradación laboral a la que le ha llevado el alcohol, tiene la posibilidad, a través del trabajo, de demostrar sus capacidades como persona.
- ☛ La mujer se ha incorporado al consumo de alcohol, diferenciándose la forma de consumo según edad: aumenta el consumo diario en mujeres de 40-65 años y aumenta el consumo fin de semana en mujeres de 15 –19. El consumo de las mujeres jóvenes ha sido un proceso instaurado progresivamente a través de los años, no es un fenómeno que haya aparecido súbitamente.

- d] La relación establecida durante el proceso de ayuda para rehabilitarse, genera en las mujeres alcohólicas, una gratitud que les mantiene en su convicción de no volver a beber. Es como si hubiera adquirido un vínculo o compromiso personal que no debe quebrantarse. De ahí la importancia de los agentes sociales en el proceso de recuperación, porque la mujer está socializada en la dependencia y por sí misma no realiza el esfuerzo. El sentido a su vida siempre lo encuentra en función de otros, bien sea la familia, el grupo o el terapeuta. Por ello, otra dependencia que la alcohólica puede desarrollar, como elemento sustitutivo, es con el profesional o con el grupo
- e] En cuanto a los motivos de inicio en el alcoholismo. La mujer adquiere la dependencia, al igual que el hombre, a través del hábito social de beber, porque descubre en ello un alivio frente a situaciones de alta conflictividad en su infancia y adolescencia relacionadas con conductas de abuso sexual o maltrato.
- f] Es necesario plantear la relación entre alcohol y abuso sexual en la que abunda el conformismo personal y social respecto a los abusos. La rebelión de la mujer ante estas situaciones la hace recurrir al alcohol cuando no es suficientemente madura para rebelarse por sí sola o cuando no cuenta con ningún apoyo, ni siquiera el de otras mujeres cercanas.
- g] Respecto a la elección de la pareja de la mujer alcohólica. En unos casos ha sido una decisión tomada en la nebulosa de los efectos del alcohol y, en otros, es una huida desesperada de una situación conflictiva en su familia. Por ello la falta de perspectiva o de auténtico amor en esa elección hace que la alcohólica se encuentre con personas inmaduras y poco estables, por lo que en muchas ocasiones, se suele repetir el esquema familiar del que salió huyendo. Por lo general abundan los problemas de relación con la pareja.
- h] Las mujeres no suelen indagar en su interior sobre las causas de su alcoholismo. Aquellas que han sufrido vejaciones o falta de afecto en su infancia, las describen porque las tienen presentes, pero no le atribuyen a ello la etiología de su enfermedad y escasamente establecen una relación causa-efecto. Probablemente, eso culpabilizaría a los otros y les quitaría responsabilidad, pero tanto su sentimiento de culpa como la baja autoestima, no les permite evadirse de la carga. La mujer cree que consigue ser persona, porque se ha redimido, porque ha logrado salir del error. Ha de ser culpable para ser alguien. Si ha fracasado como mujer debe triunfar como alcohólica.
- i] A la mujer se le adjudica una personalidad premórbida al alcoholismo más patológica que a los hombres. Sin embargo, hay que considerar que los antecedentes familiares

en las mujeres, manifiestan situaciones de alta conflictividad. Hemos podido comprobar que los abusos y maltratos son frecuentes tanto por parte de padres, hermanos o parejas. Por lo tanto, es lógica la aparición de más desórdenes psicológicos que en los hombres que no se ven sometidos a ese tipo de situaciones.

## CONCLUSIONES PROSPECTIVAS

- a) El problema del alcoholismo en las mujeres no es algo aislado del contexto social y del medio social directo de la mujer, por lo que se deben potenciar las actuaciones en el entorno comunitario, dirigidas a la sensibilización de la población para evitar la estigmatización del colectivo que nos ocupa.
- b) En los centros dedicados al tratamiento y rehabilitación de las mujeres alcohólicas, es necesario potenciar las respuestas específicas a las necesidades de género, desarrollando programas dirigidos a mujeres. Actualmente no se ofrece aún habiéndose establecido modificaciones en el transcurso del tiempo, para adaptar el recurso preciso a las demandas emergentes.
- c) La aceptación del alcoholismo como enfermedad es fundamental para evitar el ocultismo de las mujeres alcohólicas, con los consecuentes perjuicios que ello les supone. Por lo tanto, la información y formación sobre este tema debe incluirse en los programas de educación, desde la escuela primaria.
- d) Se debe tender hacia medidas de soluciones diversas, que cuenten con un seguimiento de carácter técnico que permita evaluar y contrastar los resultados obtenidos, aunque somos conscientes de que no existen fórmulas magistrales para terminar con el problema,
- e) Para finalizar queremos destacar que con la combinación de la metodología cuantitativa y cualitativa hemos podido realizar un análisis de la realidad objeto de la investigación, tanto en su vertiente estructural-descriptiva como en su aspecto discursivo-interpretativo.

## BIBLIOGRAFÍA





## BIBLIOGRAFÍA

Aguinaga, J; Comas, D. [1998] *Cambios de hábito en el uso del tiempo en los jóvenes*. Instituto de la Juventud. Madrid.

Alberdi, I. [1995] *Informe sobre la situación de la familia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

Alberdi, I. [1999] *La nueva familia española*. Taurus. Madrid.

Alcoholics Anonymous [1995] *Doce pasos y doce tradiciones*. Alcoholics Anonymous World Services Inc. New York.

Alcoholics Anonymous [1990] *Alcohólicos Anónimos*. Alcoholics Anonymous World Services Inc. New York.

Allport, G.W. [1942] The use of personal documents in psychological science. *Social Science Research Council Bulletin*, N 49. New York.

Allport, G.W. [1970] *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Herder. Barcelona. [Edición norteamericana en 1963].

Almarcha, A.; De Miguel, A. y otros [1969] *La documentación y organización de datos en la investigación sociológica*. Fondo para la Investigación Económica y Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorro. Madrid.

Alonso Fernandez, F. [1998] *Los secretos del alcoholismo*. Ediciones Libertarias. Madrid.

Anderson, P. [1999] La politique de L'OMS en alcoologie. *Alcoologie* 21 [HS]. 269-272.

Andres, M.; Rodes, A. [1995] La atención a consumidores de drogas que no siguen tratamiento. *Jano* 1.140. 97 –103.

Arboles, J. [1995] *Sociología y causas del alcoholismo*. Bellaterra. Barcelona.

Aubrión, J. [1994] Ensayo sobre la función de algunos cónyuges en la inducción de la conducta alcohólica. *Revista Española de Drogodependencias*, Vol19, Nº 4, 350-353.

Bach i Bach, LL. [1977] *Qué es el alcoholismo*. La Gaya Ciencia. Barcelona.

Bach y Bach, L. [1997] Alcoholismo, mujer y familia. *Revista Española de drogodependencias*. 22 [4]. 257–261.

Badinter, E. [1991] *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós. Barcelona.

Bayes, R. [1995] *Sida y psicología*. Martinez Roca. Barcelona.

Becker, H. [1971] *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. La obra original es de 1966.

Becvar, D. [1988] *Family Therapy: A Systemic Integration*. Allyn & Bacon. Boston.

Belenky, M. F. et al. [1986] *Women's Ways of Knowing: the development of self, voice and mind*. Basic Books. Nueva York.

Berger, P y Luckman, T. [1984] *La construcción social de la realidad*. Amorrortu. Buenos Aires.

Blanco, P.; Palacios, L.; Sirvent, C. [coord.] [2001] *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Bogani, E. [1971] *El alcoholismo, enfermedad social*. Barcelona. Pulso Editorial.

Bogani, E.; Torres, M.; Gómez Moya, J. [1975] *Consideraciones paramédicas del alcoholismo*. Ponencia presentada a las "IV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol". Alicante.

Bogani, E. [1987] Evolución del alcoholismo femenino en los últimos veinte años. *Revista Española de Drogodependencias*. 12 [2]. 131-132.

Bogani, E. [1979] El alcoholismo femenino en la provincial de Valencia. *Drogalcohol*, Vol 4, Nº 3. 133-137.

Bohman, M; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R. [1981] Maternal inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted women. *Arch. Gen Psychiatry*, nº 41. 872-878.

Blumer, H. [1971] Social Problems as collective behavior. *Social Problems*, 18 [3]. 298 –306.

Buning, E. [1994] Programas de sustitución y reducción de riesgo: la experiencia holandesa. *Jano*, 1.072. 71-71.

Buck, K.J. [1998] Recent progress toward the identification of genes related to risk for alcoholism. *Mammalian Genome* 9. 927-928

Burroughs, W. [1953] *Junky*. [Trad. cast. de Martín Lendínez y Francesc Roca: [1997] *Yonqui*. Anagrama. Barcelona.

Calafat, A.; Amengual, M. [1999] *Educación sobre el alcohol*. Col. *Actuar es posible*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

Cantón, J. y Cortés, M.R. [1997] *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Siglo XXI. Madrid.

Cañuelo, B. [2002] Alcohol y exclusión social. *Adicciones*, Vol 14, suplemento, 1. 251 – 260.

Carta Europea Sobre el Alcohol. [1995] *European Conference on Health, Society and Alcohol*. [http://www.benet.upc.es/ceia/carta\\_ue.htm](http://www.benet.upc.es/ceia/carta_ue.htm)

Castillo Castillo, J. [1995] La familia española en la sociedad de consumo. *Sociedad y Utopía*; Nº 6. 207 – 216.

Cicourel, A. [1968] *The Social Organization of Juvenils Justice*. Wiley and Sons. New York.

Cicourel, A. [1972] Basic and normative rules in the negotiation of status and role. En: Dreitzel Editor. *Recent Sociology*, nº 2. 13-14.

Claessens, D. [1967] Familie und Wertsystem. En: König, R. [1994]. *La familia en nuestro tiempo*. Siglo XXI. Madrid.

Clemente, M. [1992] *Psicología social aplicada*. Eudema. Madrid.

Cloward, R.A. y Ohlin, L.E. [1968] *Teorie delle bande delinquenti in America*. Laterza. Bari.

Cohen, A. [1955] *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. The free Press of Glencoe. Glencoe.

Cohen, A. [1966] *Deviance and control*. Prentice Hall. New Jersey.

Cohen, S. [1971] *Images of deviance* Peguin Books Harmondsworth. Londres.

Comas, D; Graña, J.L.; Garcia, A. [1987] *Reinserción social y drogodependencias*. Asociación para el estudio y promoción del bienestar social. Madrid.

Comas, D. [1994] *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Instituto de la Juventud. Madrid.

Comas, D. [2002] La percepción social de los problemas. En: *Sociedad y Drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD [Fundación de Ayuda contra la Drogadicción]. Madrid.

Cooley, Ch. [1902/1964] *Human nature and the Social Order*. Scribner's. Nueva York.

Coy, E. y Martinez, M.C. [1988] *Desviación social, una aproximación a la teoría y la intervención*. Universidad de Murcia. Murcia.

Criado, M.J. [2001] *La línea quebrada*. CES. Colección Estudios. Madrid.

Cucó, J.; Nemesio, R; Serra, I. [1995] En: Garcia Ferrando, M [Comp]. *Pensar nuestra sociedad*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Cuevas,J.; Sanchís,M. [2000] *Tratado de Alcoholología*. Dupont Pharma. Valencia.

Cutter, H.S. [1973] Alcohol, power and inhibition. *Q.J Stud Alcohol*, nº 34. 381-389.

Decreto 87/1987 de 24 de Junio del Consell de la Generalitat Valenciana. D.O.G.V nº 632 del 20/07/1987.

De Robertis, C. [1994] *La Intervención Colectiva en Trabajo Social*. El Ateneo. Buenos Aires.

Del Campo, S. [1984] Familia. En: S. del Campo [Ed.] *Tratado de sociología*. Volumen II. Taurus. Madrid.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [1998] *Informe Nº 1 del Observatorio Español sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [1999] *Informe Nº 2 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [2000] *Informe Nº 3 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [2001] *Informe Nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [2001] *Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Denzin N.K. [1970] *The research act*. Aldine. Chicago.

Diez, E. [Dtor] [1998] *Drogas: Conocer y Prevenir*. Fundación de ayuda contra la Drogadicción. Madrid.

Direcció General de Drogodependències y FAD. [1999] *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana II*. Generalitat Valenciana. Valencia.

Dole, V.P., y Nyswander, M.E. [1980] Methadone maintenance a theoretical\_perspective. *Halt inst.drug abusers monogr*, 30. 256-261.

Durán, A. [1985] Centro Urbano [CURT]: Una experiencia de tratamiento individual y familiar. En: *Los municipios ante las drogodependencias*. F.E.M.P. Vigo. 435-448.

Durán M.A. [1986] *La jornada interminable*. Icaria. Madrid.

Durán, M.A. [2000] *Si Aristóteles levantara la cabeza*. Cátedra. Madrid.

Durkheim, E. [1897] *Le suicide: etude de sociologie*. Felix Alcan. París.

Echarren, C. [2002] *Enganchadas*. Plaza Janés. Barcelona.

Echeburúa, E. [1999] De las drogodependencias a las adicciones. Un cambio de concepto. *Revista Española de Drogodependencias*. Vol.24, nº4. 329-331.

Edwards, G. Y otros. [1998] *Alcohol y Salud Pública*. Prous Science. Barcelona

EDIS [2000] *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Elkaï m, M. y otros. [1995] *Las prácticas de la terapia de red*. Gedisa. Barcelona. [1ª edición 1987]

Elzo, J. [2000] Sociología y epidemiología de los consumos. En: *Drogas: nuevos patrones y tendencias de consumo* Doce Calles. Madrid. 14-38.

Engels, F. [1950]. *La situación de la clase obrera*. Futuro. Buenos Aires.

Erikson, E.H. [1962] Norme, cultura e comportamiento deviante. En: Ciacci, M. [1977] *La costruzione sociale della devianza*. Il Mulino. Bolonga.

Erlandson, D.A. y otros. [1993] *Doing naturalistic inquiry*. Sage. London.

Escotado, A. [1989] *Historia de las drogas, 1*. Alianza. Madrid.



Escribá, P. [1991] Ayer y hoy de los institucionalizados de la psiquiatría. *Revista de Trabajo Social*, nº 122. 81-96.

Espinós, C.; Sanchez, F. [1997] Polymorphism of alcohol dehydrogenase genes in alcoholic and nonalcoholic individuals from Valencia. *Hereditas* 126. 247-253.

Esteban, M.L. [2001] *Re-producción del cuerpo femenino*. Gakoa. Donostia.

Estrategia Nacional Sobre Drogas.

Real Decreto 1911/1999, de 17 de Diciembre.

Wysiwyg://principalx.104/http://not...icas.com/lec/admin/rd1911-1999.htm

Ettorre, E. [1998] *Mujeres y alcohol*. Narcea. Madrid.

Evans, M. [1993] Reading lives: how the personal might be social. *Sociology*, vol 27, N 1. 5-13.

FAD-EDIS [1998] *La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral de la Comunidad Valenciana*. FAD y Generalitat Valenciana. Madrid.

Fermoso, P. [1994] *Pedagogía Social*. Herder. Barcelona.

Flaquer,LL. [1998] *El destino de la familia*. Ariel. Barcelona.

Flaquer, LL. [1999] *La estrella menguante del padre*. Ariel. Barcelona.

Freixa, F.; Bach,L; Vidal, J. [1979] Sociopatología del alcohólico. Cap.6. En: *La Enfermedad alcohólica*. Gasull,M.A. Químicos Unidos. Barcelona.

Freixa, F.; Soler Insa, P.A. y cols. [1981] *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Fontanella s.a. Barcelona.

Freixa, F.; Masferrer, J.; Sala, L. [1986] *Urgencias en drogodependencias*. Sandoz SAE. Barcelona.

Freixa, F. [1988] *Drogodependències i ciències socials*. INTRESS. Barcelona.

Freixa, F. [2000] Percepción crítica del movimiento asociativo en alcoholismo.[1950-1999].*Revista Española de Drogodependencias*,25 [2] 122-157.

Fromm, E.; Horkheimer,M.; Parsons,T. [1994]. *La familia*. Península. Barcelona.

Froufe Quintás, S. [1995] El protagonismo de la familia ante la transmisión de los valores sociales. *Documentación Social*; Nº 98. 61 – 71.

Fuller, R.C.; y Myers, R. [1941] Some aspects of a Theory of Social Problems. *American Sociological Review*,6. 24-32.

Gamella, J. [1997] *Historia de Julián.Memorias de heroína y delincuencia*. Popular. Madrid.

Garcia Ferrando, M. et. al. [1991] *Pensar nuestra sociedad*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Garcia Ferrando, M. [comp.], [1993] *El análisis de la realidad social*. Alianza Universidad. Madrid.

García Mas, M. P. [1983] *Quien es quien en el mundo de las drogas*. Caja de Ahorros y M. De P. De Salamanca. Salamanca.

Garcia Mas, M.P. [2002] Patología familiar y violencia doméstica. *Adicciones, Vol.4. Suplemento. 1* 222-238

Garfinkel, H. [1968] *Studies in ethnomethodology* Englewood Cliffs. Prentice-Hall. New Jersey.

Giddens, A. [1991] *Sociología*. Alianza Universidad. Madrid. La obra original es de 1989.

Gilmore,L. [1994] *Autobiographics: a feminist theory of women's self-representation*. Cornell University Press. Ithaca.

Gimeno, C. [1997] *Drogodependencias e infección por VIH*. Actas. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Psiquiatría Biológica. Valencia. Contenido íntegro 1994 – 1997. Ed. Doyma.

Giner, S. [1991] *Sociología*. Península. Barcelona.

Giner, S.; Lamo de Espinosa, E.; Torres, C. [1998] *Diccionario de Sociología*. Alianza Editorial. Madrid.

Glaser, B.G. y Strauss, A.L. [1967] *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine. Chicago.

Goffman, E. [1970] *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires.

Goffman, E. [1971] *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu. Buenos Aires.

Goffman, E. [1973] *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires.

Goffman, E. [1979] *Relaciones en público. Microestudio de orden público*. Alianza. Madrid.

Gómez Moya, J. [1988] Programas de intervención social en las diferentes alternativas terapéuticas para toxicómanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13 [4]. 287-300.

Gómez Moya, J. [1992] *En: Necesidades Colectivas y Servicios Sociales*. Instituto de Cultura Juan Gil Albert. Alicante.

Gonzalez, E; Gómez, J. [1999] Familia. En: Serra, I. *Las mujeres valencianas ante el siglo XXI*. Generalitat Valenciana. Consellería de Benestar Social. Valencia.

Gossop, M y cols. [1986] Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. *British Medical Journal*, 293. 103-4.

Gracia Fuster, E. [1996] Redes informales de apoyo social: los grupos de autoayuda. *Información Psicológica* nº 61. 3-11.

Griffith, E. Y cols. [1997] *Alcohol y Salud Pública*. Prous Science. Barcelona.

Grimson, W. R. [1972] *Sociedad de locos, experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Hammersley, M y Atkinson, P. [1995] *Ethnography. Principles in practice*. [2ª ed]. Routledge. London.

Hamilton, G. [1982] *Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos*. Prensa Médica Mexicana. México

Harris, H. [1970] *El Trabajo Social individualizado*. Rialp Madrid.

Hernandez Boado, T. [1993] *El alcoholismo en la mujer*. Fundación Salvador Seguí. Madrid.

Herrero, R. [2000] La Revista Española de Drogodependencias cumple 25 años y publica el número 100. *Revista Española de Drogodependencias, Vol25. Nº 4.* 359-370.

Hofman, F; Frederic,G. [1983] *A handbood on drug and alcohol abuse*. Oxford University Press. Londres.

Hökfelt, Th. [1981] Los mensajeros químicos del cerebro. *Mundo científico, Nº 5.* 64-78.

Horovitz, M. [1999] Después del 2000. La droga: ¿un problema de delincuencia o un problema de salud? *Revista de Treball Social, nº 155.* 140-147.

Icsa-Gallup [1981] *Hábitos de consumo de alcohol en España en 1980*. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid.

Iglesias, J. [1995] Familia. En: V Informe sociológico sobre la situación social de España. Síntesis. *Documentación Social nº 101*. Cáritas Española. Madrid. 133-166.

Jáuregui., I. [1999] Codependencia: esa adicción oculta. *Revista Española de Drogodependencias. Vol 24,nº4.* 401-425.

Kalibaba,N. [1984] En: Conseil de l'Europe. *Simposyum sur la prise en charge des toxicomanes lourds*. Strasbourg.

Kitsuse, J.I. [1962] Societal Reactions to behavior. Problem of theory and method. *Social Problem, IX, Invierno nº 3.* 247-265

Kitsuse, J.I. [1968] En: Rubington, E y Weinberg, N.I. *Deviance: The Interactionist Approach*. Macmillan. New York.

König, R. [1994] *La familia en nuestro tiempo*. Siglo XXI. Madrid.

Legislación Valenciana Básica en materia de atención y prevención de las drogodependencias. [1998] Dirección General de Drogodependencias. Consellería de Benestar Social. Generalitat Valenciana.

Lemert, E.M. [1951] *Social pathology*, McGraw Hill. Nueva York.

Lera, A. [1972] *Mi viaje alrededor de la locura*. Biblioteca Universal Planeta. Barcelona.

Ley de Vagos y Maleantes. 1933.

Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social. 1970.

Ley 3/1997, de 16 de Junio de la Generalitat Valenciana sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. [1998] *Legislación Valenciana básica en materia de Atención y Prevención de las Drogodependencias*. Generalitat Valenciana. Valencia.

Liazos, A. [1982] *People First, An introduction to Social Problems*. Allyn & Bacon. Boston.

Linde, C. [1993] *Life Stories: the creation of coherence*. Oxford University Press. Nueva York.

Lombroso, C. [1876] En: Clemente, M. [1992] *Psicología Social Aplicada*. Eudema. Madrid.

Lopez, F. [1995] *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Amarú. Salamanca.

Lopez-Cabanas, M; Chacón, F. [1997]. *Intervención psico-social y Servicios Sociales*. Síntesis S.A. Madrid.

Llopis, J.J. [2000] En: Cuevas, J. y Sanchis, M. *Tratado de alcoholología*. Dupont Pharma. Valencia.

Llorca, G. [1995] *Alcoholismo*. Cuadernos de Psiquiatría. Universidad de Salamanca. Jarpyo Ed. S.A. Madrid.

Lloret, D. [2001] Alcoholismo, una visión familiar. *Salud y Drogas, Vol,1, Nº 1*. 113 – 128.

Magri, N. [1988] *Trabajar juntos, pero... Una propuesta metodológica de intervención en el municipio*. Grup Igia. Barcelona.

Marshall, C y Rossman, B. [1989] *Designing qualitative research*. Sage. Newbury Park. California.

Martí, O. [2000] El fenómeno de la dependencia. Su carácter poliédrico y su inserción en la dialéctica biología/cultura. En: *Contextos, Sujetos y Drogas*. Ajuntament de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid. 61-74

Martín, M. [1994] *Historia de los cambios de mentalidad de los jóvenes entre 1960 y 1990*. Instituto de la juventud. Madrid.

Marx, K. Y Engels, F. [1970] *La ideología alemana*. Grijalbo. Barcelona. Original de 1845.

Matza, D. [1981] *El proceso de desviación*. Taurus. Madrid. [La obra original es de 1969].

Mc Hugh, P. [1972] A commonsense perception of deviance. En: Dreitzel Editor. *Recent sociology*, nº 2. 156.

Mead, G.H. [1934] *Mind, Self, and Society*. University of Chicago Press. Chicago. [Traducción al castellano de 1972].

Megías, E. [2000] Organización de los Servicios Asistenciales. En: *Contextos, Sujetos y Drogas*. Ajuntament de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid. 369-382

Megías, E. [2001] [Coord.] *La percepción social de los problemas de drogas en España*. FAD [Fundación de Ayuda contra la Drogadicción]. Madrid.

Merton, R.K y Kendall, P. [1946] The focused interview. *American Journal of Sociology*, Vol 51. 541-547. En: Vallés, M. [1997] *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Sociología. Madrid.

Merton, R.K. [1980] *Teoría y estructura social*. F.C.E. México.

Merton, R.K.; Nisbet, R. [1976] *Contemporary Social Problems*. Harcourt, Brace y Jovanovich. Nueva York.

Ministerio de Agricultura. [1998] *Panel de Consumo Alimentario 1995,1996,1997*. Madrid.

Mollá, D. [1987] *La actual problemática de la droga desde una perspectiva sociológica*. Tema mecanografiado para un Curso de Formación de la Oficina del Comisionado de la Droga de Valencia.

Morales, J y Abad, L. [1988] *Introducción a la Sociología*. Tecnos. Madrid.

Morse, J.M. [1994] Designing funded qualitative research. En: Denzin, N.K; Lincoln, Y: *Handbook of Qualitative Research*. Sage. Thousan Oaks, California. 220–235.

Navarro, J. [1984] *El consumo de drogas en España.1984* Cruz Roja Española. Madrid.

Navarro, J. [1998] *El consumo de drogas y factores asociados en el municipio de Madrid*. Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid.

Nogués, V.; Altell, G.; Ferrer, X. [2002] *Abuso de alcohol y violencia doméstica*. Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana. Valencia.

Obiols, J. [1981] Aspectos transculturales. Cap.5. En: Freixa,F. *Toxicomanías un enfoque multidisciplinario*. Fontanella. Barcelona.

Ogburn, W. [1922] *Social Change: With Respect to Culture and Original Nature*. The Viking Press. Nueva York.

Olcina, J. [2000] En: Cuevas, J.; Sanchis, M. [Dir.] *Tratado de Alcohología*. Dupont Pharma. Valencia.

Orte, C. [2000] Sexualidad en la mujer adicta. En: Blanco, P.; Palacios.L. Sirvent, C. [Coords.] *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.



Ortiz Gómez, T. [1997] *Feminismos, mujeres y ciencia*. En: Rodríguez Alcazar, Medina Domenech y Sanchez Cazorla [eds.] *Ciencia, Tecnología y Sociedad. Contribuciones para una cultura de la paz*. Universidad de Granada. 185-203.

Park, R. Y Burgess, E. [1967] *La citta*. Comunitá. Milán. [Obra original 1925].

Parsons, T. [1976] *El sistema social*. Biblioteca Rev. Occidente. Madrid.

Pascual, F. [2000] En: Cuevas, J. *Tratado de alcoholología*. Dupont Pharma. Valencia.

Pavarini, M. [1983] *Introducción a la criminología*. Siglo XXI. México.

Perez, B. [1992] Características de personalidad de los hijos de alcohólicos: un modelo interactivo. *Adicciones, Vol 4, Nº 4*. 273- 284.

Piqueras, F. [1973] *Informe sobre el alcoholismo*. Naranco, S.A. Oviedo.

Piotet, F. [1987] Las consecuencias de las nuevas formas de empleo en la vida familiar y en la organización social. *Reis, Nº 38*. 193 –218..

Pitch, T. [1980] *Teoría de la desviación social*. Nueva Imagen. México.

Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias. [1999-2002] Generalitat Valenciana. Consellería de Benestar social.

Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol 2000-2005. *Itaca Vol. V nº1* 9-26

Plan Nacional Sobre Drogas. [1985] Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas [1996] *Memoria 1995*. Ministerio del Interior. Madrid.

Plan Nacional sobre Drogas – Sigma Dos. [1997] *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas*. Madrid.

Plummer, K. [1983] *Documents of Life: an introduction to the problems and literature of a humanistic Method*. Unwin Hyman. Londres.

- Polo, C. [1999] *Crónica del Manicomio. Prensa, locura y sociedad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Pittman, D. [1966] *Alcoholismo. Un enfoque interdisciplinario*. Horme. Buenos Aires.
- Pujadas, J. J. [1992] *El método biográfico. Las historias de vida en ciencias sociales*. CIS [Colección cuadernos metodológicos, N 5]. Madrid.
- Robinson, W.S. [1951] The logical structure of analytic induction. *American Sociological Review*, 16. 812-818.
- Rocamora, A. [1995] La patología familiar como la patología del vínculo. *Documentación Social Nº 98*. 73-81.
- Rocher, G. [1990] *Introducción a la Sociología General*. Herder. Barcelona.
- Rodríguez Cabrero, G. [1988] *La integración social del drogodependiente*. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Rodríguez Martos, A. [1980] *Aspectos psicosociales y factores de marginación en el alcoholismo*. En: Alarcon, C; Ferrer, X. *La terapia familiar y la familia com a factors de Rehabilitació y Reinserció*. Simposium: Reinserció social alcoholòlics. Generalitar de Catalunya, apartat nº 4. Barcelona.
- Romaní, O. [1999] *Las drogas, sueños y razones*. Ariel. Barcelona.
- Romo, N. [2001] *Mujeres y drogas de síntesis*. Gakoa. Donostia.
- Rubio, G. [2000] *Los amargos tragos del alcoholismo*. [<http://salud.medicinatv.com/reportajes>]
- Rubio, G.; Blazquez, A. [2000] *Mujer y problemas por el alcohol*. En: Rubio, G.; Santo-Domingo, J. *Guía Práctica de intervención en el alcoholismo*. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Madrid.
- Rubington, E.; Weinberg, M.S. [1981] *The Study of Social Problems: Five Perspectives*. Oxford University Press. Nueva York.

Ruiz Olabuénaga, J.I. e Ispizua, M.A.[1989] *La descodificación de la vida cotidiana*. Universidad de Deusto. Bilbao.

Sánchez, L. [2001] Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trastornos Adictivos 2001*, 3 [2], 85-94.

Sanchez, L.[2002,a] El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos 2002*,4 [1]. 12-19.

Sánchez, L. [2002,b] El consumo alcohólico en la población española. *Adicciones 2002*, vol. 13, suplemento 2, 43-61.

Sanchis, M.; Martín, E. [1997] *Alcohol y drogas. Depende de todos*. Generalitat Valenciana. Consellería de Benestar Social. Valencia.

San Molina, L. [1985] Tratamiento de la dependencia física. Desintoxicación. En: *Los municipios ante las drogodependencias*. F.E.M.P. Vigo.

Santo-Domingo, J. y Rubio, G [2000] Magnitud de los problemas por alcohol y papel de la atención primaria. En Rubio, G. y Santo Domingo, J. [Comp.], *Guía práctica de intervención en el alcoholismo* Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Madrid. 15-32.

Sarabia, B. [1989] Documentos personales: Historias de vida. En: Garcia Ferrando, M. et al. [ed.] *El análisis de la realidad social*. Alianza. Madrid. 205-226.

Schuckit, M.A. [2000] Genetics of the risk for alcoholism. *Addict 2000 Spring*. 9[2]. 103-112

Schur, E.M. [1970] *Sociología del Diritto*. Il Mulino. Bologna.

Schutz, A. [1967] *Fenomenología del mundo social*. Paidós. Buenos Aires. [La edición original corresponde a 1932].

Serra, I. [1993] *La construcción social de la marginación del menor*. [Tesis doctoral] Universidad Complutense de Madrid.

Serra, I. [1999] *Las mujeres valencianas ante el siglo XXI* Generalitat Valencia. Conselleria de Benestar Social. Valencia.

Sissa, G. [2000] *El placer y el mal*. Península. Barcelona.

Spencer, H. [1969, e.o. 1873] *The study of Sociology*. The University of Michigan Press. Ann Arbor.

Snyder, PH.D. [1966] Enfoque sociológico de la etiología del alcoholismo. En: Pittman, D. *Alcoholismo. Un enfoque interdisciplinario*. Hormé. Buenos Aires.

Stanley, L [1992] *The auto/biographical I: the theory and practice of feminist auto/biography*. Manchester University Press. Manchester.

Stark, R. [1975] *Social Problems*. Random House. Nueva York.

Steinglass, P.; Bennett, LA.; Wolin, SJ.; Reiss, D. [1993] *La familia alcohólica*. Gedisa. Barcelona.

Sullivan, T; Thompson, K; Wright, R; Gross, G; y Spady, D. [1980] *Social Problems: Divergent Perspectives*. John Wiley & Sons. Nueva York.

Sutherland, e. y Cressey, D. [1966] *Principles of Criminology*. J.P. Lippincott. Philadelphia.

Szscepanski, J. [1973] El método biográfico. En: Konig, R. *Tratado de Sociología empírica*. Tecnos. Madrid.

Taylor S.J y Bogdan, R. [1987] *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós Studio. Buenos Aires.

Taylor, I.; Walton, P.; Young, J. [1975] *La nueva criminología: Contribución a una Teoría Social de la Conducta Desviada*. Amorrortu. Buenos Aires.

Thomas, W. Y Znaniecki, F. [1918] *The polish peasant in Europe and América*. Univ. Of Chicago Press. Chicago.

Tiihonen, J. Y otros. [1999] Association between the functional variant of the catechol-O-methyltransferase [COMT] gene and type 1 alcoholism. *Molec. Psychiat* [4]. 286-289.

Torrens, M. [1997] Programas de mantenimiento con metadona: cómo aumentar su eficacia. *Coloquios en drogodependencias*, [2]. 4-7

Tschorne, P; Mas, C; Regojo, J.L. [1990] *Guía para la gestión de Asociaciones*. Popular s.a. Madrid.

Valbuena, A.; Álamo, C. [1996] *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos, y médico-legales*. Universidad de Alcalá. Juste, S.A.Q.F. Madrid.

Valderrama, J.C.; Gómez, J. [2002] *La prevención en municipios menores de 7000 habitantes de la Provincia de Valencia*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Diputación de Valencia. Valencia.

Valiente, C. [2001] ¿Movilizándose por otros?. El caso de las "madres contra la droga" en España. *REIS*, Nº 96 . 153-183.

Vallés, M. [1997] *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Sociología. Madrid.

Valverde, J. [1993] *Proceso de inadaptación social*. Popular. Madrid.

Vannicelli, M.; Nash, L. [1984]. Effect of sex bias on women`s studies on alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental research*. Nº 8. 334-336.

Vazquez, B. [1995] *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento de menores*. Siglo XXI. Madrid.

Vega, A, [1998] Nuevos retos para la política europea sobre el alcohol. *A tu salud* Nº 23-24. 7-10.

Vidal Llahí, J. [1980] *Estructures socials y marginació de l'alcohòlic*. Simposium:Reinserció social alcoholics. Generalitat de Catalunya.apartar nº 34. Barcelona

Walters, J.K. et al. [1994] Programa de intercambio de jeringuillas y agujas como forma de prevención del VIH/SIDA en los drogadictos por vía parenteral. *Jama* 271. 115-120.

Weber, M. [1964, e.o. 1922] *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México.

White, C. [1999] *Análisis cultural de situaciones comerciales*. The College of St. Catherine. St. Paul. Minnesota.

Znaniecki, F. [1934] *The method of sociology*. Rinehart & Company, Inc. New York.





ANEXOS



**ANEXO I**  
**GUIÓN DE LA ENTREVISTA**



## ANEXO I

### GUIÓN DE LA ENTREVISTA

#### Guión de la entrevista para los profesionales.

- Características personales.
- La decisión de trabajar en alcoholismo.
- El enfoque actual del alcoholismo.
  - Perspectivas.
  - Estructura asistencial.
- Peculiaridades de la rehabilitación de la alcohólica.
  - Familia.
  - Trabajo.
  - Actitudes sociales.
- Asociaciones y grupos de autoayuda.
- La mujer alcohólica y los profesionales.
- El papel del profesional en la rehabilitación.
- El referente de la abstinencia.



**ANEXO II**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS  
PROFESIONALES ENTREVISTADOS**





## **ANEXO II**

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PROFESIONALES ENTREVISTADOS**

#### **ENTREVISTA N° 1**

Edad.- 42

Sexo.- Hombre

Estudios.- Educación Social y Trabajo Social

Profesión.- Educador

Tipo de centro.- Unidad de Deshabitación Residencial (UDR)

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 10 años.

#### **ENTREVISTA N° 2**

Edad.- 34.

Sexo.- Mujer

Estudios.- Psicología y Criminología.

Profesión.- Psicóloga.

Tipo de centro.- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados.

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 8 años.

#### **ENTREVISTA N° 3**

Edad.- 23 años.

Sexo.- Mujer

Estudios.- Trabajo Social

Profesión.- Trabajadora Social

Tipo de centro.- Centro de Día (CD)

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 3 años

**ENTREVISTA N° 4**

Edad.- 47

Sexo.- Mujer

Estudios.- Medicina

Profesión.- Medico

Tipo de centro.- Unidad de Conductas Adictivas (UCA)

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 3 años.

**ENTREVISTA N° 5**

Edad.-53

Sexo.- Hombre

Estudios.- Diplomado en Enfermería.

Profesión.- Ayudante Técnico Sanitario.

Tipo de centro.- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. (UDH)

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 28 años.

**ENTREVISTA N° 6**

Edad.- 45 años.

Sexo.- Hombre

Estudios.- Medicina

Profesión.- Médico

Tipo de centro.- Unidad de Alcoholología (UA)

Tiempo de trabajo en alcoholismo.- 15 años.

**ANEXO III**  
**ENTREVISTAS**



## **ANEXO III**

### **ENTREVISTAS**

#### **ENTREVISTA Nº 1: EDUCADOR**

- **Primero me gustaría que te presentaras un poco con tus características personales desde el anonimato pero un poco pues tu edad, tu profesión, el trabajo que haces, todo eso....**

- Yo tengo 42 años, estoy trabajando como educador en una U.D.R., lo que sería una Unidad de Deshabitación Residencial, que antiguamente se llamaban pues Comunidades Terapéuticas. Mi formación como educador viene más de lo que es el trabajo social, o sea, de haber estado antes en otra comunidad y mi formación como trabajador social, es decir, no tengo una diplomatura. Si que....

- **Perdona, en la otra comunidad, ¿estabas como trabajador social?**

- No, no, como educador, como educador igual.

- **No, no, como educador también.**

- No, pero que sería como una formación práctica, y lo que es el trabajo social, la diplomatura de trabajo social me da una formación más teórica, más reglada, todo lo demás.

- **Ya, ya , y ¿qué tiempo dedicas tú a trabajar en alcoholismo?**

- El tiempo. Vamos a ver. Yo tengo un horario de trabajo dentro de la comunidad. El perfil de los usuarios que llegan a la comunidad incluye los alcohólicos, antes no, antes en algunas comunidades eran más solamente de gente consumidora de heroína cocaína por ejemplo, pero, y el perfil de los alcohólicos quedaba fuera de las comunidades. En el caso nuestro, actualmente es un perfil que se integra dentro de la comunidad también.

- **El integrar a los alcohólicos ¿es de la Ley de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana, o no?, o sea has dicho: antes no se integraba, ahora se integra.**

- No. Ahí quizá lo que ya se está dando de alguna forma, es un policonsumo y al llegar más usuarios de coca va unido a alcohol, entonces cuando intervienes con gente con cocaína pues generalmente tienes que tocar el tema del alcohol, y entonces ya no era la comunidad que tenía solamente pues heroinómanos que a veces consumían también alcohol, pero que tenían como un diagnóstico claro de adicto a la heroína de alguna forma y a otras drogas, pero principalmente la heroína. Y ahora el alcoholismo, generalmente, el que nos llega va unido más a la cocaína, ¿eh?.

**- Y, ¿también tiene dependencia al alcohol?**

- Sí, sí, sí, sí, sí. Y generalmente casi más fuerte que a la cocaína.

**- Y mujeres, ¿os llegan muchas?**

- En el caso nuestro, no llegan muchas mujeres por el tipo de centro, porque el número de plazas son pocas, ¿eh?.

**- ¿Cuántas plazas teneis?**

- Para mujeres. Son cuatro plazas para mujeres. Entonces eso condiciona un poco el número de mujeres que nos llegan. Sí pero entre el perfil también, claro, ya nos llegan mujeres que son alcohólicas, es decir, que en que han consumido cocaína hay una adicción fuerte a lo que es el alcohol pues han sido a veces antes alcohólicas que cocainómanas, ¿no?.

**- Ya, ya, y ¿cómo acceden al centro, las mujeres?**

- Las mujeres acceden al centro a través de los servicios reglados de la red, o sea, tiene que ser a través de la UCAM, que envía solicitud a la dirección general y la dirección general le elige el centro de alguna forma donde se envía. Y si nos lo envían pues al nuestro, llega allí, ¿no?. Pero el número de plazas para mujeres no puede cambiar porque está limitado por las instalaciones.

**- ¿Por qué crees tú que está allí ese límite de plazas para mujeres frente a cuántas de hombres?**

- Frente a veinte de hombres.

**- A veinte de hombres. ¿por qué crees tú que está ese límite, porque no hay más demanda, oh?**

- Sí, no, no aquí generalmente suele haber menos demanda de plazas de mujeres, pero en el caso éste es por las propias instalaciones del centro, es decir, hay alas en uno..., quizá también porque está el fantasma de la intervención antigua, que no hemos sabido resolver, de la sexualidad, del control de la sexualidad en los centros. Bueno, que no es ese exactamente, es decir, el fantasma es que de alguna forma, consigas una intervención individualizada del sujeto, es decir, que no se formen parejas dentro del centro. Entonces si eso no se diese, pues quizá podrían convivir en el mismo ala chicos y chicas, no, por ejemplo, y el número de plazas de mujeres sería indistinto no por el tema de género, sino que sería pues como cualquier otro....

**- Y habría habría demanda.**

- Y posiblemente, a lo mejor, habría más demanda, ¿no?. Pero aún así, quizá también moralmente la mujer ha tenido más recato, que se decía antiguamente, para

utilizar servicios públicos o a reconocer a veces un problema, y reaccionan más indirectamente, es decir, a aislarla, se podría decir, a aislarla del medio suyo social, aunque tenga algún problema es más duro psicológicamente quizá para la mujer que para....

**- Que para el hombre.**

- Que para el hombre.

**- Por motivos sociales.**

- Por motivos sociales, por supuesto, claro.

**- Y en tu experiencia, porque antes me estabas comentando lo que te impresionaba a ti la soledad del toxicómano, en éste caso que nos ocupa pues tendríamos que referirnos a las alcohólicas, la soledad en el momento que empieza la rehabilitación, la soledad tan grande que sienten, ¿cómo lo ves tú eso en la mujer?**

- La verdad que es un tema muy interesante. Es un tema muy interesante porque ahí, visto socialmente, la mujer, incluso en lo que es el consumo de drogas, a veces ha tenido un papel dependiente. Quizá hay pocas mujeres con un grado de autonomía por formación, por estudios o por lo que sea que le permita a veces no buscar una dependencia con un chico para el consumo, y....

**- O sea, que siempre consumen en...¿puedes explicar eso un poco más, el papel dependiente?**

- Sí. Ahí incluso ya se empieza a trabajar la cobo pendencia, quiero decir, como un problema, es decir, alguien, que de alguna forma siempre está buscando cobijo, y aunque ese cobijo sea peor que la propia soledad. Y entonces en el caso, por la tradición, de la sociedad machista de alguna forma, donde el hombre ha tenido más posibilidades de desarrollo personal, donde la autonomía se concibe más como algo masculino, es decir, la mujer siempre ha estado pendiente, o bien de alguien, o sea, tiene que desarrollar su autonomía en función de otro, o bien cubrir a otro, o sea, cubrir a la familia, proteger a la familia, pero no es la mentalidad por educación y por formación en la mujer a veces para, para afirmarse en su propia soledad, es decir, no existe. De echo ahí está Carmen Alborch, por ejemplo, reivindicando a estas alturas algo, algo, que ya se ha abierto como un mundo novedoso, que las mujeres pueden estar solas, ¿eh?. Eso, que en la sociedad masculina está claro, es difícil para cualquier mujer normal a veces situarse desde ese plano y para una persona que además consume drogas pues eso es más complicado todavía, ya resulta complicado que salgan de lo que pueda ser como un programa de intervención y drogodependencias y de que no se coaliguen con otro usuario, ¿eh?, porque sienten que es alguien que les entiende, que es alguien que les comprende y claro, pensar que pueden estar solas y crecer con cierta distancia de las relaciones de pareja, o de.. es complicadísimo. Aún así, si que es un momento bueno para ellos, ¿no?, pero porque durante todo el tiempo de estancia, yo hablo ahora más de la comunidad, no tanto de la intervención del NUCAS, ¿no? un cierto aislamiento les provoca una continua reflexión sobre su condición. Se dan procesos en el que eso se busca pero luego, cuando sales a la realidad, luego tienes que buscar trabajo, cuando tienes que moverte en un ocio que está muy codificado para el consumo de drogas en general, cuando tienes que buscar una pareja que de alguna forma te comprenda, te entienda y que no consuma prácticamente, o sea, que las dificultades son mucho mayores, mucho mayores, mucho mayores que para un hombre, por supuesto.



**- ¿Cuánto tiempo suelen estar ingresadas en la comunidad?**

- Seis meses con tres meses de entradas y salidas, ¿eh?, es decir, ahí el tema es que la cantidad de tiempo oscila. Generalmente, a partir de los dos meses ya tienen salidas, ya van saliendo, y el programa se extiende generalmente hasta los seis meses.

**- Ya.**

- Es raro que llegue a los nueve meses, por ejemplo, es decir, generalmente esos tres meses de salidas quedan cubiertos dentro de los seis meses, ¿eh?, y hay veces que se extiende.

**- Y cuando salen de la comunidad, ¿les derivais a algún sitio?**

- Sí, ahí el recurso está contemplado como si fuese intermedio, ese es uno de los dramas, pienso yo, del servicio y de la red, es decir, la comunidad ya no es la comunidad total que hace toda la intervención y reinserta, sino que es un recurso intermedio que es un eslabón más de la red a la que se envía a un usuario y la comunidad lo devuelve, de alguna forma, al sitio que lo ha enviado. Se supone que las UCAS deberían de contemplar la reinserción, ¿eh?. Yo en la exploración que hice durante mis prácticas de trabajo social, intentando saber si se planteaba la reinserción desde las UCAS no hay reinserción porque no está contemplada la parte social de las UCAS. Se supone que serían los servicios sociales generales que deberían hacer eso pero no hay ningún puente entre las UCAS y los servicios sociales generales, porque no hay trabajadores sociales, entre otras cosas.

**- Entonces, cuando sale de allí la alcohólica, la remitis a la UCA.**

- A la UCA. Pero las intervenciones en la UCA, dependiendo del volumen de trabajo, a veces es un contacto de: ¿Cómo estás?, ¿Estás bien?, ¿Qué haces?, ¿Te va bien la cosa?, es decir, y bien, pues hasta la siguiente visita, ¿no?.

**- Y ¿no hay conexión con grupos de ayuda mutua?**

- No, porque esa función, de alguna forma, sería la del trabajador social, de activar otro tipo de recursos, porque no solamente es la ayuda mutua, que es muy importante, sino pensando en que la alcohólica, por ejemplo, que cada vez se empiezan a dar también casos como más, más jóvenes, ¿no?, tenga necesidad de trabajo o de formación, es decir, es que da la sensación de que las alcohólicas o los alcohólicos, esos tipos de necesidades no las tienen, ¿eh?, de que solucionando lo que es el problema adictivo ya es suficiente. Entonces, a veces yo pienso que se centraliza mucho la intervención en la relación sujeto-droga como si lo problemático fuese la droga y a lo mejor lo problemático no es la droga sino es otra situación social, es el contexto social donde se va a ver sujeto. Y que intervenir solamente sobre esa relación es absurdo, además, técnicamente ya cualquier profesional tiene su miedo, que es un problema biopsicosocial, pero no es solamente bio ni es solamente psico, sino también es un problema social. Como lo social es más complejo de intervenir, y es más costoso, pues hay una tendencia pues a eludirlo o a hacerlo rebotar, esa responsabilidad, de unas Instituciones a otras, ¿eh?, para no abordarlo.

**- Eso es como tú piensas que es actualmente, que se contempla actualmente el enfoque, ¿no?.**

- Sí, sí. Hombre, es cierto que hay recursos limitados, es decir, que no puedes enseñar políticas sociales con toda la amplitud de recurso que tú puedes imaginar, eso es cierto. Pero con los recursos que hay, yo pienso que sí que se dan para que la parte social, por ejemplo, de la intervención en drogodependencia esté más atada, más unida, y más intervenida, o sea, hay un déficit ahí claro, ¿eh?, y que tampoco se escuda con el hecho de que no hay dinero, es decir, que a veces es el recurso fácil de decir: No, es que como no hay dinero..., ¿entiendes?, pero, si no hay dinero, puedes buscar otras estrategias para rentabilizar o acercar otros recursos, ¿eh?, es que no está enfocado por ahí. Ese es un poco el tema.

**- Antes ya me habías dicho que veías uno de los aspectos difíciles con los que se encuentra la alcohólica que es la soledad, ¿no?, y ahora me gustaría que volviéramos a hablar un poco sobre tu opinión sobre la rehabilitación de la alcohólica, ¿no?, pues con respecto, por ejemplo, a la familia, a su trabajo, a las actitudes sociales que hay frente al alcoholismo y concretamente al alcoholismo en la mujer, ¿eh?, o sea, como ves tú dificultades o no dificultades, o cosas que vienen bien para la rehabilitación de la alcohólica.**

- Bien, en el caso de, de...un poco lo que estábamos comentando antes, es decir, yo pienso que el prisma desde el que hay que enfocar el tema de la rehabilitación de las alcohólicas es el tema de la mujer, de la mujer en la sociedad actual. Y analizando el contexto en el que se inserta la mujer en la sociedad actual con todas las contradicciones a nivel de familia, de pareja, etc., le añades el plus de alcoholismo, no puede ser al revés, es decir, no puedes tener en cuenta sólo el tema del alcohol y pensar que ese sujeto se tiene que pegar a algo que se supone que está perfecto, que encaja bien. Entonces hay veces que incluso la intervención es un drama porque es contraproducente, porque a esa persona se le hace más difícil vivir en el contexto donde ya vivía. Eso sería un poco a nivel técnico para los profesionales lo que nos supone una práctica reflexiva, crítica, de alguna forma, o una simplemente pues de ajuste, es decir, se le dice al sujeto: Mira, el responsable de todo lo que te pasa eres tú, ¿eh?, y el responsable de salir adelante eres tú, y todo lo que te pasa es porque no te sabes controlar, porque eres un vicioso, y entonces yo pienso que hay que salir de esa situación en que se culpabiliza a la víctima, o sea, que es dramático. La víctima tiene en éste caso, o la persona con problemas de alcoholismo, o las mujeres con problemas, responsabilidad sobre su vida, de alguna forma, y sobre sus decisiones, y hay que hacerlas responsables de sus decisiones y darle capacidad de elegir también, ¿no? cómo quiere configurar su vida. Y eso es algo que los profesionales no tenemos asumido a veces, eso es otro drama. Es algo como muy sencillo, es decir, que la persona pueda elegir su vida, y los profesionales tendemos a ajustarles, es decir: ¡Hombre! con lo bien que estarías aquí pegadita, con lo bien que estarías con tu marido, con lo bien que estarías asumiendo toda la responsabilidad de tus hijos que a veces no pueden asumir.

**- Pero en ese discurso que estás diciendo ahora, de alguna manera exculpas totalmente a la sociedad, de una manera que....**

- No, no, al contrario.

**- A ver, a ver, a ver, es que no acabo de... entonces.**

- Todo lo contrario, todo lo contrario, lo que estoy diciendo es que se culpabiliza a la víctima, a la persona, ¿eh?, y que no solamente se le....

**- Como crítica a eso, estás diciéndolo, no como.....ya, ya,ya....**

- Por supuesto, por supuesto, por supuesto. Se culpabiliza a la víctima, a la persona. Y no solamente a veces se le culpabiliza, sino que a veces no se le deja elegir, es decir, que se le dice exactamente qué es lo que tiene que hacer. Y ser profesional único y responsable de decirle qué es lo que tiene que hacer.

**- Parece que se le dificulta más, ¿no?, la salida, quieres decir, con....**

- No. Yo ahí lo que quiero decir es que, no sé si me estoy explicando bien, que si tú le pides a una persona que reflexione sobre su familia, sobre sí misma, sobre su, su trabajo, sobre su matrimonio puede darse cuenta de que a lo mejor, además del problema que el tiene como consumidora de alcohol, tiene problemas de matrimonio que tiene que resolver. Tiene problemas de familia en el que se le relega a un papel que ella no quiere, ¿eh?. Tiene problemas sociales porque no tiene trabajo, no tiene trabajo, pues, adecuado, ¿eh?, y tiene hijos a veces que no puede atender o que no son totalmente asumidos. Tú le pides que solucione éste problema y que se trague todos los demás. Y eso es injusto, es injusto, es injusto porque la intervención tiene que ir de forma global sobre todo el contexto del.....

**- Y entonces, ¿cómo crees que ella aborda todos esos otros problemas que se le presentan?. ¿Cómo crees que ella soluciona el resto de cuestiones tipo familia...?**

- Ahí sí que es complicado a veces porque hay casos y familias muy heterogéneas a veces, ¿no?, de problemas familiares y todo lo demás. Lo normal es que el proceso de intervención que se haga con una alcohólica vaya parejo con una intervención con la familia, bien por escuela de padres, bien por entrevistas individuales con la familia....

**- Eso se hace.**

- En el caso nuestro hay una escuela de padres, ¿eh?, que va siguiendo todo el proceso de la persona que está en el centro. Y luego hay entrevistas individualizadas con los padres también para valorar.....

**- Mientras está la persona allí en el centro.**

- Sí. Y a veces que se continúa posteriormente. Aunque teóricamente sería la UCA.....

**- La que debería.**

- La que debería. Entonces, en eso se nota a veces cuando el usuario sigue enganchado, en el buen sentido de la palabra, al centro, a la comunidad, es porque los recursos de zona de referencia, no tienen esa capacidad de cobertura. Cuando siguen llamando, fines de semana, cuando aparecen por el servicio porque somos un centro de referencia para ellos, o sea, somos personas de referencia para ellos y en su contexto no han encontrado eso.

**- No han encontrado porque nadie les ha orientado, porque grupos existen y asociaciones existen. O ¿por qué, piensas tú?.**

- Hombre, claro. Pues porque en realidad las UCAS deberían de plantearse un trabajo conjunto con otro tipo de servicios, ya sean las UPCS que hacen prevención comunitaria, ya sea los servicios sociales generales..., es decir, el trabajo comunitario es fundamental, y no solamente para la prevención en plan desde arriba con un

programita que viene y lo impartes en las escuelas, sino que el trabajo, la persona que va a una UCA vive en un barrio, o sea, tiene un trabajo, o no tiene trabajo, es decir, que hay muchas otras situaciones que la UCA debería de contemplar. Lo que ocurre es que no, o sea, incidimos otra vez sobre ese problema: no hay un profesional que se encargue de eso en la UCA. Igual que sobre ocio y tiempo libre en el caso de los educadores que pueden hacer una labor de apoyo en calle, por ejemplo, que eso está contemplado para menores pero para drogodependientes aunque salgan de la cárcel pues no. Y que pueden hacer como un seguimiento un poco de esos casos, más en el medio social.

**- Y tú me has hablado de politoxicomanía en las mujeres, que el perfil que os llega suele ser personas que consumen generalmente cocaína y alcohol. ¿Cómo crees que la mujer alcohólica entonces se identifica, cómo se siente ella?. Porque hay una identificación, no se si estás de acuerdo en que hay una identificación distinta entre la alcohólica y la toxicómana, ¿no?, tanto uno mismo como la percepción social.**

- Sí. Ahí quizá la experiencia principal tiene que ser por la vía de acceso a las drogas. El alcoholismo clásico, de alguna forma, era el alcoholismo de las personas adultas con problemas familiares, o con otro tipo de problemas que empiezan a utilizar alcohol, un poco como evasión, y acaban siendo adictos al alcohol. El alcoholismo que se nos está incorporando es el alcoholismo de fin de semana, de fiesta, de marcha, y que va unido a otras sustancias. En el perfil anterior de la alcohólica más de vida doméstica, pues yo pienso que se siente mal, es una persona que generalmente tiene otros problemas además de eso, o sea, tienen, o bien problemas con su compañero, o bien problemas con la familia...Curiosamente también empiezan a aparecer algunos casos de anorexia unido a alcohol....

**- ¿ Y os llegan también al centro?.**

- Sí. Ha llegado algún caso, por ejemplo, de persona que empieza a dejar de comer con regímenes fuertes, que empieza a utilizar el alcohol para animarse un poco y acaba sustituyendo las calorías del alcohol por la de la comida. Y que es un perfil que para las nuevas adolescentes, de alguna forma, que tienen tanta presión social sobre el físico pues puede llegar a darse también, ¿no?, son casos como más raros.

**- Una forma de llegar al alcoholismo por esa vía.**

- Es una forma también por esa vía, ¿no?. Y luego en el otro, en el de la cocaína y el alcohol generalmente pues es la iniciación en el alcohol que tiene cualquier adolescente, que normalmente se va regulando en la medida que uno llega pues a la edad adulta o.....

**- ¿Pero empiezan consumiendo alcohol primero, las chicas?.**

- Sí, sí. Pienso que sí. Pienso que sí, que hay un patrón no solamente de consumo de alcohol de los adolescentes, yo pienso que es el principal problema. Sin embargo la sociedad pues enfatiza la ruta del bacalao, el éxtasis y las pastillas y bueno pues el Plan Nacional de Drogas, por ejemplo, ya te determina que puede haber alrededor de un 20%, que sería exagerado, de jóvenes de 14 y 18 años que consumen pastillas, y el 80% consume alcohol. El tabaco, por ejemplo, que es algo que se ha incorporado también a la mujer y bueno, estamos como muy lejos de que descienda el consumo de tabaco. Sigue incrementándose y especialmente en la mujer, con lo cual las generaciones dentro de 20 o 30 años todas las generaciones de mujeres que se han

ido incorporando al consumo de tabaco tendrán problemas. Pero los empatiza eso, por ejemplo, los empatiza a otro tipo de drogas, ¿no?

**- Claro, el recurso en el que tú estás trabajando quizá no es un recurso de los históricos o clásicos para mujeres alcohólicas. ¿O también llegan?.**

- Sí. Si llegan a través de la UCA nos pueden llegar igual. Ahí lo que falta generalmente, por lo que tú estabas comentando, cómo se sienten. Lo que suele faltar luego son recursos de reinserción. Cuando esas personas tienen que normalizar su vida, ser alcohólica mujer es más grave que ser alcohólico hombre.

**- Si. Y ¿dónde piensas tú que se apoya la mujer para poderse rehabilitar y reinsertar?.**

- Generalmente en la familia, esa es la realidad. Pero cuando ese contexto no funciona, pues pienso que son necesarias otras, es decir, la red civil tiene que funcionar, es un poco una red de apoyo, es decir, cuando, pero no solamente para la mujer, sino para toda la gente de alguna forma que está en exclusión, es decir, un preso cuando sale de la cárcel, un menor que está fuera de la familia, y la red de apoyo social nuestra es pobre, es pobre. Asociaciones de autoayuda fuera, y eso allí yo pienso que la situación donde se puede realmente intervenir en drogodependencia es a nivel municipal. Las políticas municipales tienen capacidad para generar y para estar en los barrios, para coordinar recursos, para articularlos, no los grandes planes, es decir, las UCAS son importantes, todo lo demás. Pero donde hay un Ayuntamiento que se siente responsable de las políticas sociales de su municipio, ahí se hacen cosas. Donde no, pues delegan en otros planes que llegan en subvenciones de Europa o donde sea, es decir, el trabajo para mí sigue siendo el mismo desde abajo, de bajo arriba y en plan comunitario.

**- Iba a preguntarte cómo veías tú la estructura asistencial, pero vamos un poco me lo estás ya explicando, ¿no?.**

- Sí. Ahí tiene la ventaja que se nos vende, de alguna forma, de que hay una red unificada, que hay pocas autonomías que la tengan, y luego tiene toda una serie de desventajas, que con la excusa de que por primera vez los drogodependientes están incluidos en un sistema de salud, que es el gran logro de alguna forma, que es un logro evidentemente, pues hay un enfoque excesivamente medicalizado de la atención al drogodependiente. Y toda la parte social no está contemplada, quizá también porque el esto general no se siente responsable de esa parte, pero difícilmente uno puede abordar el tema sin los brazos que tienen que intervenir ahí, ¿eh?.

**- Bien, pues yo creo que podemos ya finalizar la entrevista sólo me quedan, voy a hacerte dos últimas preguntas. Una sería si quieres añadir algo más sobre el tema del alcoholismo en la mujer, una sería ésta.**

- Así a voz de pronto es difícil, es difícil.

**- No. Por si había alguna cuestión que quisieras apuntar, que yo no te hubiera preguntado, o alguna cosa importante que se nos haya quedado.**

- No. Yo ahí quizá insistir en que casi todos los problemas de drogas llevan parejos los de emancipación de alguna forma. Entonces serían como procesos de evaluación personal, de autonomía personal que se han cortado, que están como en suspenso. En el caso de la mujer, yo insistiría en ese proceso de autonomía personal, de tener

una identidad clara como sujeto, y que eso es un problema más, es decir, es un problema más. Y ahí nos da idea de que es un problema social, de que el alcoholismo en la mujer lleva parejo un lastre, un lastre también que generalmente no se aborda, no se suele abordar. Y que es difícil también que los profesionales estemos concienciados de ese lastre, ¿no?

**- Ahí sí que hay otra cosa importante que quiero preguntarte: ¿Tú crees que es imprescindible la abstinencia en el alcohol para conseguir la rehabilitación, o se pueden tener consumos sin necesidad de mantenerse abstinentemente totalmente?.**

- Ahí, por la experiencia que tengo, en principio conozco, es decir, por experiencia directa, yo conozco casos de politoxicómanos que han sido alcohólicos durante largas temporadas que han consumido otras drogas también....

**- O sea, que han tenido dependencia al alcohol.**

- Exactamente. Eso es, ¿eh?, es decir, que sí consiguen consumir algo de alcohol sin tener recaídas gordas en el alcohol. Alcohólicos, quizá casi toda mi experiencia está más con heroinómanos....

**- Que también tenían dependencia al alcohol, quieres decir.**

- Sí, eso es. Pero que generalmente con esos, ¿no?. Alcohólicos que puedan consumir algo de alcohol, realmente no conozco, o sea, alcohólicos....

**- Con sólo dependencia al alcohol.**

- Yo no los conozco. Teóricamente, yo pienso que sí se puede hacer. Ahí el tema es que estamos otra vez con la misma discusión que antes, es decir, no hay que cambiar la relación del sujeto con la sustancia, sino el mundo vital que rodea a la sustancia. Si uno tiene un entorno desestructurado, si es infeliz, si no tiene trabajo, pues difícilmente la relación con la sustancia puede ser equilibrada, es decir, si uno sigue teniendo una historia de dependencia del alcohol o del tabaco, o de cualquier otra sustancia, tiene una vida más o menos equilibrada, normal con problemas, con disgustos, pero tiene, dicho así pedantemente, lo de Guinness, seguridad ontológica, es decir, si uno tiene un entorno en el que se siente apoyado, que se siente cubierto, que tiene sus esquemas más o menos controlados, es decir, uno puede de alguna forma tener una relación con la sustancia pues diferente. Lo que es muy difícil y casi imposible es que estando fastidiado, estando jodido, estando mal, uno pueda tener un equilibrio con algún tipo de sustancia pues adictiva, porque es una vía fácil de derruir el dolor, de la angustia, el miedo, es decir, es una vía muy fácil. Entonces claro por eso Escotado dice que puede ser profesor de derecho, sociología, filósofo, escribe muy bien, es un tío muy vital y puede tener una relación. Ahora, ahí el drama a veces es el joven adolescente de un barrio marginal o bueno, también una relación de clase social, es decir, que eso sería también interesante para comentar, es decir, la alcohólica de clase social alta y la alcohólica de clase social baja. El alcohol es una droga de relación social para una persona de clase media-alta que puede tener problemas pero no le desestructura su vida porque tiene recursos para salir adelante, ¿eh?, y claro, para el de la alcohólica de clase social baja significa exclusión social, marginación, entonces.....

**- Le complica aún más la vida, claro.**

- Y luego, la franja media que sería donde está ahí en el caso de los jóvenes también lo que se llamaría también el consumo compulsivo pues amnésico de alcohol, pero de alcohol como de ropa, como de .... que por ahí también sería otra vía de intervención a veces en el caso de las mujeres jóvenes alcohólicas, es decir, el tema ya no es el que consumen alcohol sino qué tipo de vida, o sea el mundo vital, o sea, yo consumo alcohol como consumo ropa, como consumo lo que sea, tabaco, me lo trago todo. Soy adolescente y me pongo hasta reventar de lo que sea: comida, alcohol, sexo, lo que sea, ¿no?. Y entonces dónde hay que intervenir, pienso, es en el mundo vital. Cuando operas con el mundo vital de la persona, la relación con la droga cambia, evidentemente, porque ya no tiene tanta funcionalidad ahí, no hay funcionalidad.

**- ¿Y tú crees que los profesionales que estáis trabajando en el campo del alcoholismo sois un referente para la abstinencia de la alcohólica?**

- Pues te voy a decir no. Ese es el gran reto también a veces. Por eso tiene mucho sentido los grupos de autoayuda, porque el profesional, normalmente, se sube a su pequeña tarima e incluso a veces los códigos de comunicación les son ajenos. Si nos cuesta entendernos entre nosotros pues al tener a una persona enfrente, tendemos a objetivarla, a no verla. Entonces, cuando ella está en un grupo, se ve a sí misma.....

**- Como persona.**

- Como persona. Yo pienso que es otra reivindicación gorda de los servicios, ¿no?, recuperar pues al sujeto como persona, no como un objeto de intervención simplemente, y acercarse a la persona y a su problema. Y ahí tocas lo social por narices, si te quieres acercar los programas de reducción de daño lo están haciendo de alguna forma, es decir, hay mucha gente con problemas que no va a los servicios, lo que estábamos comentando pues al principio. Entonces, bueno, los servicios pueden seguir esperando a que lleguen, o bien donde está la gente con problemas y ofertarles ayuda.

**- Pero los profesionales sí que jugáis un papel importante en la rehabilitación, en la abstinencia y en el tratamiento, ¿no?**

- Claro, claro, por supuesto. Ahí yo pienso que debería de funcionar incluso mejor eso, y sí que está recogido en alguna investigación de alguna forma. El profesional de referencia, es la persona en que el sujeto confía, donde ha mostrado sus miserias, donde y con la que se siente segura. Y ellos van buscando en la red a esa persona, de alguna forma, e incluso a veces es la misma que le marca límites, porque hay veces que explotan recursos cuando alguien le marca límites, pasan a otro. Pero esa persona falta, y ese vínculo, de alguna forma entre lo profesional y lo personal yo pienso que los profesionales a veces nos escudamos en una cierta profesionalidad para no acercarnos a los sujetos que tienen problemas, o para no verlos.

**- Bien. Antes te había dicho que íbamos ya a concluir haciendo dos preguntas. Me falta la última que en realidad sería un poco pues a ver como te has sentido, ¿no?, al hacer ésta entrevista: si has estado cómodo, no sé, o si te ha resultado incómodo.**

- Muy a gusto. Todo un placer. Todo un placer charlar, la verdad es que sí.

**- Y además te gusta hablar del tema.**

- Sí porque es mi trabajo. Me gusta mi trabajo. Al contrario, me gusta charrar excesivamente. Me pongo por los cerros de Ubeda rápidamente y si no me bajan a la tierra pues me escapo, me escapo.

- **Muy bien. Bueno, pues nada, muchas gracias.**

## **ENTREVISTA Nº 2: PSICOLOGA**

- **Vamos a empezar la entrevista con la psicóloga que trabaja en la Asociación. Bueno, a mí más que considerarlo como una entrevista, me gustaría que estuviéramos tranquilamente charrando, ¿no?**

- Vale.

- **Primero, ¿quieres decirme un poco, bueno, situarte, tu edad....?**

- Vale. Yo tengo 34 años.....

- **¿Dónde has trabajado?. Yo se que acabaste de estudiar y eso, las prácticas...**

- Tengo 34, acabé en el 90, o sea que llevo pues hará 11 años trabajando. Me licencié en psicología, luego hice el doctorado, y también mi formación es en criminología. Entonces, bueno yo tengo eso. Soy doctora en psicología, mi tesis fue sobre agresiones sexuales, y desde el ámbito de la violencia paso al ámbito de las adicciones porque en el trabajo de violencia pues un elemento muy importante es el de las adicciones. Y trabajo, el primer contacto que tengo de trabajo en adicciones es con la creación de una nueva asociación en el 94, finales del 94, una asociación en Valencia y además de una forma casual. La verdad es que empiezo a trabajar porque estoy adaptando un programa de prevención de recaídas de Maclad en inglés a los agresores sexuales, y me surge la posibilidad de, ese programa de alcoholismo, aplicarlo en el alcohol y adaptarlo. Entonces digo: Bueno, pues lo practico en tema alcohol. Lo entiendo desde ese ámbito y lo...

- **El problema de los agresores.**

- Sí. No. El problema de alcoholismo lo estábamos adaptando para aplicarlo en un programa de agresiones sexuales. Y era el programa de Maclad de prevención de recaídas, que no estaba ni traducido ni nada. Entonces hicimos la traducción de un programa de alcohol en castellano para luego adaptarlo a conductas violentas, y en ese momento del proceso de adaptación me surge la posibilidad de trabajar con enfermos alcohólicos. Me parece fantástico porque estoy con ese tema y entré un poco, o sea, no es vocacional sinceramente, no es vocacional; entré un poco desde ahí. Y empiezo pues a aplicar el programa de prevención de recaídas en esos años, adaptado pues como buenamente puedo. Y ya nunca más dejo ese ámbito. Empiezo a dedicarle un tiempo y cada vez más y.....

- **¿A través de asociaciones siempre?**

- Sí. A través de asociaciones siempre. O sea, ésta es la tercera de las asociaciones que estoy. Estuve primero en una, luego me trasladan a otra y ahora me incorporo en ésta, que en ésta llevo poco tiempo, estoy desde Septiembre.

- **Y aquí, ¿os contrata la asociación, o a través de subvenciones...?**



- Sí. El profesional a nivel contratación, la situación no es nada fácil, o sea, los profesionales dependemos de la Federación de Asociaciones de la Comunidad Valenciana, que recibe una subvención y que ella nos paga, o sea, no nos paga la Asociación directamente, bueno, hemos tenido etapas, ¿eh?, años en los que pagaba la Asociación, pero ahora ya que es de una manera más estable, nos paga la Federación bueno pues a través de subvenciones que recibe de la Dirección General de Drogodependencia.

**- Y ¿vuestro puesto de trabajo, o sea, es un requisito que la Asociación tenga psicóloga o psicólogo, o no?.**

- No. No. No es un requisito porque de hecho hay Asociaciones en este momento en la Comunidad que no tienen profesionales, pero las Asociaciones que pertenecen a la Federación que se supone que es el órgano pues que controla un poco, o que dirige un poco las Asociaciones, todas las Asociaciones que pertenecen a la Federación, yo creo que en este momento, todas tienen profesionales. Porque hay un apoyo, o sea, hay dos líneas de apoyo. Una que es los grupos de autoayuda y el apoyo del enfermo, y luego está el apoyo del profesional psicólogo. Hoy las Asociaciones, creo que somos 16 en la Comunidad Valenciana, cada una tiene un psicólogo. Creo que Gandía tiene médico, pero creo que va a durar poco.

**- Ya. ¿ Y no suelen tener otros profesionales?.**

- No, no tienen otros profesionales porque no tienen dinero para pagarlos, o sea, la Dirección General subvenciona la figura del psicólogo en la Asociación para que ejerza, o sea, el trabajo de, sobre todo, y fundamentalmente, la terapia en grupo que la UCA no puede ofrecer. Nosotros tenemos sentido como órgano de apoyo, ¿eh? como un servicio de apoyo la UCA, o sea, ese es el planteamiento actual...

**- Y ¿vosotros trabajáis también, o sea, en los otros grupos, las otras actividades de la Asociación, o solamente hacéis tratamiento y terapia?.**

- Vamos a ver. Yo creo que depende de la vinculación que el profesional tiene con la Asociación. En Enero, vamos a hacer unas jornadas de todos los profesionales donde vamos a intentar establecer un protocolo de actuación común que creo que es fundamental que tengamos todos, porque cada uno trabaja en una Asociación, con una realidad distinta y con una implicación también distinta, y deberíamos de unificar criterios de acción. No puedes funcionar al margen del funcionamiento de la Asociación, o sea, colaboras, participas en, te piden tu opinión, lo que si que es muy importante que cada uno sepa dónde está, o sea, tu puedes ofrecer todo tu apoyo a cualquier actividad de la Asociación, apoyarla pues para iniciar, por ejemplo, grupos de autoayuda que son más de la Asociación, pues el profesional puede participar, impulsar, organizar para que eso salga hacia delante, ¿no?. Ese es una función de apoyo a la Asociación. Pues participar en programas de televisión, radio, te llaman a la Asociación y acude alguien de la Asociación y el profesional. Pues ese es un tipo de actividad y luego la puramente terapéutica.

**- Y ¿tú verías la figura de algún otro profesional o alguna otra persona de fuera?. Sí la verías, ¿no?.**

- Yo creo que, mira. Yo creo que las Asociaciones....Yo creo que hoy, en la plan de drogodependencia, la Asociación de alcoholismo tiene sentido dentro de lo que es un centro de día, creo, por lo menos tiene vida desde ahí, según la ley nueva.

**- Un centro de día para alcohólicos.**

- 
- Claro. Ubicándote en la red que existe.
  - **En la red que existe.**
  - Claro, la red que existe a la Asociación no la tiene en cuenta.
  - **No. Efectivamente.**
  - O sea, aquí los programas que se aplican no están acreditados, con lo que también, los profesionales que estamos en Asociaciones no estamos acreditados cara a todos los demás profesionales que están dentro de la red. La Asociación no está dentro de la red, y es la propia Dirección General la que nos margina en actuación. Por eso las dificultades también de relaciones con órganos acreditados donde se supone que los profesionales que están trabajando han pasado una serie de criterios, y como nosotros no, parece que estamos un poco en situaciones distintas. Yo creo que ese es un problema.
  - **Y luego, por otro lado, si no me equivoco, los centro de día que hay, fundamentalmente, el perfil es más de toxicómano, aunque se consuma alcohol, que para alcohólicos, ¿no?**
  - Sí, claro. Un centro de día, yo el centro de día que he conocido de cerca porque he estado allí, que es el de Torrente, que es un centro de día, allí hay un perfil muy alto de alcohólico pero porque es una Asociación de alcoholismo de toda la vida que ha abierto puertas a otro tipo de adicciones, pero realmente, el peso específico es alcohol, pero creo que es el único, ¿eh?, creo que es el único. Pero bueno, que quiero decirte que yo le veo sentido ahí, o sea, que la Asociación, si se reconvierte en un centro de día podría tener otros profesionales, podría tener un trabajador social, por ejemplo, que es fundamental, podría tener educadores y montar talleres, y recibiría una subvención. Ahora no es fácil convertirse en centros de día pero....
  - **Eso te iba a preguntar, que cómo está eso.**
  - Ahora no. Hubo un momento en el que, cuando se crea la ley pues algunas Asociaciones intentaron acceder a centros de día y algunas sí lo hicieron, ¿no?. Y en aquel momento era más fácil que ahora. Ahora pues tiene que haber un mínimo de la población, por ejemplo, aquí en Meliana no se podría crear un centro de día, o sea, porque no cubre el mínimo de número de habitantes.
  - **De habitantes. Pero a lo mejor entre otros pueblos.....**
  - Aquí por ejemplo, según la ley, en toda ésta zona, el centro de día que.. donde se podría montar un centro de día es en Sagunto, que no hay, en Sagunto no hay centro de día. Y es uno de los que faltan dentro de la red de asistencia de drogodependencia. Pero bueno, que quiero decirte que tiene más profesionales acreditados, es decir, mejor vistos, y con mucha actividad, entonces, si la Asociación supiese dar un giro, atender eso, a la vez que mantiene la Asociación en sí misma, que es fundamental, pues eso le daría más cobertura.
  - **Pero, ¿tú crees que hay voluntad desde la Administración de incorporar a las Asociaciones a la red?**
  - No la ha habido, porque si....Hombre, claro que no. Claro que no. Si la Asociación es quizá el servicio..., desde la Asociación se han dado servicios de toda la vida y se

hace una nueva red, una red de drogodependencias con un montón de servicios distintos: que si la UCA, que si el no se qué, y no se incluye para nada a las Asociaciones, está claro que la voluntad no era incluir a la Asociación, pero también es verdad, que si esa es la red, o subes a ella, o te quedas detrás.

**- Claro. Y ¿tú cómo ves el papel de la Asociación en todo el proceso de rehabilitación de los alcohólicos?**

- Yo creo que el papel de la Asociación está en la reinserción, fundamentalmente, y en el mantenimiento como Asociación. La Asociación puede ofrecer un servicio con profesionales, ¿eh?, pues en su momento se dio un servicio, por ejemplo, de desintoxicación cuando tenía médicos y todas las demás áreas, luego un servicio de deshabituación, que es el que está ofreciendo ahora con el psicólogo. Yo no se si eso se va a mantener, pero yo creo que la Asociación tiene mucho más sentido desde el desarrollo de actividades sociales, o sea, yo creo que en una Asociación tiene mucho más sentido un trabajador social que un psicólogo, vamos esa es mi opinión, yo creo que tiene muchísimo más sentido.

**- Por el tipo de actividades que debería.....**

- Claro, claro. Además si la UCA tiene psicólogo...Hombre, lo ideal es que la Asociación tuviera de todo, pero si tenemos que cubrir espacios que falten, yo creo que falta la figura de, bueno, tú mejor que yo lo sabes, la figura del trabajador social en drogodependencia.....

**- Sí, no, o sea, eso no creo que responda únicamente a, creo yo, al capricho de eliminar un profesional, sino, ¿a qué piensas tú que responde?**

- A que no somos capaces de limitar claramente nuestras funciones. A que hay otros profesionales que han ejercido de...., sabes. Yo creo que hay un problema ahí. Cuando oyes la primera vez: trabajador social, ¿qué opinas del trabajador social?. Bueno, yo estoy opinándote de un campo que tú conoces mejor que yo.

**- No. No. Es que es interesante la opinión....**

- ¿Qué opinas del trabajador social?. Pues el trabajador social es el que gestiona gestión, la palabra gestión, recursos para tal cosa, y esto no es verdad. El trabajador social hace un montón de intervenciones fundamentales a nivel familiar. El trabajador social es el que tiene la línea, o sea, es el que tiene la herramienta para trabajar a nivel familiar, y en drogodependencia dime tú si es necesario trabajar a nivel familiar. Y no se considera, y el psicólogo ha cubierto a veces áreas que no le tocan.

**- Antes has dicho una cosa que quería volver sobre ese.. Has dicho el papel de las Asociaciones en el mantenimiento. En el mantenimiento ¿de qué?, ¿a qué te refieres?**

- En el mantenimiento de las ciencias.

**- De las ciencias.**

- Sí. El mantenimiento de las ciencias o el programa, porque tú sabes que ahora se está haciendo mucha reducción de daños, ¿no?, esa es una opción que está ahí. El mantenimiento del proceso de deshabituación.

**- De abstinencia. ¿tú crees que es imprescindible la abstinencia total para...?**

- No. No.

**- ¿Puedes explicarme eso?**

- Eso también ha sido con la evolución y con el tiempo. Yo cuando entro por primera vez, y tampoco hace tanto tiempo ¿no?. En el 94 yo creo que la única opción es la abstinencia, y me lo creo hasta tiempo. Si que veo que creo que los programas de vida controlada en un tipo determinado de personas en los que sólo hay un diagnóstico de abuso, no hay una dependencia, gente joven, que puede tener un proceso de aprendizaje con recursos personales para hacer un reaprendizaje adecuado, creo que está muy bien, y creo que es factible. Yo tengo gente que ha hecho reducción de daños, o sea, aprendizaje de bebida, de bebida controlada, gente joven, pues gente fundamentalmente con un perfil de pasarse el fin de semana, pero entre semana controlar, que están estudiando y tal, y ha funcionado, y ha funcionado muy bien. Creo que ese tipo de programas son muy válidos con unos perfiles muy concretos ¿no?.

**- Gente que no tiene dependencia has dicho.**

- Cuando se pasa a la dependencia no hay otra opción que la abstinencia. Eso también lo tengo..., o sea, en el momento hay una dependencia, ya no hay más posibilidades que la propia abstinencia. Pero es verdad que hay gente dependiente que es incapaz y que con una reducción de daños pues quizá se puede mantener, aunque creo que es, creo que la reducción de daños también es peligrosa. Es muy cómodo también para nosotros decir: No dejas de beber, pues bueno, reducción de daños, yo no tengo la culpa. Creo que es peligroso.

**- Más fácil, la salida, que intentar conseguir el cambio de actitud.**

- Sí. Creo que el objetivo en la dependencia, el objetivo es la abstinencia, por encima de todo. Que al final no..., pero bueno, la reducción de daños yo creo que es la última, de las últimas, de las últimas opciones cuando la cosa está muy deteriorada y dices: Bueno, tengo esto y ya se ha intentado, se han quemado todos los recursos, pues vamos a hacer reducción de daños. Yo creo que es muy cómodo para muchos. Nos hemos ido por las ramas.

**- Sí, bueno pero da igual. Todo entra... Estábamos un poco todavía en tu perfil profesional. Yo creo que ya habías explicado que has, en realidad, casi toda tu vida profesional laboral ha sido en alcoholismo, ¿no?**

- Sí. Siempre en alcoholismo menos un tiempo que estoy en el centro de día de ARTIC de Torrente, que toco gente que no es de alcohol pero muy poca, o sea, que prácticamente, todo es alcohol siempre. Siempre alcohol. La Asociación es siempre alcohol y allí en ARTIC, que es centro de día, es cuando tengo contacto con gente de consumo de otras drogas.

**- De otras drogas, pero....**

- Pero muy poca, ¿eh?. Muy poca experiencia.

**- Con respecto a la decisión ya me has explicado....**

- Ya te lo he explicado que entro un poco, no es vocacional, aunque no salgo nunca de ello, o sea, que algo me gustará, ¿no?, porque nunca abandono esto. Lo reduzco, lo amplio, pero nunca dejo esto. Y no me gustaría dejarlo nunca.

- **Y ¿cómo ves tú...?. Me gustaría que volviéramos a hablar sobre el alcoholismo, ¿no?, y más, o sea, ¿cómo ves tú el enfoque actual del alcoholismo?. ¿Tú crees que ha cambiado el perfil, que es difícil encontrar alcohólicos puros, que hay, lo que ahora se llaman los policonsumos?. ¿Cómo ves tú todo eso?.**

- Yo creo que sí, que ha cambiado, que está cambiando. Yo, cuando empiezo a trabajar, que tampoco hace tanto, pero sí que había un perfil....

- **Bueno, hace 11 años, ¿no?.**

- No, perdona. Alcohol en el 94. El alcohol empiezo en el 94.

- **Seis o siete años. Siete...**

- Seis o siete años. Yo ahí sí que he notado una diferencia de ese principio...

- **Del 94 aquí. ¿Me lo puedes explicar?.**

- Sí que he notado el tipo de personas que acudían a un servicio o una Asociación. Cada vez hay más gente joven, cada vez aparecen con cuadros más de abuso que de dependencia, o sea, se solicita más ayuda en cuadros de abuso que de dependencia y eso quizá es por una acción preventiva y por una acción de sensibilización. Pero yo recuerdo que cuando yo entré en Asociación la primera vez prácticamente todo el mundo era dependiente y era gente con un deterioro mayor, no tanto físico, bueno físico siempre hay en algunas ocasiones, pero sobre todo, un deterioro psicológico muy importante, y social, ¿eh?, con muchos déficit sociales, y ahora, con el tiempo, es más fácil encontrarte gente que tiene cuadros de abuso, que ese abuso interfiere en su estilo de vida normal, pero que bueno, que funcionan bastante bien, o sea, ahora me resulta más fácil que me venga por ejemplo una pareja que ella o él tiene problema con alcohol, y la otra pareja dice: ¡Huy!, pues yo es que ni me había dado cuenta hasta que no me lo ha dicho. Eso durante los primeros dos años yo no lo veía, ahora sí. Se detecta antes, se intenta intervenir antes.

- **Tú lo atribuyes a eso, ¿a la detección precoz?.**

- Yo creo que es un proceso de sensibilización, si, si. A que estamos más sensibilizados, a que el tema de alcohol se está tratando con...., el tema de los problemas del alcohol se está tratando mejor, a que la intervención es mucho mejor, cada vez se utiliza menos la palabra alcohólico, se utiliza..., todos los estigmas se han anulado, se habla de niveles, de personas con problemas de alcohol, del abuso, o sea, se está rompiendo un montón de mitos. Se habla de, desde el punto de vista psicológico hay un montón de intervenciones que son novedosas y son válidas, que antes tampoco, antes había la buena voluntad.

- **Y ¿eso también lo asumen las personas que trabajan aquí en la Asociación?.**

- Les cuesta mucho más. Les cuesta mucho más. La Asociación, o sea, las personas que están implicadas en los movimientos asociativos normalmente es gente que viene de hace muchos años, con un tipo de intervención de hace años, que era la

mejor en ese momento, pero las cosas han evolucionado, y si te mantienes en la Asociación, tienes que evolucionar junto con el, bueno con la progresión científica del problema, ¿no?. Hay asociaciones que sí, otras que no. En ésta en concreto, pues, por ejemplo, la persona que es el presidente, estas personas, yo sí que veo que ven que esto ha evolucionado y que se tienen que subir al carro nuevo, o sea, tienen que escuchar que la abstinencia no es lo único, tienen que escuchar que, siempre se ha dicho mitos como por ejemplo: Si abandonas la Asociación, volverás a beber. Esto no es verdad. Las terapias son para siempre, esto tampoco es verdad. En un momento dado sirvió, y en un momento determinado pues ayudó a mucha gente, pero la evolución ha dicho que cuando, pues una terapia, más allá de un año, es reiterativa, no mejora las posibilidades de abstinencia, ya no, o sea, la efectividad acaba ahí. Si tú quieres hacer terapia 5 años, hazlo, pero no vas a mejorar la abstinencia, ¿no?.

**- Hay otras agrupaciones que sí que van por ahí, ¿no?.**

- Alcohólicos anónimos. Pero yo creo que una cosa es la terapia psicológica, que ofrece la Asociación, que tiene que tener un principio y un fin, porque una persona tiene que tener claro, y otra cosa es el grupo de autoayuda.

**- El grupo de autoayuda, sí.**

- Que yo creo que es una herramienta que cada enfermo o cada persona tiene que saber que está ahí y que puede acudir a ella cuando la necesite, pero no tienes que sentir la obligación de: tengo que acudir todas las semanas al grupo de mi vida, porque entonces me olvidaré.

**- El grupo de autoayuda, ¿no parece que hay profesionales?.**

- No deberían, no deberían. Yo creo que puedes participar, pues de apoyo, o sea, pues mira: nos gustaría tratar tal tema, nos gustaría que nos hablaras de tal cosa, o estamos, estamos atascados con éste tema, pero el grupo de autoayuda tiene que ser autónomo. No es fácil, ¿eh?, porque si están acostumbrados a un profesional, cuando intentas crear el grupo..., yo he llegado aquí en Septiembre, ¿eh?, aquí hay un grupo que tiene ya mucho tiempo, es decir, yo estoy intentando reconducir hacia autoayuda sin la presencia de profesional, pero están muy acostumbrados a profesional y me está costando lo mío hasta que suelten y vean que ellos solitos funcionan muy bien, que estoy para lo que necesiten, pero yo no puedo ser el eje del grupo porque estaría sustituyendo una cosa por otra.

**- La mujer, las mujeres aquí en la Asociación, ¿tienen dificultades para incorporarse, o..?. Tengo dos preguntas: ¿Si vienen muchas mujeres?. Dos no, tres. Si vienen muchas mujeres, primero eso, o sea, ¿cómo está la participación de las mujeres en la Asociación?.**

- En esta, en esta en concreto, desde que yo estoy, me caben en los dedos de las manos, o sea, hay muy poquitas mujeres, muy poquitas mujeres, y además.....

**- ¿A qué lo atribuyes eso?.**

- Yo aquí no lo se porque vengo de otra Asociación dónde teníamos dos grupos de mujeres con mucha....Es verdad que en aquella Asociación, o sea, mi compañera se plantea crear grupos de mujeres, en la unidad de alcoholología lo saben y van remitiendo, o sea, que desde la unidad llenan los grupos, que si no llegamos a informar a la unidad, igual teníamos dos.

**- Está como una especialización, ¿no?, de la Asociación....**

- Sí, se ha creado. Esa Asociación crea grupos de mujeres y la unidad de alcoholología lo tiene en cuenta, entonces mujer que considera que puede funcionar bien en ese grupo, la remite. Yo creo que es la única que está haciendo eso, ¿eh?. En el resto, no se implican. Primero porque es un problema que es más fácil detectarlo en el hombre, ¿no?, socialmente es más fácil. La mujer sigue siendo una bebedora en solitario, a escondidas, sigue siéndolo. Y luego pues al hombre le cuesta acudir a una Asociación que a la mujer, quizá le cuesta más, y si encima cuando entras la mayoría de gente que te encuentras son hombres, no es fácil, y los grupos de terapia, los grupos normalmente está genial que haya hombres y mujeres, pero es verdad que cuando hay hombres y mujeres hay unas carencias de las mujeres que no se tratan en los grupos, y si encima están en minoría, pues se ven menos, o sea, menos capaces de solicitar esa atención. Yo creo que hay una carencia en la atención a la mujer, pero totalmente.

**- ¿Qué perfil tienen las mujeres alcohólicas?**

- ¿Qué perfil?

**- Sí como has dicho que ha cambiado el perfil del alcoholismo, hemos hablado en general, y ahora yo quisiera concretar si en las mujeres es lo mismo, o siguen acudiendo tardíamente al tratamiento.**

- Aquí, por ejemplo, las mujeres que hay aquí en ésta Asociación, y no tengo la explicación, Pepa, son en ambos extremos y no de abuso, o sea, las mujeres que yo estoy viendo aquí son: o mujeres jóvenes, de hecho hay un grupo de mujeres, un grupo de jóvenes en el que hay tres o cuatro mujeres jóvenes solteras o recién casadas, muy jovencitas, que vienen de historias de otros consumos, de otro tipo de consumos, que han desarrollado lo del alcohol y que, en plan un poco preventivo, ¿eh?, o que se han enganchedo con rapidez al alcohol, acuden a pedir ayuda a la Asociación. Pero es gente que tiene experiencia de pedir ayuda en otros recursos, ¿vale?, que yo creo que eso también dice....No es una mujer joven que viene por primera vez aquí. Este es un recurso más dentro de su proceso de..., y luego mujeres que sí que han tenido cuadros de dependencia, cuadros de dependencia alcohólica, y que han venido aquí, pues o bien...

**- Ya más mayores.**

- Sí, mayores y remitidas por la familia. Normalmente no por la pareja.

**- Más o menos yo es que diría que es el mismo, o sea, se ha incorporado una nueva alcohólica, como yo entiendo que, pero la alcohólica de siempre, ama de casa o que ahora trabajan fuera de casa, ¿no?, que sigue bebiendo a escondidas, con un gran sentimiento de culpa, yo creo que esa sigue existiendo y ahí sí que no, ese grupo yo no creo que haya cambiado, ¿tú que opinas?, o sí.**

- No, no, yo tampoco creo que haya cambiado, ni creo que se detecte mucho más que antes, creo que están igual, o sea, siguen teniendo dificultades para acceder, no se lo ponemos fácil, y la Asociación, por ejemplo, no atiende eso, o sea, sigue siendo una, sigue siendo un problema social privado, social no, perdón, privado, y entonces, hasta que eso no vuelva a ser un problema público, o sea, el alcoholismo del hombre es más público, es un problema más público que el alcoholismo de la mujer que

sigue siendo un problema privado. Sigue guardándose en casa, ¿eh?, y queda peor la mujer, es que eso sigue igual, entonces yo opino igual.

**- Tú, ¿qué opinas del enfoque del alcoholismo como enfermedad?**

- Bueno, ese es el modelo médico. Yo creo que hay un término medio, que hay un término medio entre..., el enfoque de la enfermedad tiene un problema y es..., desde el punto de vista psicológico, el enfoque de la enfermedad tiene un problema porque no te hace responsable ¿eh?, de tú problema del consumo de alcohol, o sea, yo soy un enfermo, me ha caído del cielo, tengo una enfermedad, y tengo que llevarla como pueda, entonces, te quita capacidad de control, de trabajar sobre la propia enfermedad desde el grupo modelo médico, o sea, yo soy un enfermo y yo no tengo, esto es una pérdida de voluntad, esto es una enfermedad que me ha tocado, y yo no puedo hacer muchas cosas para resolver. Desde el punto de vista psicológico, si es un problema de conducta y de hábitos mal adquiridos, que finalmente desarrollan una adicción, las técnicas de aprendizaje dicen que todo lo aprendido se puede desaprender, y ahí por lo menos, la persona es más activa en la recuperación. Yo creo que el modelo médico está bien y que explica muchas cosas, pero que hay que incorporar el modelo psicosocial, sobre todo para rehabilitación.

**- ¿Tú crees que la enfermedad, lo has descrito muy bien, lo de la desculpabilización, ¿no?, bueno la falta, o sea, de responsabilidad del modelo médico, ¿crees que eso para las mujeres, eh, es como, como te diría, en el caso de las mujeres podría ser justamente, un elemento que les desculpabiliza, o sea, el sentirse ellas, el pensar ellas que son enfermas y no son viciosas?**

- Vale, es que, claro. Es que el concepto vicio es otro concepto horroroso que dedicarle la culpabilidad te impide funcionar, el pensar que eres enfermo te quita culpas y te facilita que seas más capaz de trabajar, pero eso sólo enfermo no, tiene que ser enfermedad y conducta. Enfermedad y conducta condiciona lo que quieras, pero tienes que dar un paso más allá, o sea, vicio evidentemente no funciona en nadie, y la mujer menos, porque además el concepto vicio alcohol en la mujer va unido a otro tipo de, o sea, a estereotipos, o sea, entramos en el tema de: golfa, no se qué, tal, ¿no?, creo. Entonces aún la inmoviliza más para trabajar sobre su enfermedad. Pero sólo enfermedad yo creo que no es suficiente ni en hombres ni en mujeres.

**- Ya, ya. Ahora me gustaría que entráramos un poco en tus opiniones, cómo ves tú la rehabilitación de la alcohólica ya, de la mujer, centrándonos en la mujer alcohólica. La mujer alcohólica, ya se que hay dos perfiles, ¿no?, pero a ser posible, refiriéndonos más al de éste segundo que ha cambiado menos de..., no el nuevo grupo que se ha incorporado ahora, si. Por ejemplo, con respecto pues a los apoyos que tenga de la familia, cómo lo ves tú, las posibilidades de trabajo, o las actitudes que tiene la sociedad frente a la mujer y..., un poco tu opinión sobre la rehabilitación de la alcohólica, ¿qué puntos de apoyo tiene?**

- Vamos a ver. Yo creo que la, o sea, empezando por la integración, creo que hay cosas muy distintas que se deben de hacer con mujeres y se deben de hacer con hombres. Desde el punto de vista de intervención psicológica, por ejemplo, creo que, mientras que con los hombres hay que hacer un desarrollo de empatía importante, a la mujer le sale la empatía por las orejas, o sea, creo que no necesita, o sea, la mujer alcohólica empatiza tanto que se siente culpable de todo, de cualquier acción que hace hasta su vecino, esa es mi impresión. Mientras que a un enfermo alcohólica, una persona que tiene problemas con el alcohol, tienes que trabajar el desarrollo de



empatía porque no, por ejemplo, le resulta muy difícil ver el sufrimiento de su problema con la familia, y hay que trabajar mucho esa parte empática, en la mujer hay que pararla, desde mi punto de vista, porque entran en un sentimiento de culpa, y lo que les he hecho a todos, pero ya en exceso, o sea, que yo creo que....

**- ¿Porqué crees que se da eso?**

- Por valores sociales, o sea, las chicas tragamos y sabemos que...Ese, por ejemplo, creo que eso es muy importante trabajarlo, y cuando trabajas con el grupo junto hay que tener cuidado, no equivocarte, porque...

**- El grupo mixto, quieres decir.**

- Claro. Con unos tienes que hacer una cosa y con otros otra. Y luego, el desarrollo emocional también. O sea, todo el tema de emociones creo que el trabajo es muy distinto. En el hombre, hay que transmitirle la detección de un montón de emociones que no son capaces ni de detectar, ni de sentir, ni se permiten sentir, ¿no?, hay emociones que son femeninas que los hombres con problemas de alcohol: esto es de mujeres, ¿no?, porque siguen roles muy machistas, y hay que ayudarles a sentirlas. Y la mujer tiene un embotamiento de emociones a veces que le provoca unas inestabilidades emocionales mucho más fuertes que en los hombres. Yo así sin, veo más un diagnóstico en las mujeres alcohólicas de trastornos de personalidad istrónicos sin límites, con muchos problemas en sus emociones que en los hombres. Es una impresión, ¿eh?, no he hecho diagnósticos para decirte con claridad, pero es la sensación que tengo.

**- Y con respecto a la rehabilitación, ¿tú qué puntos de apoyo crees que tienen las mujeres?**

- A nivel, fuera ya de lo que es la intervención psicológica, tienen muy pocos, creo que tienen muy pocos. Por ejemplo: aquí los grupos de familiares de apoyo son mujeres de hombres con problemas de alcohol. No hay maridos, o sea, y montar un grupo de compañeros es muy complejo porque la apreciación es que se implican muchísimo menos.

**- Eso incluso, perdona, con las jóvenes también.**

- Sí, si. Yo ahora aquí, con objeto de implicar más, he montado un grupo informativo inicial donde vienen todos, familiares y enfermos, y así intento mantener, voy a intentar mantener un mínimo de tres meses, donde consiga adherir a hombres parejas de mujeres con problemas.

**- ¿Sabes que eso lo hacíamos al principio en las asociaciones?**

- Y luego se quitó. Los grupos mixtos son una barbaridad, o sea, los grupos de todos son una...es un grupo informativo, no es terapéutico, exclusivamente informativo.

**- Sí, si informativo, no, no grupo informativo, abierto.**

- Abierto, pero con objeto de rescatar y de hacer asumir...

**- De tener una conciencia, ¿no? de participación y de....**

- Porque si no, la pareja hombre, a los dos meses se te ha ido, y además e incluso, si su mujer sigue acudiendo a la Asociación, a los seis o siete meses pero si tú estás,

pero que haces, pero si tú ya estás bien, o sea, no hay una conciencia para nada del problema. No adopta una postura activa de apoyo, o sea, esperan que la mujer se ponga bien y a veces, también es otra impresión, voicotean la rehabilitación.

**- ¿De la mujer?. ¿Puedes explicar eso?.**

- Es una impresión, ¿eh?.

- **Si.**

- Pues una tía, una mujer, perdona, una mujer bebida, en algún momento pues es mucho más interesante, sexualmente, se siente tan culpable que me hace todo lo que yo quiero, después de dos chillidos, entonces una mujer que deja de consumir, empieza a ponerse en su sitio en cuanto a autoestima, empieza a no aceptar determinados comportamientos de su pareja, normalmente la mujer con problemas de alcohol ha tenido problemas de violencia y humillaciones, y violencia psicológica, y eso es un problema enorme en el tratamiento, hay que andar con muchísimo cuidado con el trabajo, creo, con una mujer alcohólica hay que andar con mucho cuidado porque la puedes poner, sin darte cuenta, en una situación de peligro real para ella con su pareja.

**- ¿Ellas lo expresan, todas estas cosas que me estás contando, en general, yo se que..?.**

- En grupos mixtos no, o sea...

- **No, claro.**

- En grupos mixtos no, pero, por ejemplo, si empiezas a trabajar autoestima y ves que algo está ahí que frena, que frena, y puedes tener algún tipo de entrevista con la pareja, puedes detectar si hay algún problema por ahí de humillación o de abusos, de abuso psicológico, ¿eh?, ya no hablo de físico que puede ser muy evidente, ¿no?, y eso hay que andar con muchísimo cuidado, o sea, si tu desarrollas fortaleza y ponerte en tu sitio y yo soy alcohólica pero no soy idiota y ese tipo de posturas, muy en su sitio, cuidado, que tienes a alguien delante que no sabes muy bien cómo va a reaccionar con esta persona que está intentando rehabilitarse, y ese, por ejemplo, es un tema, que yo sepa ..... y a mí me preocupa, y en la medida, o sea, a mí por ejemplo, el problema de la mujer alcohólica con problemas de malos tratos me parece que es un problema, y claro, yo vengo de los dos y me encuentro con que ahí hay algo que no funciona, que no estamos atendiendo bien, que no estamos ofreciendo la ayuda que necesitan, que estamos a veces dejando muy desamparadas a algunas mujeres.

**- ¿Te refieres a los profesionales, a la estructura asistencial, a....?.**

- A todos, a todos, Pepa. Yo creo que ahí no nos exime de culpa nadie. Creo, ¿eh?. Como es un tema de alcohol, yo vengo de, vienes a un centro donde hay un tema de alcohol, pero si además tienes problemas dentro de tu casa, deberíamos de atenderlos también. Ahí, por ejemplo, por lo que decíamos al principio de otras figuras, el sabeto es fundamental, un trabajador social, que el psicólogo intenta enseñar técnicas de autoestima y tal, pero vete a tu casa y apáñatelas tú. Vamos, esa es mi opinión. Yo creo que ahí en el tema de la mujer falta un montón de trabajo.

**- ¿Tú crees que...?, o sea, tú ya me has dicho antes que tiene pocos apoyos la mujer para la rehabilitación.**

- Sí. La pareja apoya poco. La familia se avergüenza muchísimo y apoya también muy poco. Yo me he encontrado con mujeres que los hijos mayores a lo mejor la han apoyado más si hay una vinculación emocional fuerte y una dependencia emocional, entonces los hijos han ayudado más, han apoyado más, han colaborado más. Pero bueno, tiene poco apoyo. Si es una mujer, que no hace nada más que estar en casa, es decir, no tiene nada fuera de casa, sus actividades se tienen que reorganizar dentro de la casa y no es tan fácil como una mujer que está trabajando fuera, que tiene vinculaciones sociales fuera, que, es más complicado.

**- Y los grupos autoayuda, ¿tú piensas que les servirían de apoyo, o tampoco es el mecanismo..?.**

- ¿Para la mujer?.

**- Para la mujer.**

- Yo creo que siempre sirve de algo.

**- ¿Específicos o..?.**

- Para mujeres. ¿Grupos de autoayuda específicos para mujeres, me preguntas?.

**- Te pregunto en general. Si no específicos y si específicos, o sea...**

- Hombre, yo creo que si hay grupos de terapia específicos para mujeres, la verdad es que hay grupos luego de autoayuda de mujeres, o sea, que puedas contactar con gente con la que te has identificado y has llevado un tipo de tratamiento. Creo que eso estaría muy bien, es una ayuda más.

**- ¿No existen?.**

- Que yo sepa, no.

**- En asociaciones que hablábamos antes, ¿cuándo se acaba la terapia, se van?.**

- No. Lo que pasa es que llevan muy poco tiempo estos grupos. Entonces aún no hemos, no se ha tenido tiempo de hacer autoayuda. De todas formas, allí hay más una atención ambulatoria, ¿no?, no hay una implicación en la Asociación casi. Es muy probable que, a menos que el profesional intente fomentar el grupo de autoayuda, el grupo...

**- Sí. Ya me di cuenta el otro día porque no conocían otras asociaciones. Cuando estaba allí en la antesala esperando y tal nombré a otras asociaciones y no conocían. Entonces me extrañó, porque claro como estaba en una Asociación, pues eso que tú dices.**

- Es un servicio muy, muy ambulatorio. Tiene, tiene poca asociación sinceramente, o sea, movimiento asociativo, lo que es un movimiento asociativo de implicación no lo hay.

**- Es una estructura para cubrir una laguna, quizá, ¿no?.**

- Es una estructura que permite tener un profesional para atender una terapia de grupo.....

- **Y esto, ¿eh?, bueno, a mí me parece bien que de una manera o de otra, pero ¿porqué no se ha incluido en las UCAS, porqué se ha separado tanto el tratamiento médico de...?**

- ¿No lo sabes?

- **No, no.**

- Bueno, sí ¿porqué se ha separado tanto el tratamiento médico, Pepa? Porque el director es un médico. Resulta claro, ¿no?

- **Claro.**

- Claro. Cuando estaba Leonor Cano que era psicóloga, pues los psicólogos teníamos mucho, y si ahora la dirección la lleva un trabajador social, pues el trabajador social. Yo creo que cada uno barre para su casa, por mucho que quiera adoptar posturas generales, no es verdad, no es verdad, está muy medicalizada la intervención en drogodependencia, el médico es fundamental. Siendo que su actuación es muy cortita.

- **Sí, sí, sí.**

- Pero, bueno, ese es el modelo que tenemos hoy.

- **Sabes que ahora se ha sectorizado también la unidad de alcoholología ya no ve toda Valencia, ya tiene unas áreas y el resto van a las UCAS, o sea, ¿han sectorizado también el...?**

- Eso sí que lo sabía porque cuando estuve en, bueno, aquí por supuesto sólo tenemos unidad de conductas adictivas en Meliana, ¿no?, no tenemos unidad de alcoholología, porque unidades de alcoholología creo que en toda la Comunidad hay cinco, ¿no?

- **Había.**

- O había cinco.

- **Sí, sí. Bueno, hay, hay.**

- Lo que sí que es verdad, porque yo cuando estaba en Areabaun ya hubo gente que me la derivaron a UCAS por la zona dónde vivían: la UCA de San Marcelino, la de Padre Porta, o sea, gente que ya te la derivan a UCAS, y la unidad de alcoholología, entonces, no atiende a personas, o sea, a todas las personas con problemas de alcohol de Valencia. Según la zona que vivas, te toca una unidad de alcoholología...

- **Sub las áreas que tenga, y pero sólo de alcoholología sólo alcoholismo y las otras alcoholismo de otras toxicomanías.**

- Y la atención no es la adecuada.

- **Eso te iba a preguntar ahora. Que qué pensabas sobre eso, ¿no?**

- No es la adecuada. En la unidad de alcoholología creo que hay un médico más, ahora, ¿eh?, hay dos médicos. Pero bueno, es igual, es insuficiente completamente el equipo que hay, o sea, hay dos médicos y dos psicólogos, pero faltan más

profesionales de médicos y de psicólogos y de otros profesionales que tendrían que estar participando en la UCA, creo yo ¿eh?, esa es mi opinión. Pues yo creo que el alcoholismo requiere una atención específica y una formación específica. ¿Cómo?. Otras drogas legales, que también van a recibir, o sea, por ejemplo, los problemas de juego, creo que también, no es lo mismo que una heroína, y cuando entremos en los problemas de internet, que van a llegar en 5 ó 6 años, ese tipo de adicciones, que también son legales, que se deberán de atender, supongo yo, supongo yo que en las UCAS, pues también requieren, no va a ser fácil atender a un adolescente de 18 años que está arruinando a su casa por un problema de internet muy fuerte, por una persona que tiene otro tipo de adicciones mucho más largas, no entro en gravedad ni nada, pero pues con otro perfil.

**- Con otro perfil.**

- O sea, que no sólo alcohol, ¿eh?, o sea, yo creo que el alcohol requiere una atención concreta y otro tipo de adicciones también.

**- De la abstinencia ya hemos hablado antes. Yo creo que también el papel del profesional, no, creo que eso no lo hemos comentado, ¿cómo ves tú el papel del profesional en la rehabilitación de la mujer alcohólica?. El papel de los profesionales, me has dicho lo de los grupos, ya me has hablado, ahora los profesionales en la rehabilitación de la mujer alcohólica.**

- ¿Cuál es nuestra actitud hacia la mujer?.

**- No, no. ¿Cómo piensas que debería ser, no cual es tu actitud, sino qué papel piensas que podrían jugar los profesionales, o si no es una cuestión de que los profesionales intervengan para...?. Esto te lo digo en base a lo que habíamos estado comentando antes de que tiene pocos apoyos, entonces, ahí voy por dos vías: los grupos de ayuda mutua serían un apoyo y lo segundo: ¿los profesionales serían en qué medida, o no serían, o no lo ves, o no lo has pensado?.**

- Bueno, los profesionales, por ejemplo: ¿qué tipo de profesionales a lo mejor, había diferencia el tipo de profesionales o el tipo de acciones de los profesionales sean hombre o mujeres?.

**- Sí, si. Exactamente.**

- Yo creo que sí que la hay, la diferencia. Por ejemplo: la mujer está mucho más implicada en servicios sociales. Si tu vas a la población que es atendida en servicios sociales, la mayoría es mujer, ¿eh?. Eso requiere una conexión con otros profesionales, o sea, la mujer que es atendida dentro del ámbito de alcoholismo puede tener muchas más necesidades y carencias que requieren la intervención de otros profesionales, y a parte, la mujer acepta mejor la participación de otros profesionales en su vida que los hombres. Un hombre con problemas de alcohol, que a lo mejor requiere más otro tipo de intervenciones, otros profesionales, a lo mejor está mucho más reticente. La mujer acepta en mayor grado la intervención en sus casos de otros profesionales, lo que es una..., pues por ejemplo: pues muchas mujeres que tienen problemas con el alcohol tienen problemas en técnicas de crianza de sus hijos, tienen dificultades en la crianza de sus hijos. Allí un profesional que atendiese a eso sería fundamental y estaría genial. Pues un educador que ayude, que es lógico, una mujer con un problema de adicción ha descuidado en gran medida su técnica de crianza y se encuentran con críos que no controlan, que no dominan, que les sobrepasan, que les generan estrés y tal. Pues el tema de técnicas de

crianza con mujeres alcohólicas, mujeres con problemas de alcohol, yo creo que es, por ejemplo, puede ser muy importante, es algo que no tocas en un hombre.

- **Que no se hace.**

- No, no, no se hace ni de casualidad. En todo caso, una mujer que tiene problemas de alcohol y ha estabilizado su abstinencia viene y te dice: mira es que tengo problemas con mi hijo y tal, y lo trabajas a nivel individual pero sería estupendo tener talleres para estas mujeres porque esa es una carencia muy importante también, y no reciben la ayuda, y eso en el grupo no creas que es fácil tratarlo, si son, el 70% son hombres y viene una señora y dice: mira es que mi hijo tal, no es fácil de manejar porque no, no es una dinámica que ayude a la mujer en el grupo, y eso se hace a nivel individual. Pues escuelas, escuelas para madres, por ejemplo, vamos, no se.

- **¿Tú crees que la mujer alcohólica necesita un referente para mantenerse abstinente, es decir, muchas veces los alcohólicos recuerdan: pues es que mi primera entrevista con la psicóloga o mi primera entrevista con el alcohólico o la alcohólica que me recibió en la Asociación pues a mí aquello me impactó y a partir de ahí me di cuenta de...?. ¿Tú crees que eso es importante o no?.**

- No lo se, no lo se, a lo mejor si. No lo he pensado nunca, ¿eh?, no lo he pensado nunca.

- **¿No lo has escuchado, tampoco que lo...?.**

- Sí, lo he escuchado en ellos.

- **Eso también viene descrito en el trabajo....**

- Las mujeres. El primer contacto que tuvieron....

- **Si, recuerdan, si, con mucha fuerza.**

- Sí, si por ejemplo vas a..., no lo se, ¿eh? teóricamente, si vas a estudiar el modelado, si la persona que te atiende es alguien con quien te identificas, pues tiene un mayor efecto, está claro, entiendo yo que si tú cuando vas a pedir ayuda, o simplemente a escuchar, ¿eh?, vas un poco receptivo...(se acaba la cinta) es una persona de edad muy distante, de otro sexo, con una comunicación distinta a la tuya, supongo que sí, pero no se si se identifica más el hombre o la mujer. Con esa línea se identificará más el hombre.

- **Claro.**

- Porque normalmente las acogidas son hechas por hombres.

- **Pues aún así, ya te digo, los primeros relatos...**

- Te han dicho que sí.

- **Sí, si, si, si. No les he preguntado pero es que ellas lo cuentan.**

- Lo han contado.

- **Lo han contado.**

- No porque tú ahí no les dices nada de eso.

- **No, no, ellas lo han contado sí. Bueno, pues yo creo que ya vamos a... Bueno, una última pregunta: ¿Cómo te has sentido en la entrevista?**

- Ah, muy bien. Cómoda.

- **¿Cómoda?**

- Cómoda. No me acordaba de la grabadora, y cómoda, y a lo mejor he largado más de lo que..., bueno, yo te he dicho lo que sentía en ese momento y como opinaba, ¿vale?

- **Pues muchas gracias.**

- De nada.

### **ENTREVISTA Nº 3: TRABAJADORA SOCIAL**

- **La entrevista no va a ser muy larga, o sea, que no te preocupes que no te voy a entretener demasiado. Me gustaría que empezaras un poco contando pues tus características personales, pues tu edad, lo que quieras sobre ti, tu profesión, dónde trabajas, o sea, el tipo de..., el lugar de trabajo.....**

- Vale. Tengo 23 años. Trabajadora social, ya no es que diga: no, es que me dedico al trabajo social, soy trabajadora social. Es algo que quería hacer, no se desde cuando ni por qué, y también quería trabajar en drogodependencias.

- **¿Porqué querías trabajar en drogodependencia?**

- Apareció, creo, en el Instituto, el interés, mi interés por la droga. Recuerdo una campaña, el "Tu Vorás", la campaña de "Tu Vorás", no se si la recuerdas, y no me gustó. No, no me gustó nada, y a partir de ahí, empecé a interesarme. Es la típica edad que tienes a tus compañeros que se van de fiesta, que te los ves en las fiestas del Instituto, y pues empiezas a interesarte: ¿qué es?, ¿qué pasa?, ¿qué no pasa?, y ya pues, parece que engancha, eso también, crea dependencia también esto.

- **¿Dónde has trabajado?**

- Hice prácticas en la unidad de desintoxicación de Bétera, y cuando acabé pues ya me puse a trabajar en A... . Mi única experiencia real con drogodependencias, como profesional ha sido toda allí en A..., el centro de día, por fin, centro de día.

- **Y en éste centro de día, ¿acuden personas que tienen problemas con el alcohol?**

- Acuden personas que tienen problemas con drogas en general, legales e ilegales. Problemas con el alcohol no hay nadie que tenga como única droga el alcohol, por decirlo de alguna forma, sino que aparece en combinación con metadona y con benzodiacipina sobre todo. La cocaína también aparece pero ya son consumos más esporádicos. Como dependencia a sustancia, aparece junto con benzodiacipina, metadona, más o menos. Principalmente con, en combinación con ellas. Nunca es reconocido. No es reconocido, normalmente, es muy difícil que te lo reconozca

alguien. Aparte, la forma, cuando haces una analítica para, porque ya después de una negativa tras otra hacemos analítica, y es muy difícil que aparezcan los niveles de alcohol, que esos niveles de alcohol sean considerados como importantes, como, como, no se, indicativos de que hay un problema con alcohol pero nosotros sí que lo consideramos, porque si saben que la norma es no beber y bebes, una de dos: o no aceptas la norma y no aceptas las condiciones, o bien tienes un problema, y lo que vamos a hacer es trabajar por solucionarlo, si tú quieres. Es una dificultad.

**- Antes de pasar a meternos más en el tema que estas tú tocando ahora de los diferentes perfiles de personas que atendéis y todo esto, me gustaría saber, ¿cuánto tiempo llevas trabajando en alcoholismo, yo desde el alcoholismo?.**

- Pues dos años, dos años y el tiempo de prácticas que fueron nueve meses.

**- Ya, muy bien. Antes me has dicho que la decisión de trabajar en el ámbito de drogodependencias la tomaste desde el Instituto, ¿no?.**

- No. No es trabajar. El interés por las drogas empezó ahí. Y luego pues, trabajo social vino rodado, todo rodado.

**- Y ¿cómo tomaste la decisión de trabajar en alcoholismo?.**

- A raíz de las prácticas en Bétera. A raíz de cuando hice las prácticas me gustó el tema, me apasionó bastante y ya decidí orientar luego la búsqueda hacia el mismo tema. Y una vez empezado, pues es muy difícil pararlo. Yo por lo menos lo vivo así, es algo que te vas marcando retos y poco a poco vas viendo que tiene, ¿no?, que tiene, es algo que tiene solución, y eso engancha.

**- Me estabas diciendo antes, por retomar otra vez de lo que me estabas hablando, que aparecen, en el centro tratáis personas con problemas con otras drogas y también con el alcohol. ¿Puedes hablar un poco del tipo de personas que acude al centro?.**

- En general es gente de mediana edad.

**- ¿De mediana edad?.**

- Treinta, desde los veintitantos hasta los cuarenta, o más. Hemos tenido gente de 55, 60 años.

**- ¡Ah!, ¿tan mayores?.**

- Sí, si. Gente que, aparte de, pues de sus problemas con las drogas, aparte pues carecen de techo, carecen de un círculo social normalizado, entre comillas, la gente que tienen a su alrededor pues es gente que está metida en el mismo tema, ¿no?, la forma de relacionarse, es totalmente callejera, callejera por decir algo, mentira, se utiliza la mentira, la manipulación, es gente que ha llevado mucho tiempo en la calle, tiempo, pues a lo mejor años, gente que además, ya metido en ese circuito, ha pasado por prisión debido a: pues vamos a delinquir, tal, y a pasado por otros recursos, con lo cual, ya vienen viciados por alguna forma, no se, tienen ya a lo mejor expresiones que se han utilizado en otros programas, o formas de trabajar que se han utilizado en otros sitios, entonces eso, pues como que se añade una capa, ¿no?, no puedes trabajar con la persona en sí. En cuanto a familia, no tienen familia. La familia, o no la tienen o la tienen en otras ciudades, o ya no quieren saber nada de ellos, después de tantos años de consumo, de mentiras, de haber pasado por la



prisión y demás, pues ya han renunciado a la familia. Y ahora, lo que está empezando a venir bastante gente que sí que tiene algo de familia: pareja, tienen pareja, pareja consumidora o pareja en prisión. Las mujeres que hemos tenido han pasado, todas tenían a sus parejas en prisión. Y van a verlos los domingos, o los lunes o el día que tengan la comunicación, y es curioso, porque son capaces de renunciar a la comida para coger el dinero para el billete del autobús e irse a Picasent a ver a la pareja. Así, a grandes rasgos, ¿eh?. El perfil más, dentro del espectro de las drogodependencias es el perfil más extremo, más extremo.

**- Que es el que os acude. Y ¿qué opinión tienes tú acerca de la actual estructura asistencial?. Porque vosotros estáis dentro de la red acreditada de centros, ¿no?, en general.**

- Hombre, nosotros, entre comillas, utilizamos la red que se dedica únicamente a la asistencia pura y dura ¿vale?, alojamiento y comida, por ejemplo, nosotros la utilizamos en ese, la utilizamos, tenemos a una persona que está en la calle y para empezar un proceso de normalización, necesita un alojamiento y una comida. En cuanto a recursos que trabajamos en esto que tenemos otros objetivos más que la asistencia, pues....

**- No, me refería a la estructura asistencial de las drogodependencias.**

- Es decir, lugares de tratamiento...

**- Sí, si conoces ahora lo de...**

- El circuito de llegada...

**- Claro, ¿qué opinas tú de cómo está estructurada la asistencia?.**

- Pues que no es real, que no es real, que no contempla para nada lo que es la realidad. Una persona, lo que no puede ser es que una persona acuda a una unidad de conductas adictivas, un mes para que le den la cita, que de ahí se estudie su caso, estudiar el caso pueden ser otras tres semanas mientras que le ve la trabajadora social, la psicóloga y la médica, que de ahí, esa propuesta de intervención se lleve a la dirección general de drogodependencias, y que la dirección general de drogodependencias apruebe ese tratamiento y retome a la UCA y de la UCA ya lo derivan al centro más apropiado. No se ajusta a la realidad. Lo que ocurre normalmente es que la gente acude a lo más cercano. Lo más cercano son los centros de tratamiento, que es un sitio no oficial, es un sitio en el que ya le han contado que se hace algo, ¿vale?, y la persona acude allí, y no acude desintoxicado ni, acude consumiendo, entonces, no se, hay que hacer algo, habrá que variar algo, porque no, no está siendo efectivo, porque cuando ya la persona recibe un tratamiento, pues ya lleva cinco ó seis días sin consumir y a lo mejor ya no necesita tanto pues ese, no se, ese paliativo, entonces pues, algo hay que hacer, hay que ajustar algo, pienso que no es, no se basa en lo que es la realidad.

**- Cuando dices que una persona lleva cinco ó seis días sin consumir, quieres decir que ingresa, o sea, acude a un centro del tipo del...**

- Hay mucha gente que inicia con nosotros y la presión únicamente de verse acompañado, ha tomado la decisión de dejar de consumir y ese mismo día se te presenta allí. Entonces tú llamas a la UCA o la unidad de alcoholología...

**- Y el ingreso no puede ser directo, sino que tiene que pasar por todo ese circuito que me has contado.**

- Teóricamente, teóricamente...

**- O sea, que no ingresa directamente, sino que va a todo ese circuito que...**

- En teoría debería de hacerse todo el circuito, pero realmente no se está haciendo así. Realmente la persona deja de consumir en día, se te presenta allí, quiero empezar y tengo que hacerlo ya, y necesito una cobertura básica. Vale, pues pedimos una cita a la UCA y ya lo derivamos nosotros a la UCA, no es la UCA a nosotros.

**- Ya, ya, ya , ya.**

- ¿Vale?. A partir de ahí, la UCA da la cita tarde. Tienen gente y es lógico, vale, pues mientras que te llega la cita en la UCA: médico de cabecera para que te de algo que te quite un poco los síntomas porque vamos, no se ajusta a lo que es, a lo que es lo que se ve en la calle ni lo que estás trabajando.

**- Y con respecto al enfoque actual del alcoholismo, al modelo desde el cual se trabaja, ¿qué opinas?, porque antes me estabas diciendo el tema de considerarlo o no como una enfermedad.**

- A ver. Yo creo que es algo, no es exclusivamente biológico ni psicológico, ¿vale?, a mí sí que me gusta el enfoque exterior psicosocial, en el que se atiende a la persona en sí, no únicamente a su reacción biológica o a los síntomas físicos ni a los traumas que pueda haber tenido, ni a las consecuencias psicológicas, sino que creo que es un todo, bueno, es un cúmulo de cosas. Para trabajar todo eso necesitas que la persona sea responsable o se responsabilice de su propio tratamiento. Pienso que con lo de, con la visión actual de enfermedad, el alcoholismo como enfermedad, en mucha gente lo que causa es que se retiran esa responsabilidad, entonces lo que plantean es: bueno, voy a ser un enfermo crónico, ¿vale?, voy a ser un enfermo crónico, voy a estar toda la vida tomando Antabus, por ejemplo, y me voy a pedir una pensión no contributiva porque me encuentro muy mal, o voy a mantenerme con metadona toda la vida porque me encuentro muy mal, y ya no hago nada más, ¿vale?, cuando son personas que han tenido un desliz, un problema de x tiempo que con unas mínimas, no se, medidas de seguridad, por decirlo de alguna forma, pueden hacer su vida y perfectamente. Entonces, al tratarlo como enfermedad, mucha gente lo que hace es, vale, pues la responsabilidad es para el Estado, para la familia o para, para cualquiera menos para mí. Y lo primero que yo creo que una persona debe hacer si lo que quiere hacer es salir, es tirar para delante, es eso, es responsabilizarse de su propio proceso. Más o menos es así.

**- Si, si. Y eso se da también en personas con problemas, o sea, todo eso se da en personas con problemas de alcohol.**

- Si. Si, gente que, sobre todo gente que ha utilizado alguna droga, consigue mantenerse abstinente de esa droga, pero empieza con el alcohol. Es algo increíble porque ya la primera droga, por decirlo de alguna forma, ya ha hecho, ya ha causado estragos, ¿vale?, a nivel, a nivel físico ha causado hepatitis, bueno, llevadas hasta la cirrosis, y vale, pues nada, se pide una pensión no contributiva, esa pensión no contributiva se acepta, y ya la persona pues nada, decide utilizar el alcohol porque no ha trabajado nada más, decide utilizar el alcohol, llega a depender del alcohol, y ya está, o sea, y ya no hay nada más en su vida. Claro, como es un enfermo, que el

Estado ha reconocido que es un enfermo porque le ha dado una pensión no contributiva por un cierto, por una minusvalía, ya, ahí se acabó todo.

**- Claro, pero eso también tiene una doble lectura, porque claro, si uno no reconoce que tiene las condiciones para entrar dentro de esa estructura asistencial, tampoco entraría, quiero decir, uno tiene la etiqueta, y la etiqueta por un lado es.....**

- Claro, la etiqueta por un lado les favorece.

**- Claro, para poder acceder a los recursos tiene que etiquetarse.**

- Si, pero según qué recursos también. También ya entra luego el tipo de recursos: si hay un recurso que lo que quiere es: no, mira, si tú estás aquí es porque quieres quitarte esa etiqueta. Hay sitios, hay muchos sitios que estamos trabajando para que la gente consiga quitarse esa etiqueta.

**- ¿Vosotros estáis trabajando hacia la reinserción, pues?**

- Si. Nosotros, no se, aquí nadie habla de ex ni nada de eso, aquí somos personas y ya está. Cuando hay gente que te comenta: no, le dije que era toxicómano o no se qué. Pero tú para que tienes que ir publicando eso, una cosa es que te avergüences y que lo ocultes, pero otra es que lo vayas publicando. Para qué quieres hacerlo, para que te den pena. Yo como trabajadora social yo no tramito nada, yo no hago ninguna tramitación de llevar papeles a ningún sitio por la gente, yo lo que quiero es que aprendan dónde están sus recursos, y que aprendan a utilizarlos, como cualquier persona, como cualquiera de nosotros. Yo trabajo por esa normalización. Ahí nos encontramos con la persona que utiliza esa etiqueta para no hacer nada. Entonces, una de dos, o motivas o le dices: pues no chico, no es tu sitio. Y lo que hacemos siempre es motivar, pero llega un momento que no puede ser porque la persona decide que no, que no es su forma de vida y que no quiere hacerlo, que quiere que se lo hagan. Bien, pues para eso hay otros recursos. Son dos formas de trabajar el tema, ¿eh?

**- En general, ¿los centros de día siguen esa línea?**

- Yo creo que sí. Yo creo que estamos todos por eso. De echo el grupo valenciano que se ha formado y todo es gente que estamos en el tema y yo creo que trabajamos todos por la misma....

**- ¿Estáis coordinados?**

- Es un grupo que estamos, pues está Patint, está Avant, está Provad, yo creo que sí que estamos más o menos coordinados.

**- ¿No institucionalmente?**

- No, pero es....

**- ¿No formalmente, o sí?**

- Formalmente sí. Es un grupo formado y está registrado y todo.

**- Sí, sí. No digo la coordinación, ¿no es formal?**

- Si.

**- Si es formal.**

- Si. La verdad es que sí. Lo que pasa es que sobre el tema desconozco porque yo no llevo eso y, más o menos desconozco un poco. Pero yo creo que se está haciendo, se está, hay movimiento para que las cosas vayan mucho mejor y este grupo pues es una opción más, ¿no?, que es gente que decide trabajar por lo mismo, y creo que todos ya, hombre es que no se si habrá mucha gente o muchos recursos que se dediquen únicamente a la asistencia y al anular esa, a la persona, pero yo creo que no es, para mí, no es ético. Yo lo que quiero es que las personas lleguen a funcionar por ellas mismas, no que dependan de mí, pero es que si no: muy bien, dejas de beber, dejas de consumir otro tipo de sustancias pero dependes de.., y eso es lo que no quiero.

**- Tu experiencia con mujeres, o sea, porque me gustaría centrarme ahora en la, en el tema....**

- Durísima.

**- ¿Dura?.**

- Muy dura. Especialmente dura, ¿eh?.

**- ¿Puedes explicarlo eso?.**

- Sí. Son mujeres que han estado mucho tiempo en la calle, principalmente, ¿vale?. El mismo perfil que el hombre, que lo que te he estado comentando: muchos años de calle, muchos años en la cárcel, muchos años de consumo, pero una mujer en la calle, cuando, tarda más en llegar a la calle o a un recurso que trabaje con el perfil que yo trabajo, pero cuando llega, llega muchísimo más desestructurada que el hombre. La calle para una mujer es durísima porque estás expuesta a violaciones, estás expuesta a mil historias, que a un hombre no le ocurre tan a menudo, a los hombres también los violan pero no es lo mismo. Las palizas a mujeres son bestiales en la calle, y cuando llegan, a nivel de salud, llegan destrozadas, su salud....

**- ¿Por qué llegan más deterioradas?.**

- Porque cuando una mujer llega a la calle, a parte de los muchísimos años de consumo, su cabeza es que está, después de tantas palizas, tantas violaciones, tanto, están muy mal tratadas en la calle. Una mujer tarda, ¿vale?, tarda porque primero recurre a su madre, recurre a lo que sea, al Instituto de la Mujer, a cualquier otro sitio, pero cuando llega a tocar calle, es que es la perdición, es la perdición. Mujeres que han tenido hijos, que ni siquiera tienen la responsabilidad de sus hijos, que a lo mejor no los pueden ver nunca más, que están en ese trámite, que si les dan la adopción, no les dan la adopción. El consumo es bestial, muchísimo mayor que los hombres, muchísimo mayor que en los hombres, no se, es todo, es un conjunto, es increíble, es increíble. Los años en prisión a una mujer la destrozan, los años en la calle, a la hora de relacionarse, no confían, confían muchísimo menos que los hombres. Si tienen como figura de referencia a una mujer o como figura de autoridad a una mujer, no la ven nada bien..

**- ¿Cómo que no la ven nada bien?.**

- Al llevar una tutoría con una persona o al intentar marcar una serie de directrices, de mujer a mujer, las viven muy mal porque en principio se comparan contigo, y esa comparación siempre es poco ventajosa para ellas.

**- Salen perdiendo, claro.**

- Entonces te ven como una figura de competencia o algo similar. Hay otras mujeres que no, ¿vale?. En un principio el trabajo con ellas es más de ganar esa confianza, entonces, o bien te ven como tu madre, como su madre, o te ven como una hija, ¿vale?, a mí me ocurría que me veían como una hija: cariño, bonita, tal, pero una vez que ya empiezas a marcar una serie de directrices para ese trabajo, para ellas, te ven como una enemiga o como una competente, o...

**- Sin embargo, ¿tú pensarías que entonces una figura para trabajar con mujeres, sería mejor la figura de un hombre?.**

- Yo creo que lo vivirían ellas mejor pero podría ser más peligroso porque puede ser más dependiente, ellas son dependientes a los hombres en general. Entonces, todo lo que venga de un hombre es como más, más real oye, más verdad, ¿vale?. Yo tengo clarísimo y lo he comprobado en multitud de ocasiones que yo doy una directriz: ésta tía, ya le vale, no se qué, no se cuántos. La da mi compañero y no dicen ni mú. La misma directriz, con el mismo tono, las mismas palabras. Es curioso pero es así. Yo además creo que, aparte de ser mujer, soy más joven que la mayoría de la gente que viene por allí, entonces con más narices aún, ¿no?, me encuentro con ese problema más aún: ésta, que no tiene ni hijos, que no pasa ni por lo que he pasado yo, me viene diciendo a mí lo que tengo que hacer. Porque somos así. Las mujeres muchas veces tenemos ese punto de estupidez, ¿no?, como sea, o de prepotentes o como quiera decirse, ¿no?, pero ocurre. Desde luego, solucionar una situación de mujer, solucionar a ver, cuando yo llamo a un albergue para que me consigan una plaza de mujer, nunca hay, porque las mujeres ocupan, tardan más en solucionar su situación. Tú intentas buscar un alojamiento para una mujer, un piso tutelado para una mujer, cualquier otra cosa, hay menos recursos que para hombres, y son problemas más complejos. Aparte de problema de consumos con alcohol puede estar los problemas de la violación, puede ser que esté embarazada además, hay multitud de cosas ahí, pero muchísimas más que en un hombre, y eso es mucho más complejo. A mí es que me da muchísimo miedo trabajar con mujeres. Miedo porque, porque me lo tomo demasiado en serio, ¿no?, lo veo demasiado cercano o lo veo demasiado..., y me impresiona muchísimo. Y hay veces que las ves que van con el, no se, con las habladoras por debajo con : pues ésta me ha dicho que no se qué no se cuántos, pues ésta me ha dicho que no se menos, y dices: pero, ¿qué no os dais cuenta que ya habéis sufrido bastante, que no habéis tenido ya bastante daño?. Es increíble. Conocen muy bien todos los recursos. Cuando llegan a la calle aprenden enseguida todos los recursos, saben manipular muy bien, muchísimo mejor que un hombre. Con el "cariño, bonita", pues me ha dicho mi marido que estoy mucho mejor, me ha dicho que tal, no se, la forma de manipular es totalmente diferente. Y bastante mejor, la verdad, mucho más complicada.

**- Estamos hablando siempre de mujeres que consumen otras sustancias y que llegan, que han roto completamente sus vínculos de apoyo social, o sus vínculos sociales, ¿no?.**

- Sí, sí. A lo mejor tienen el apoyo de su madre, que va una vez a verla y ya está. Y como puntos de referencia tienen al marido en la cárcel y a servicios sociales del barrio. No tienen más. Con lo cual es que no, es totalmente normalizado, ¿no?, no tienen nada más.

**- Y ¿cómo ves tú la rehabilitación de éstas mujeres?.**

- Dificilísima. Muy complicada. Porque primero han de, con las mujeres con las que yo trabajo, todo el grupo, ¿eh?, o sea...

**- Si, siguiendo con éste perfil que hemos dicho.**

- Lo primero, lo primero habría que, no se, un trabajo personal increíble, o sea, un trabajo, es decir, no se quieren en absoluto...

**- A sí mismas, quieres decir.**

- Exacto. No se quieren para nada. Ellas existen en la medida que tienen un hombre que está cerca o que lo tienen ahí como punto de referencia. Y romper eso, hasta que no rompes eso, no puedes trabajar.

**- Con respecto a la familia, ¿no?. Estabas hablando que tengan un hombre pero, ¿tú apoyos familiares, con qué apoyos familiares contáis o cómo enfocáis...?.**

- Normalmente contamos, mira, con todas las mujeres con las que yo he trabajado, solamente me han llamado dos madres y porque sus hijas ya no estaban en el centro. La visión que tienen las madres es: por favor, ténganla ustedes.

**- Ya. Y si están casadas, ¿el marido, que?.**

- El marido, ya te digo, todos han estado en prisión, todos están en prisión.

**- ¿Ah, si?.**

- Todos los maridos de las mujeres con las que yo, y si no están en prisión, ahora recuerdo un caso, creo que es el único, que estaba en, estaba también enganchado.

**- Entonces todo el aspecto familiar, ¿con eso no contáis para la rehabilitación?.**

- No, no, además es que nosotros, mi forma de trabajar respecto a la familia es: vale, tú tienes una familia, ¿vale?, esa familia tiene unas características, tú tienes que posicionarte ante esa familia. Si yo veo que la relación extrafamiliar es horrible, ¿no?, es totalmente inadecuada para esta persona en ese momento, yo también se lo voy hacer ver, pero esa decisión la tiene que tomar. Normalmente las mujeres que han estado allí tienen algún hijo al cargo de la madre, entonces es una de las cosas que les hace ir, pero la relación con la madre es: vale, sí, veo que estás bien, estás viva, ves a tu niño, ala, vete, que te tengan en otro centro, ¿vale?, es un desconocimiento también total. Cuando te llaman alguna vez, que te llama la madre, lo que pregunta es: ¿cómo se porta?. No señora, aquí no se porta, es decir, aquí ella es la que trabaja...

**- Y mientras están allí, ¿luego dónde van a dormir?, ¿les buscáis un...?.**

- Nosotros tenemos los dos pisos tutelados, que por fin están acreditados, no me lo puedo creer, y luego trabajamos con los albergues de la ciudad de Valencia. Los pisos son mixtos, y tener a dos mujeres en el piso es total. Tener a dos mujeres en la misma habitación durmiendo es un conflicto tras otro: tú me has cogido la ropa, yo te he cogido esto, esto es mentira, esto es verdad, o porque tú le has dicho a José Manuel, porque ella le ha dicho a no se quien..., es bestial, esa relación es increíble,

porque además está basada en las leyes de la calle, o en las normas de la calle, con lo cual eso lo agrava más, eso lo agrava muchísimo más.

**- Y el aspecto laboral, ¿cómo lo abordáis, porque, lo tienen fácil, lo tienen difícil, cual es tu opinión?**

- A ver, las mujeres que han tenido algún tipo de formación, normalmente la han tenido en la cárcel, con lo cual, ya es difícil justificar que has tenido una formación, claro, porque todo título, toda cosa te la dan con el sello de: Establecimiento Penitenciario de Picassent, ahora ya no tanto, ahora ya no, pero la gente que los hizo hace 5 ó 6 años, ya salen con esas. Normalmente, pues cuidado de ancianos o limpieza, empresas de limpieza.

**- ¿Y la aceptan bien?**

- Si porque no han, lo que aceptan es mantenerlo, ¿no?, muy bien, al principio lo ven como algo que tienen que hacer, que les gusta, que tienen que trabajar, tienen que mantenerse, quieren, quieren arreglar su vida para ser mujeres de verdad y para eso pues, tienen que estar estabilizadas, para que luego les devuelvan a sus niños, y su marido salga de la cárcel y formen una familia. Pero cuando ya se meten en una rutina de: hoy a trabajar, mañana a trabajar, mañana a trabajar, llevan muy mal la rutina de venir todos los días al centro, ¿eh?, la llevan fatal, y nosotros enfocamos nuestro trabajo con ellos como si ese fuera su lugar de trabajo, es decir, tienen las mismas obligaciones que cualquiera de nosotros con nuestro jefe, tienes que estar aquí a tal hora, si te tienes que ir a algún sitio, has de traer justificante, y entrar en esa rutina ya es difícil, o sea, que imagínate luego ya cuando estás efectivamente trabajando.

**- Y para que ellas trabajen a la, el empleador, ¿conoce su...?, ¿no lo conoce?**

- Normalmente no.

**- ¿No conoce su vida?**

- Normalmente no. Lo que pasa es que hay veces que es evidente, que la persona no ha llevado una vida, ¿socialmente adecuada?

**- Si, si.**

- Lo que ocurre es que, bueno, trabajamos, la orientación laboral la trabajamos, y hacemos pues, no es que los falsifiquemos, pero si que utilizamos la experiencia para hacer un currículum, en vez de cronológico funcional, y lo hacemos pues resaltando lo que la persona sabe hacer, y lo hacemos de otra forma, no puede ser un currículum, no es mentir, pero tampoco es plantarlo.

**- Decirlo todo, claro. Y, ¿tú que piensas, tu opinión sobre las actitudes sociales hacia las mujeres alcohólicas?**

- ¿Socialmente?

**- Si, o sea, ¿cuál es la aceptación social?**

- Yo es que creo que hay mucha gente que no se cree que halla una mujer alcohólica realmente. Hay muchísima gente, y la visión de la sociedad en general de cualquier persona que consume, que ya ha llegado a un nivel de deterioro tan grande, a un

nivel de adicción tan fuerte, es que vamos, que yo no quiero ni verlos. Entonces, cuando tu ves a una mujer, que la ves por la calle, la ves echa polvo, a mí personalmente porque trabajo con ellas, pues vamos, me parte, pero a cualquier otra persona: mira, la puta esta. Porque es así, porque la gente es así.

**- Y una vez están ya en el periodo de rehabilitación, cuando han dejado de consumir e intentan integrarse, ¿cuál es la, cuales son las actitudes sociales?**

- Tardan en cambiar, ¿eh?. Tardan, porque aun así, el aspecto físico sigue delatando en muchas ocasiones, y la gente lo identifica totalmente, y cuesta, cuesta, ¿eh?.

**- Y en el aspecto de los grupos de autoayuda y las asociaciones, ¿tú crees que es importante como apoyo en la rehabilitación?**

- Hombre, tan importante como que nosotros, uno de los instrumentos principales es el grupo de autoayuda, ¿vale?. De estar solo, por decirlo de alguna forma, a encontrar un grupo de gente que ha pasado por lo que tu, o parecido, que ha utilizado las mismas estrategias que tu, o similares, que no se, tiene una vida similar a la tuya o con algunos aspectos parecidos, eso hace, eso hace, pero sobre todo lo que hace es que tú puedes hacer algo por esa persona. Yo veo que tienen un papel muy importante. De hecho, ya te digo, nosotros lo utilizamos como forma de, como instrumento básico, a partir de ahí empiezas a comunicarte, que es algo que a lo mejor durante muchísimos años en la calle no lo has hecho, y eso ya es bastante. Que una persona aprenda a comunicarse así después de tantos años yendo solo por la calle, leyendo, buscándote la vida, revolviendo por los contenedores, que aprendas a comunicarte ya tiene su mérito, ¿eh?.

**- Y en ese sentido el grupo se juega un papel, ¿no?. ¿Y tienen tendencia a asociarse o no, o sea, participan en asociaciones, luego se integran en asociaciones?**

- Nosotros no queremos eso. A ver, si nosotros trabajamos por la normalización, ¿vale?, yo creo que una persona que esté en una asociación de las características de la mía, que luego se vaya a otra asociación, por ejemplo, que trabaje con el VIH, el tema del VIH, y luego vaya a otra asociación además que trabaje exclusivamente el tema del alcohol, yo creo que la persona no está socializando de forma normal, ¿vale?, sino que está únicamente pasando el rato, o está agrandando un poco más el tema. Lo que yo sí que intento es que, vale, si quieres ir a una asociación muy bien, pero que sepas lo que hay, ¿vale?. Yo prefiero que vayas a una asociación de guitarristas, por ejemplo, porque te gusta tocar la guitarra, y a partir de ahí conozcas a gente. Eso es algo muy importante, que nosotros, por ejemplo, sí que le damos mucha importancia. Pero, no se, a no ser que sean casos excepcionales, alguien que tenga el VIH y que lo lleve muy mal, que no sepa por donde tirar y que en esta asociación, pues por ejemplo, si que le puedan dar una orientación: oye, pues vamos a trabajar, de forma psicológica, este tema. Pero que no, y que luego que se queden con nosotros de forma voluntaria y todo eso, no, no queremos generar ese tipo de dependencia.

**- Y, ¿qué opinas con respecto a la abstinencia total?**

- ¡Uf!. Pienso que en el tema del alcohol no te, si tu has estado enganchado, has sido, has sido dependiente del alcohol, no puedes permitirte el lujo de tontear, con lo cual, en el caso del alcohol, así como en otro tipo de drogas, yo creo que es lo que hay. ¿Que es muy difícil de conseguir?. Si. Y que en la mayoría de ocasiones de ocasiones, ¿suelen haber pues tropiezos?, también. Pero si sabes como afrontar



esos tropezos y sabes como ponerle solución, pues es algo que ya tienes ganado, ¿no?. Que es muy difícil de conseguir, que sería lo ideal, pero que, no se.

**- Pero, ¿piensas que es necesaria la abstinencia total?**

- Yo creo que sí. La abstinencia, por ejemplo, el alcohol, la abstinencia de las drogas. A ver, yo trabajo, mi programa es un programa libre de droga, o sea, no libre de droga, trabajamos con metadona. Si yo considero, te pongo el ejemplo de la metadona. Si yo considero que una persona va estar mejor tomando la metadona durante dos años más a partir de que acabe el programa, esa persona, de echo yo tengo gente que acaba el programa y sigue tomando la metadona. Su médico y él se han sentado, se ha acordado y les ha parecido bien mantenerse tomando metadona, y pues nada, su padre o su madre, o el mismo va una vez a la semana y recoge la metadona, ¿vale?. Esa persona no se puede permitir el lujo de probar otras sustancias. Es que es muy complicado, al tener gente que es politoxicómana es muy complejo. Igual que si hay una persona que se tiene que estar tomando todos los días el Antabux para no beber, yo creo que esa persona no puede permitirse el riesgo de: voy a probar a beber un día a ver que pasa. Yo creo que no te lo puedes permitir. Esa es mi opinión. Igual que fumar porros, o cualquier otra cosa, hay gente que dice: no pasa nada, a mí nunca me ha llevado a eso. No, no ha pasado nada hasta ahora, pero piensa a ver, ¿no?, tampoco te lo puedes permitir. Y hay gente que decide tomar esa decisión. Cuando acaba el programa decide que va a consumir hachis. Yo no lo recomiendo, pero ya está fuera de mi programa, tampoco puedo ir: no.... Pero, ya te digo, yo creo que la abstinencia el algo que se ha de mantener, no puedes jugártela, y que es muy difícil de mantener. Pero bueno, sabemos que hay tropezos y que hay recaídas, y que hay todo, somos conscientes en todo proceso, eso es lo normal. Una persona que me diga: no, no he consumido, no he consumido, estoy bien, estoy bien, no me lo creo. Prefiero creer que sí ha consumido, y a partir de ahí trabajamos, y esa es la forma de trabajar, lo que nosotros tenemos, no por una recaída te vas a la calle, sino que eso forma parte del proceso, tienes que aprender a afrontar eso, tienes que aprender dónde tienes tus puntos de referencia para eso. Que sí que sería, repito, sería la situación ideal que nadie consumiese nunca más, nada más y todo el royo, pero eso es muy difícil.

**- Y tú, ¿cuál piensas que es el papel que juega un profesional con respecto a la mujer alcohólica en su rehabilitación?**

- Yo creo que acompañamos, somos acompañantes. Yo siempre digo que trabajo para, por y con las personas, y vamos, lo mantengo. Tu estás ahí, tu estás orientando en cada momento, tu estás ayudando a analizar todas las diferentes posibilidades que hay cuando va a tomar una decisión, cuando tiene alguna duda, tu estás ahí únicamente pues para recordarle cosas que a lo mejor no ha tenido en cuenta. Estás a su lado, le estás enseñando herramientas para que funcione, y si alguna vez no las coge, pues tu se las recuerdas que las tiene. No somos padres, no somos madres y yo creo que poca influencia más puedo tener en una persona que la de estar junto a él, caminar junto a él en ese proceso.

**- Pero yo creo que para ellos si que es importante, ¿no?, ese acompañamiento, a lo mejor es una, un papel que no ha jugado nadie hasta el momento que os encuentran.**

- A mí me gusta, y ese es el peligro. Ese es el peligro cuando, cuando una persona ha acabado el programa, por eso no queremos que se quede con nosotros, porque si nuestro, si nuestro objetivo es que la persona funcione por sí misma, ese papel de acompañamiento es muy importante en un principio, es indudable, lo que pasa es

que tienes que saber retirarte y en ocasiones es difícil, ¿no?, saber cuando te tienes que retirar. Es pues a lo mejor, dos semanas de acompañamiento intenso, luego una retirada, es que, es que es muy duro, porque somos, no se, las personas lo que tenemos, ¿no?, que somos muy complejas, entonces, no se, yo creo que no es algo que se aprenda sino que te tiene que salir, y el retirarse es una de las cosas más importantes.

**- Bueno, estamos ya acabando. ¿Quieres decir algo que no te haya preguntado, algo que pienses que es importante alrededor de este tema?**

- ¡Uf!. No se si me he ido demasiado, no lo sé. No, lo único es recordar eso, ¿no?, trabajamos por, para y con las personas, y eso ya lo dice todo, en mi opinión.

**- Y ya, la última pregunta sería ¿cómo te has sentido al hacer ésta entrevista?**

- Extrañísima. Me he sentido, no, lo veo como si no fuera yo.

**- ¿Por qué?**

- Porque yo aún en ocasiones me identifico con la parte estudiante de, y esto, verme aquí y verme hablando sobre este tema, y verme analizando sobre mi trabajo así en frío, fuera del despacho, es que lo veo muy lejano, no se que decirte, lo veo lejanísimo. Aparte que, lo que a mí me cuesta muchísimo es hacerme, hacerme a la idea de que tengo una responsabilidad con otras personas, otras personas que te doblan la edad, te doblan la vida, te doblan todo. Y ese trabajo continuo de ganarte la confianza, de analizar las cosas, a mí hay momentos que me agobia, me agota, me deja, vamos, muerta. Pero supongo que es como todo el mundo, ¿no?, todas las profesiones tienen ese lado oscuro, y sobre todo los que trabajamos aquí en la Asociación.

**- Y ¿te es fácil separar tu vida personal?**

- Me ha costado, ¿eh?. No, pero yo por ejemplo, con mi entorno no suelo hablar de mi trabajo. Nunca hablo de mi trabajo, con mi familia no hablo de mi trabajo, con mis amigos no hablo de mi trabajo, ni siquiera con mis compañeras de clase, que aun nos vemos, no hablamos de trabajo, vamos, de cualquier otra cosa menos de trabajo. Aunque es difícil porque ocupa, pues más de la mitad de tu vida, más de la mitad de horas al día o casi estás trabajando, y eso es lo difícil, pero vamos, se consigue, ¿eh?, se consigue.

**- ¿Tú piensas que este tipo de trabajo es para muchos años, crees que es también para gente mayor o...?**

- Si, si, si, mis compañeros son bastante mayores que yo, y yo creo que es un trabajo que está hecho para ellos. Aporta madurez al asunto. Ser joven en este trabajo pues aporta actividad, o aporta frescura o como quiera llamarse, pero ser más mayor aporta ese punto de madurez que muchas veces a mí se me va. Ese punto de decir: los mando todos a la "mierda", perdón, los mando todos por ahí, no mis compañeros son los que dicen: vale, céntrate un poquito, ¿vale?, piensa en esto, en esto, en esto, y ellos son un poco los que te ayudan también a ti, ¿no?, para que tu ayudes también a...La buena es la combinación esta de edades, ¿eh?, yo creo que es lo que aporta las dos cosas, ¿no?, la agilidad o la frescura y la madurez y el conocimiento de, mucha más experiencia que la tuya.

- Pues bien, oye, nada, muchas gracias y si ya no, si no quieres añadir nada más, pues ya...

- No, creo que no. Creo que no.

- Pues ya terminamos. Venga, vale, hasta luego.

#### **ENTREVISTA Nº 4: MEDICO UCA**

- Bueno, ¿me puedes decir un poco tus características personales: edad, profesión...?.

- A ver. Tengo 47 años, estoy casada, tengo 2 hijos ya mayores y trabajo en una Unidad de Conductas Adictivas.

- ¿Eres médico?.

- Médico, médico de conductas adictivas.

- Antes de haber trabajado en la unidad, ¿dónde has trabajado?.

- Estaba trabajando haciendo sustituciones, en atención primaria.

- Como médico de...

- Como médico generalista.

- ¿Siempre en Valencia?.

- No. Siempre en la Comarca dónde vivo, en toda una serie de pueblitos que hay ahí, ¿eh?.

- Y, ¿cómo fue que empezaste a trabajar en alcoholismo?.

- Pues a ver, se dieron una serie de circunstancias. Yo acabé la carrera en el 86, me puse a trabajar haciendo las sustituciones de médico y empecé a hacer una Tesis Doctoral en psiquiatría. Acabé la tesis en el 96, paralelamente a esto me iba formando por mi cuenta en teoría psicodinámica y cuando acabé la tesis, yo creo que eso marcó un punto, un virage en mi vida, y a partir de ese momento, a través de la persona que me había dirigido la tesis y tal, por otro psiquiatra, me propusieron el hacer un trabajo de campo con población toxicómana, aquí en Valencia, en los hipermercados de la droga. Yo nunca había trabajado en drogas y el trabajo era pura y simplemente como trabajador de campo, es decir, daba lo mismo que hubiera sido médico que de cualquier otra profesión. Me limitaba, sólo, a hacer observaciones de campo, a pasarlas en las notas, en mi cuaderno, y luego posteriormente, mandarlas a la Universidad que contrató ese trabajo, que fue un trabajo muy interesante de comparación entre población toxicómana de usuarios de aguja, de vía intravenosa, entre la población de Valencia y la población de Miami, quien nos subvencionaba era la Universidad de Miami y el Nida. Entonces, éste trabajo que fue precioso porque para mí fue súper enriquecedor, a todos los niveles, porque yo me metí en principio sin saber muy bien dónde me metía, esa es la verdad. Empecé el trabajo en el barrio chino de Valencia, y lo hacía con otro compañero que también era médico y había acabado hacía poco tiempo la carrera, y llevaba ya un tiempo haciendo éste trabajo de investigación, entonces al poco de empezar, supongo que por el hecho de ser

mujer, tuve como la vía mucho más fácil de acceso a las mujeres, prostitutas y toxicómanas usuarias de vía intravenosa en el barrio chino. Entonces, pues hubo muy buen feeling con unas cuantas y a partir de ahí, se me fueron abriendo puertas de los burdeles del barrio chino, con ellas conocí el viejo cauce del Túrria, cuando el hipermercado de la droga estaba ubicado en aquel año que fue el 97, 98, justo en el tramo de Blanquerías...

**- Si, ¿todavía hay, no?**

- Todavía debe de, yo no he vuelto, ¿eh?, acabé el trabajo y no he vuelto. Fue un trabajo realmente duro en todos los sentidos. Y bueno, en definitiva, yo acabé ese trabajo de campo y fue cuando me quedé yo enganchada al tema drogas. Nunca había estudiado, nunca había trabajado a nivel asistencial, nada de nada. Entonces me pregunté en ese momento qué podía hacer yo con todo lo que había aprendido a nivel de calle, porque era puramente callejero, con las toxicómanas fundamentalmente y aquí, a nivel de comunidad, lo único que se me ofertaba era asistencia. Y a partir de ahí fue cuando me metí con calzador en las UCAS. Empecé a hacer sustituciones a los compañeros y así llevo desde que se abrieron hace 3 años.

**- Y ¿desde cuándo en las UCAS estáis viendo alcohólicos?**

- Alcohólicos se ven juntamente con los toxicómanos desde el principio, ¿eh?

**- Desde el principio.**

- Porque sólo hay una unidad específica de alcoholología que la lleva una persona, y las demás, todas en general son mixtas, que se llaman, de drogas legales e ilegales, de manera que, tanto ves alcohólicos como de otras, de otra sustancia.

**- Cuando estabas haciendo el trabajo éste, ¿te encontrabas con alcohólicas que no entraban en el trabajo, pero te las encontrabas por ahí o no?**

- Sí porque hubo un momento del trabajo que quisimos comparar también, vamos a ver, la calle del vicio que llaman ellas allí en el chino está perfectamente dividida a partir de un cruce que llaman el de las cuatro esquinas, y es curioso pero, una zona de la calle es de prostitutas toxicómanas, y la otra es de prostitutas no toxicómanas, entre comillas, porque luego escarbas y con lo que te encuentras es con abuso de ansiolíticos y de alcohol, fundamentalmente todas las que no van de heroína ni coca. Entonces hubo un momento también en que contacté con ellas y entrevisté a varias de ellas porque aparte de las observaciones de campo, luego hacíamos entrevistas en profundidad de historias de vida de bastantes de ellas, entrevistamos muchísimas y era muy curioso, quiero decir, el comparar, el perfil era totalmente distinto de la prostituta yonkie, de la que no lo era. Y además, totalmente distinto el perfil de toxicómana o alcohólica de alcohólico o toxicómano, o sea, la diferencia por sexos a nivel de comportamiento puramente conduc..., una cosa muy muy diferenciada.

**- ¿En qué dirías tú que está esa diferencia, si te acuerdas ahora de alguna, de alguna característica o de algún detalle?**

- Pues, a ver. Fundamentalmente yo diría que es el empuje, el inicio a la droga y al alcoholismo es totalmente distinto. Digamos que el hombre lo busca dentro de lo que es relaciones sociales, de ambiente de fiesta y demás, y la mujer se lo encuentra compartiendo sentimentalmente el problema con su compañero, y a partir de ahí, se inicia.

**- ¿La alcohólica también?**

- La alcohólica también. La alcohólica también, ¿eh?.

**- Y ¿cuál dirías tú que es el perfil de la alcohólica hoy en día?**

- Pues yo diría que es una mujer de media edad, ¿eh?, no es joven, que ha sufrido algún tipo de trauma importante en su vida, normalmente en un área muy muy próxima de relaciones a ella, y o bien, que ha tenido un fracaso sentimental a lo largo de su vida importante, y con una incapacidad, sobre todo por nivel cultural, entiendo yo, de plantear una ruptura seria y decidida en su relación sentimental. Y frente a eso, un poco frente a la frustración el primer refugio que encuentran es el alcohol, es el que tienen más a mano.

**- Y tarda en llegar al tratamiento la mujer alcohólica.**

- Ya lo creo, muchísimo, muchísimo. Si, normalmente te llegan porque los hijos ya mayores se plantan y la delatan y la traen a tratamiento. Y si tienes la suerte de que engancha, pues funcionan muy muy bien, porque en general, lo oculta bastante más que el hombre, ¿eh?, incluso a los hijos, a todo el mundo, y entonces claro, el admitir que necesita un tratamiento yo creo que necesita de un plus más de esfuerzo o de valentía que pueda tener un hombre.

**- Como ya hemos entrado en el tema de la mujer alcohólica, voy a seguir por ahí, ¿tú crees que las actitudes sociales con respecto a la mujer alcohólica, porque parece ser que con respecto a la mujer ha cambiado la sociedad, ¿no?, vamos eso es por lo menos algo que circula por ahí, ¿tú piensas que en la mujer alcohólica, o sea, las actitudes sociales frente a la mujer alcohólica, sobre todo cuando se está rehabilitando, la ayudan, dificultan, cómo piensas tú que se la ve?**

- Bueno, yo creo que lo de los cambios son bastante bastante aparentes, ¿eh?. Cambios profundos, no se si llegaran algún día pero entiendo que harán falta varias generaciones para que realmente sea así, si algún día se producen, insisto. Entonces yo creo que la soledad de la mujer alcohólica a la hora de rehabilitarse es muchísimo mayor que la del hombre. La prueba la tienes en que a los alcohólicos varones, todos, siempre vienen acompañados de una mujer, o bien porque lo sufre directamente, o bien, quiero decir, tiene empeño en que la cosa funcione, quiero decir, o por rebote o para mejorar, apoya a ese hombre en todo momento. Y con la mujer no es así, por desgracia. La mujer, si consigues que al principio, o bien los hijos o bien el marido la acompañen, eso acaba pronto. En el acto ella digamos que se enrolla en la relación terapéutica, empieza a venir sola. Y eso para mí es muy significativo. Eso por un lado, y por otro creo que lo tiene más difícil, quiero decir, porque no es sola a nivel de consulta, es que está sola a nivel de casa, yo el apoyo a la mujer alcohólica creo que en ningún, y a nivel social para que te voy a contar, a nivel social estoy convencida, vamos, de que los handicaps y la discriminación es terriblemente más dura con ella que con un hombre en las mismas condiciones. A nivel laboral, a nivel de reinserción, a todos los niveles.

**- Es como si tuviera que, durante la rehabilitación, pagar su culpa, ¿no?.**

- Yo creo que tiene que pagar su culpa igual que el hombre, pero que necesita un esfuerzo añadido para seguir hacia delante ella totalmente sola. Realmente...

**- Ya, ya, ya, ya. La familia, ¿qué parte de la familia generalmente les apoya?**

- Pues hablando con algunas mujeres más más profundamente, yo con lo que me he encontrado es que cuando el marido apoya, digamos que apoya formalmente, ¿eh?, pero ella en el fondo se sigue sintiendo como discriminada, apartada, sola, abandonada por él. Sobre todo esto ocurre más cuanto más alto es el nivel cultural o profesional de la mujer, es decir, la queja con la que te encuentras es siempre, al cabo de muchos años de matrimonio y de alcoholismo por parte de ella, es que claro, tú te vas a lo tuyo. Estoy hablando de mujeres que por circunstancias también han tenido que abandonar el trabajo, entonces es un poco como, o sea, yo insisto, como que tienen que realizar una doble tarea porque la problemática de base de relación de pareja con su marido no se ha resuelto, entonces, digamos que teóricamente el marido está ahí pero en el fondo ellas se siguen sintiendo igualmente mal, y tienen que buscar otra vía que no sea la del alcohol para poder solventar eso, lo cual es doblemente difícil, claro, porque desde luego, la manera fácil es la del alcohol.

**- ¿El trabajo les ayuda?**

- Yo creo que sí, yo creo que sí, en general sí.

**- El trabajo fuera de casa, me refiero.**

- Sí, porque además como suele suceder que el alcoholismo de la mujer, en general, hay excepciones, se produce siempre en casa y a escondidas, es un beber a escondidas como te dicen ellas, siempre que estén trabajando fuera de casa son horas que no están bebiendo, es decir, que al final las posibilidades de horario se reducen mucho. Aparte de la satisfacción que puedan tener ellas trabajando y demás, ¿eh?, o sea, que lo encuentro muchísimo más beneficioso, yo es en lo que más insisto. Incluso la que no trabaja, la que es de ama de casa a secas, de pedirle que se incorpore a cualquiera de las actividades que se le puedan ofrecer dentro de la rehabilitación para que emplee su tiempo. Porque además estamos hablando de mujeres, como digo, de mediana edad, y algunas un poco avanzada, con lo cual coinciden esos momentos de el famoso síndrome del nido vacío, que no se si existe pero sí que ellas...

**- Lo viven, ¿no?**

- Lo viven y en momentos un poco más delicados coincidiendo también con la menopausia, entonces yo creo que es muy importante el que se dediquen a hacer algo con lo que se encuentren útiles. Es fundamental. Y eso no lo ves en los hombres, quiero decir, el alcoholismo del varón no es así.

**- Porque habíamos empezado un poco todo esto por ver que esas diferencias que tú me habías dicho, ¿no?. Y con respecto al papel que juegan los profesionales en la rehabilitación, ¿son un punto de apoyo, son para ellas un referente, algo significativo, cómo lo ves?**

- Yo creo que sí, quiero decir, para ellas es un aliciente el venir a la consulta. Yo lo que echo de menos, una vez has establecido ese vínculo terapéutico y funciona bien, es que justamente, desde lo que es la clínica asistencial, no dispongas de todo el tiempo que quisieras dedicarles, porque yo echo de menos, a nivel de rehabilitación, mucho más tratamiento psicológico, y por mi formación psicodinámica, tengo tendencia a escuchar, a veces demasiado, a las pacientes. Entonces que ocurre, pues que me encuentro siempre un poco como, un poco cortada, en el sentido en que no dispongo del tiempo que quisiera dedicarles ni de la frecuencia de visitas porque a lo mejor les puedes dar una cada dos meses, y eso es poquísimo...

- **¿Una cada dos meses?**

- Eso es poquísimo.

- **Esa es una etapa en la que se están desintoxicando, deshabituando..**

- No. En la desintoxicación deshabituación la ves todas las semanas, ahí no la puedes dejar de la mano, ¿eh?. Pero una vez ya se ha limpiado de alcohol por así decir, que empieza lo que para mí es realmente duro, que es el mantenimiento de la abstinencia y que entra lo que es el tratamiento puramente psicológico, pues es que, la psicóloga la puede citar una vez al mes, y yo como médico una vez cada dos, con lo cual, entre las dos pues puede salir una media, pues como mucho de una visita al mes y eso me parece, de todas todas, muy muy insuficiente, ¿eh?. La terapia de grupo que es una terapia muy socorrida en el tema del alcoholismo, yo creo que en el tema de mujeres tampoco vale.

- **A ver, ¿puedes explicar eso?**

- Bueno, yo tuve la experiencia en la UCA de Castellón en la que trabajé. Entonces, el grupo de alcohólicos era mayoritariamente de varones. Se intentó introducir a dos pacientes en diferentes momentos, y te das cuenta que para nada tiene que ver la historia de ellas con la de ellos y apenas participan, se limitan a ir y escuchar, con lo cual te planteas: pues vamos a crear un grupo de mujeres, a ver. Y hasta ahí no llegué. Y en las otras unidades de conductas adictivas por las que he pasado, en ninguna me he encontrado con grupo de mujeres, con lo cual, no se, no se, si funciona bien o no funciona bien.

- **En las UCAS, ¿se hace terapia de grupo?**

- No en todas.

- **No en todas.**

- Yo supongo que depende mucho de posibilidad de tiempo y de...

- **Y de los profesionales, ¿quizá?**

- Sí, y de la línea profesional de cada uno. Entonces, a mí es una cosa que particularmente me gusta, pero, por ejemplo, en la UCA de Paterna, cuando yo trabajé estaba totalmente masificada. Lo de pensar en montar grupos era algo que no entraba, es que imposible, imposible, totalmente inabordable. En la de Castellón se hubiera, se puede, es una UCA que permite, y el perfil de los profesionales está por la labor, hay dos psicólogas, es la única UCA que he conocido en la que hay dos profesionales a ese nivel, y pueden permitirse el lujo de montar alguna cosa a este respecto. De echo, había grupos de mucho, de muchas cosas, ¿eh?, y las demás pues, no, no he visto yo para nada esto de los grupos. Requeriría, desde luego, la voluntad del profesional, por supuesto, y que el nivel asistencial o la presión fuera bastante menor porque cuando el volumen te desborda, pues no se si se podrá hacer.

- **Y ¿deriváis a asociaciones o a grupos de autoayuda?**

- Si.

**- Ese aspecto, ¿cómo lo ves?**

- Lo veo con posibilidades si hubieran asociaciones de otros perfiles, es decir, aquí en Valencia nos encontramos, a nivel teórico, con un gran número de recursos, para mandar las asociaciones, y a nivel práctico, te cansas de mandar a la gente y hay un porcentaje elevado de pacientes, tanto hombres como mujeres, que no vuelven. ¿Porqué?

**- ¿Qué no vuelven a la asociación?**

- A las asociaciones. Porque no les gusta la ideología de la asociación, son, yo diría que algunas de ellas, están un poquito pasadas de ideología y de práctica. Entonces, una persona digamos más o menos normal llega allí y se encuentra con lo que hay y dice: esto no me va para nada y no vuelve. Entonces, mi impresión es que por lo menos algunas de ellas deberían de funcionar de una manera como más abierta, pero más abierta en el sentido más progresista y más liberal, porque si no van allí y se encuentran que ese perfil de más disciplina pues no les va y no vuelven.

**- ¿No crees que eso sea una justificación del alcohólico?**

- No, no. En algunos casos no. Y de hecho ya, según cómo tú ves el perfil del paciente o de la paciente, lo mandas o no lo mandas ya directamente, pasas, ¿eh?, y dices: bueno, pues las visitas que le podamos hacer aquí, porque entiendes que a nivel individual le va a ser mucho más provechoso porque en el grupo no va a encajar, para nada, para nada.

**- Pero teóricamente tú sí que estas por la....**

- Teóricamente sí. Yo estoy por la labor. Desde el momento en que, desde las UCAS no se puede dar cobertura a esa parte tan importante de la rehabilitación que es el tratamiento psicológico, eso por un lado, y por otro, porque entiendo que es importante que se encuentren con iguales, para hablar de sus mismas cosas, es fundamental.

**- ¿Tú crees que es imprescindible la abstinencia total?**

- No.

**- A ver, ¿eso me lo podrías explicar?**

- Yo creo que hay un cupo pequeñito de alcohólicas que podrían iniciar lo que se llama un programa de beber controlado, ¿eh?. Ahora, en cualquier caso, si que recomiendo la abstinencia en un primer periodo, es decir, hace falta un momento de corte total para empezar una nueva etapa. Y eso pasa por la abstinencia. ¿De cuánto tiempo?. Pues depende de cada paciente, pero sí que es importante, ¿eh?.

**- Hablando de pacientes que han tenido dependencia al alcohol, ¿eh?, no que hay pérdidas de control o tal, con dependencia al alcohol.**

- Yo de echo entiendo que es, digamos que, para mí sería un primer paso antes de, y la abstinencia sería el último, la abstinencia total, es decir, mi primera propuesta siempre es un poco más abierta y más permisiva en ese sentido. Y sólo cuando el paciente o la paciente han fallado en varias ocasiones es cuando ya, como último recurso, planteas la abstinencia total y absoluta. Pero de entrada no, pienso que es agobiar demasiado al paciente, es exigirle demasiado. Y para mí es mucho más



importante conseguir la confianza de la relación terapéutica, una buena adhesión al equipo para poder continuar trabajando con esa persona durante años. Y eso sí que es algo en lo que insisto desde la primera visita.

**- ¿Con eso, piensas, crees que corres el riesgo de perder al paciente o no?**

- Yo creo, quiero decir, tú planteas en la primera visita lo de el beber controlado, y siempre insistiendo en que dejas la puerta abierta. Que aunque fracase una, dos, tres veces, que vuelva, ¿vale?, y a partir de ahí ya, ir trabajando con el paciente. Y desde luego, lo que sí que insisto también en esa primera visita es que es una cosa para muchos años, y que a partir de ahí hay que establecer un rapor adecuado para continuar trabajando, que eso es algo que cuesta de entender, tanto a nivel del alcohólico, como a nivel de calle. Que entiendan que es una enfermedad para toda la vida como pueda ser cualquier enfermedad crónica, ¿eh?, pues les cuesta. Ellos entienden que eso es una cosa como peyorativa, que obedece más a una cuestión de vicio y que a partir de ahí uno puede cogerlo o dejarlo en función de la voluntad, y esto no es así, entonces se trata de ir descargando de todos los aspectos peyorativos de lo que eso supone e ir cambiando el chip del paciente y de la familia, sobre todo, en el sentido que entiendan que es una enfermedad crónica y que por tanto va a necesitar ayuda toda la vida. El que luego se vayan espaciando más las visitas y demás es otro cantar, pero que ha de mantener el contacto, siempre ¿eh?, y no es aquello de exigirse de entrada la abstinencia total y absoluta en unos meses y no poderla soportar y hacer recaídas brutales. A mí ese planteamiento no me va.

**- Pero, por lo que tú me has dicho, si no lo he entendido mal, es llegar a la abstinencia por otra vía.**

- Por otra vía, claro.

**- Pero, ¿ piensas que el final tiene que ser la abstinencia?**

- No, no siempre.

**- No siempre tampoco.**

- No siempre. Sólo en determinados casos, ¿eh?.

**- Claro, ¿ y piensas que la alcohólica puede beber de una forma controlada y no tener que acudir a terapia para controlarla, es decir, es posible..? Vamos a ver, voy a hacerte la pregunta de otra manera, una alcohólica abstinenta puede vivir sin ir a terapia. Llega un momento que no necesita terapia ni grupos de autoayuda ni.., digamos que se ha rehabilitado, reinsertado en su vida, tal, y ¿una alcohólica, bebiendo de una forma controlada podría hacer la misma vida o..?.**

- No, necesitaría de continuar con el tratamiento psicológico, ¿eh?.

**- ¿Para poder controlarse?**

- Si. Eso es fundamental. Máxime cuando estamos hablando de esa manera de beber tan particular de la mujer de que, de alguna manera, siempre está justificada o apoyada por ese malestar interno de ella a nivel de relación de pareja, de familia, de trabajo, de lo que sea. Entonces yo creo que eso hay que sostenerlo muy mucho, ¿eh?, para que ella no vuelva a cogerse al alcohol. Y eso no es una cuestión de unos meses de desintoxicación o abstinencia, eso lleva años de terapia importantísima

para mí, importantísima. Y es algo con lo que les insisto también mucho desde la primera visita, que la desintoxicación se hace fácil, rápida en una semana, y que eso es nada en la vida de la alcohólica, ¿eh?, lo difícil viene después.

**- Claro, claro. Yo lo que pasa es que aun lo veo más difícil bebiendo, o sea, a su estado de ánimo, a sus problemas y a su conflicto personal le añades el conflicto, la lucha bebo no bebo, me paso no me paso. No se, me parece a mí, veo que quizá sería incluso más fácil el, no te digo ir por una vía o por otra, es decir, vamos a empezar, que vaya poco a poco, controlándose y tal para llegar a la abstinencia. Pero, el seguir bebiendo, creo que es añadirle un problema más por la lucha de....**

- No. Vamos a ver. Seguir bebiendo para mí es seguir bebiendo al cabo de seis meses o un año, no antes, ¿eh?, empezamos por ahí. Y después, el seguir bebiendo es tomarse alguna cerveza algún domingo en algún aperitivo y las fiestas de guardar, y pare usted de contar, no más, ¿eh?. Eso para mí es un beber controlado en una mujer, ¿vale?. Pero eso nos lo planteamos después de seis meses o un año y es la propia paciente la que, yo nunca le voy a decir ya puedes beber.

**- Después de seis meses o un año, ¿de estar sin beber?.**

- De estar sin beber, ¿vale?. Es después cuando ella dice: pues mira, me apeteció, estaba con los amigos, encontré que era el momento y que podía y me tomé una cerveza. Pero eso han pasado, a lo mejor, un mínimo de ese tiempo, ¿eh?, y a partir de ahí pues ya se puede ir escalonadamente de vez en cuando una cerveza. Pero es importante que además la paciente pueda venir y decírtelo y contártelo, ¿eh?, y cómo se ha sentido después de esa ingesta, cómo ha podido controlar el no seguir bebiendo, el contexto también es distinto, ya no bebe a solas en la cocina, está bebiendo delante del marido, de los hijos y de los amigos, una cerveza o una copa de vino y no más. Es que eso, es que es otro contexto.

**- Y, ¿tienes experiencia en gente que, tras tres años de ese beber controlado, que haya estado bastante tiempo bebiendo de una manera controlada?.**

- Vamos a ver. No, tengo experiencia máximo después de un año de estar abstinentes, ¿eh?, y seguirlos durante otro año pero no más, no más, porque no he tenido ocasión. Y te hablo de pacientes que han tenido muchísima terapia.

**- Con mucho apoyo, claro.**

- Con mucho apoyo.

**- ¿Y eso lo harías extensivo a otras sustancias, por ejemplo, tabaco, heroína, cocaína..?.**

- Yo no me atrevería con eso, no.

**- Ni con el tabaco.**

- Ni con el tabaco. No porque eso ya es muy subjetivo. Si que es cierto que hay personas que pueden hacerlo de fumarse un cigarrillo dentro del contexto de las celebraciones y ya está. Pero también hay casos que han empezado así y han seguido, entonces.....

**- Tampoco a lo mejor el fumador tiene tanta constancia en venir a las terapias, porque la alcohólica se considera enferma, pero el fumador no.**

- El fumador no. Además el fumador hace su tratamiento del programa de deshabituación que dura seis semanas y ya está y sanseacabó, ya nunca más vuelve, ¿eh?, a partir de ahí él hace su vida. Entonces no hay más terapia ni más nada, se acabó, sólo puedes volverlo a ver si ha recaído al cabo de los años, ¿eh?, y vuelve a hacer otra vez el programa de seis semanas, pero así.

**- ¿Suelen ser fumadoras las mujeres alcohólicas?.**

- Si. Si y no. Muy pronto te lo he dicho yo, no.

**- Más los hombres, ¿verdad? Los hombres sí que son fumadores.**

- Son los hombres, son los hombres. No tiene que ver una cosa con la otra.

**- Tu has pasado por diferentes centros, todos en, diferentes centros de tratamiento de alcoholismo en una época, ¿no?, en los últimos...**

- En los últimos tres años, ¿eh?

**- En los últimos tres años.**

- Una cosa reciente.

**- Muy bien. Sin embargo, habrás escuchado pues de otras, otras perspectivas, otros enfoques, otras, otros planteamientos que quizá pues hay, y has visto diferentes centros con, incluso dentro del mismo enfoque, con diferentes planteamientos, ¿no?. Ahora me gustaría hablar un poquito de eso, o sea, de ¿qué opinas tú pues de la estructura asistencial actual, que opinas del enfoque que se le da al problema del alcoholismo, alcoholismo enfermedad social, si o no, o sea, del alcoholismo enfermedad pero vamos, un poco esa, tu opinión exactamente sobre el enfoque o sobre la perspectiva actual del alcoholismo, ¿no?, desde el control social, desde las instituciones.**

- Bueno. Yo entiendo que para el alcoholismo habría que crear unidades específicas al margen de las otras sustancias. Que yo sepa, existe sólo, en Valencia ciudad, una unidad específica para esto y otra en Alicante. Entonces, lo deseable sería, bajo mi punto de vista, que en cada una de las áreas sanitarias, igual que hay una unidad de conductas adictivas en este momento que lo lleva todo, pudieran haber dos unidades o dos equipos, o el mismo centro pero que funcionara con doble horario, de manera que pudiera independizarse el tema de alcoholismo del resto de las sustancias, ¿de acuerdo?. A partir de ahí que se concretara y que se pudiera hacer el programa, cualquiera de los programas, yo desde luego no soy partidaria de las viejas escuelas modelo Bogani y abstinencias totales de por vida y demás. Pero sí que en una línea más abierta de relación con los pacientes y de más permisividad y más de beber controlado, que hemos hablado, con muchísima más psicoterapia de manera que, o bien dentro de las unidades de conductas adictivas, o en otro recurso social a nivel de barrio o no se como se pudiera organizar, pero que la alcohólica y el alcohólico pudieran acudir a lugares en los que pudieran hablar casi a diario con iguales, llámese como se quiera, quiero decir, me da lo mismo que sean terapias grupales dentro de las UCAS, que los grupos de autoayuda, que como sea, pero sobre todo a nivel cercano, de su barrio, porque eso también he visto que es un handicap, es decir, por ejemplo, en Castellón, que la unidad de conductas adictivas funcionaba

para todas las sustancias y cogía un área sanitaria amplísima, con la gente del interior, te estoy hablando de la zona "Dels Ports" que queda relativamente alejada con unas carreteras secundarias pésimas, el hacer venir a los pacientes, aunque sólo fuera una tarde a la semana, pues es pedir mucho. Entonces yo entiendo que más a nivel de barrio y en un lugar cercano, sobre todo pensando en las mujeres que ni siquiera conducen, que pudieran ir andando desde su casa a un lugar de referencia al que poder hacer algún tipo de terapia, reuniones, contactos..., eso pienso que sería el ideal. Quien lo llevara o quien lo organizara me da lo mismo, ¿eh?, pero que funcionara, y desde luego con una mentalidad más progresista de lo que hay hoy en día.

**- ¿Tu piensas que es un problema social el alcoholismo?**

- ¿Un problema social?. Pues no he parado a pensarlo nunca si es un problema social, no lo se. Te lo digo por lo siguiente: yo entiendo que se está dando ahora mucha caña con el tema genético del alcoholismo. Entiendo también que, a nivel de aprendizaje, cuando hay unos progenitores o ambiente familiar cercano donde el problema existe, pues es más fácil aprenderlo. Pero yo tengo formación psicodinámica y entiendo que siempre finalmente está la decisión del individuo de ser una cosa o ser otra, siempre. Entonces, llamarlo problema social me parecen palabras mayores, fijate. Lo mismo que enfermedad, pura y simplemente, también, porque lo de la genética me lo creo pero con reservas, ¿eh?. Hace falta bastante más, para mí lo último siempre es la decisión del individuo, eso es el punto fundamental.

**- Si, pero antes habías dicho que era una enfermedad, ¿no?, tu estás por ser una enfermedad.**

- Si, yo estoy por considerarlo una enfermedad en tanto en cuanto, un poco por oposición ha considerarlo que es un vicio, porque eso sí que me niego en redondo, ¿eh?.

**- Ya, ya.**

- En ese sentido.

**- Pues yo creo que ya está todo. ¿Quieres decir algo más? ¿Piensas algo que podrías añadir o que faltaría?**

- No. Pues faltaría decir eso, que deberían de crearse más unidades específicas de alcoholismo y dentro de ellas tratar por separado a los hombres y a las mujeres. Yo creo que ese es un punto básico, pero...

**- Eso porqué lo dices, ¿por la forma de trabajo de los profesionales o por las dificultades de los pacientes?**

- Dificultades de sexo de los pacientes, no es lo mismo, no es lo mismo hombres que mujeres, y creo que habría que separarlos.

**- Porque eso, ¿beneficiaría a...?**

- Beneficiaría a la mujer fundamentalmente porque si no sigue estando en desventaja con respecto a la terapia que se hace aplicada a los hombres, allá donde va. Y una mujer que no se siente a gusto, que esté cohibida...

- **No se siente identificada con el grupo, claro.**

- Claro, y no vuelve, con lo cual la pierdes. Yo creo que en ese sentido falta poner en marcha muchos recursos específicos para la mujer fundamentalmente para alcoholismo.

- **Porque además va en aumento el índice de mujeres en comparación de hace 20 ó 10 años, o sea que sube las mujeres que se ponen en tratamiento claro que son los datos de los que podemos disponer. Y ya la última pregunta que te voy a hacer es de tipo más personal y es que ¿cómo te has sentido en la entrevista?**

- ¡Ah!, bien, muy cómoda, sin problemas.

#### **ENTREVISTA Nº 5: A.T.S.**

- **Se trataría de que me dijeras un poco pues tus datos personales.**

- Mis datos personales son: varón, 53 años, 28 de experiencia en el tema.

- **¿28 años llevas trabajando aquí?**

- Desde el año 74.

- **Sí, desde el principio, ¿desde que se abrió el hospital?**

- Desde el año 74. Al principio, durante los primeros 8 ó 10 años mi contacto con el alcoholismo, con los pacientes alcohólicos o alcohólicas es esporádico única y exclusivamente en función de las incidencias puntuales que se producían en las guardias...

- **Que, ¿tú estabas de guardia en el servicio de admisiones?, ¿sólo hacías guardias?**

- Sólo de guardia. Entonces, mi experiencia inicial durante los primeros 10, 12 años es el primer contacto con los ingresos de alcoholismo y las urgencias que se producían en la unidad de alcoholismo en el pabellón...

- **Y, ¿tú te puedes acordar de en aquella época, cómo lo veías, o sea, si te molestaban, si enjuiciabas, si..., lo veías igual que ahora o...?**

- No, hombre no puedes verlo exactamente igual. Lo que sí que es cierto es que a lo mejor, bajo mi punto de vista, o tu pregunta viene orientada a lo mejor ¿a qué?. En un principio tú considerabas que era simplemente un vicio y te fastidiaba ver a una persona alcohólica o una persona que bebía o borracha tal. No, quizás por mis experiencias previas porque en mi trabajo profesional, y tu lo sabes y también te lo diré en seguida y te acordarás, antes incluso de entrar aquí yo ya trabajaba en el Ayuntamiento de Valencia, en el albergue municipal con todos los que pillaban por ahí borrachitos, bebidos, mendigos...

- **Si, si, en el albergue municipal había mucho alcohólico.**

- Yo tenía muy clara ya la idea del tema de alcoholismo. Otro tema es el concepto de adictos a drogas ilegales, estamos hablando en este momento del tema de alcohol.

**- De alcohol, si.**

- El tema de alcohol yo lo veo bastante claro, bastante claro. Los problemas que teníamos muchas veces aquí eran pues, por tú sabes, porque los ingresaban con patologías que no eran de unidades de desintoxicación y deshabitación sino de unidades de hospitales generales, de intensivos o de medicina interna como eran los antiguos "delirium tremens" que teníamos aquí y que nos los comíamos de mala manera.

**- ¿Ahora no tenéis "delirium tremens"?**

- No, no, no, no.

**- Porque se trata antes.**

- Ahora está muy claro que o se trata antes y se evita el entrar en delirium, o cuando se produce alguno generalmente el S.A.M.U., los servicios de urgencia, a quien lo dirigen directamente es a urgencias de los hospitales generales. Nosotros ya no vemos cómo se produce el delirium. Pero que en cuanto lo vemos intentamos olvidarlo.

**- Me estabas contando cuando empezaste a trabajar aquí, que es..., en el 74...**

- Cuando empezamos a tener ingresos.

**- Que ahí tenías ingresos de...**

- Marzo, Abril es cuando se empiezan a tener los ingresos...

**- Si, si.**

- Marzo, Abril del 74, no me acuerdo exactamente.

**- O sea que en realidad, por lo que dices, prácticamente durante toda tu vida laboral has estado en contacto con personas con problemas de alcohol.**

- Me vas a permitir una, yo he dicho que siempre he trabajado con la flor y nata podrida de la sociedad, ¿es así?, yo siempre lo he dicho. Me acuerdo de aquellos tiempos en los que te los encontrabas en la Plaza de la Virgen pidiendo, en la Plaza de Zaragoza, en la Plaza del Ayuntamiento, en la puerta de la Catedral y los amigos o la familia que iba contigo se apartaban cuando se te arrimaba uno de esos: ¡eh!, ¿cómo estás?, pero bueno, eso es historia quizás.

**- Y ahora, ¿cuánto tiempo hace que estás aquí ya?**

- Cuando ya me meto en el tema de drogas en general, alcohol, drogas ilegales, pues hará 8 ó 10 años, 8 ó 10 años que por problemas de organización pues me dice el psicólogo si quiero hacerlo, y en principio me meto, me meto con un cierto resquemor, no por el tema de los pacientes, sino por el tema de estructura de la unidad en aquel momento. Yo le tenía pánico porque yo dije: yo duro muy poco en esta unidad porque me voy a enfrentar con todo el mundo, con médicos, con psicólogos, con tal...

**- ¿Con el personal?**

- Con la estructura, el funcionamiento, la dinámica del funcionamiento. De echo no fue así. Poquito a poquito pues fuimos trabajando, ni es mejor ni peor, lo bien cierto es que hay que adaptarse a las circunstancias reales, a lo que marca la sociedad actual en el momento en el que te encuentras procurando no hacer comparaciones con si tiempos pasados fueron mejores o peores, que no lo son, no lo son ni mejores ni peores, los tiempos pasados son tiempos pasados y que la forma de actuar y los tratamientos y los pacientes y la manera de llevarlos, en esos momentos era la adecuada, pero que a lo mejor en estos momentos, o en esos, en cada momento toca actuar de una manera en función de lo que la sociedad demande, lo que las leyes te permitan y lo que las administraciones te faciliten.

**- ¿Qué tipo de tratamiento dais aquí ahora a los alcohólicos?**

- El tratamiento en estos momentos, así como antiguamente, cuando se hablaba del servicio de alcoholismo en el tratamiento del alcoholismo en la unidad no era única y exclusivamente la desintoxicación física sino que también se procuraba la deshabituación y lo mismo te daba que un paciente estuviera ingresado pues el tiempo que hiciera falta en el tema de la deshabituación, hoy en día no, hoy en día es una unidad de desintoxicación pura y dura, ¿eh?. Así como antiguamente se podía trabajar en la deshabituación, actualmente nuestra función es la desintoxicación física, punto.

**- Física.**

- Con tratamiento farmacológico y la estancia media oscila entre, bueno la estadística me marca de 13 a 14 días, 14 de media, tal cual.

**- Y ¿cómo hacéis la desintoxicación?**

- Con tratamiento farmacológico. Se puede utilizar más o menos la misma farmacología que se utilizaba...

**- Pero ya no hay ni ¿tratamientos agresivos?**

- No, ninguno, en absoluto.

**- No hay, ¿ni las corrientes farádicas?, ni nada de todo eso.**

- De eso nada, ni la comorfina, ni... Controlamos la deshabituación física de manera que no se produzca el síndrome de abstinencia y punto.

**- ¿Ningún apoyo psicoterapéutico?**

- Se intenta, durante los días que están aquí, pues se intenta entrar un poquito en su estructura sociofamiliar, su ambiente, para intentar detectar a ver si podemos orientar al que se haga cargo de él después, quien sea, pues dar una mínima orientación: oye que hemos visto que a lo mejor hay problemas o no hay problemas o, pero eso ya es...

**- Al centro que lo remitís cuando...**

- Claro.

**- ¿Siempre lo remitís a un centro?**

- Siempre debemos de remitirlo a la unidad de, actualmente con arreglo a la legislación actual, a la unidad de conductas adictivas que le corresponda, a la unidad de alcoholología.

**- En este caso, a las mujeres las enviáis, a las mujeres alcohólicas a la unidad de alcoholología.**

- A la unidad de alcoholología que le corresponda, siempre.

**- Y, ¿vosotros estáis coordinados con la unidad de alcoholología o ya hay una ruptura de tratamiento, o sea, no hay ningún tipo de seguimiento, no hay?.**

- Si, en teoría hoy en día la legislación actual, la ley general de drogodependencias contempla muy claramente el tratamiento de la drogodependencia, el tratamiento integral en el que el centro o la unidad central es la unidad de conductas adictivas que es la que detecta al paciente, lo valora, lo estudia, programa su proceso de desintoxicación y deshabituación posterior. Nosotros somos un escalón de esa o un eslabón de esa cadena que es el tratamiento de desintoxicación, el tratamiento de deshabituación el que la unidad de conductas adictivas considere oportuno, en función de la valoración que haya hecho de la persona.

**- ¿A ti te parece que el que la unidad esté ubicada en el psiquiátrico o en el antiguo psiquiátrico, porque esto tiene un peso, el espacio geográfico, que está bien, que es positivo, que no, que da igual, cual es tu opinión sobre eso?.**

- Pepa esta pregunta no estaba en el guión.

**- No, pero es que se me ha ocurrido ahora no, que estamos en el psiquiátrico y que, ¿tú que piensas, o da lo mismo, o los pacientes, tu piensas que tienen todavía problemas para venir aquí?.**

- ¿Quieres que te hable con sinceridad?.

- Si.

- Hablamos en una unidad de desintoxicación física, pura y dura, una unidad de desintoxicación física de enfermos.

**- En un hospital general.**

- O debe de disponer donde estudia, de todos los recursos necesarios para en un momento determinado poder actuar, por la cantidad de complicaciones físicas, no psiquiátricas ni oncológicas, no, esas son otra cuestión, esas pueden ser contempladas con más tranquilidad o valoradas y estudiadas con más tranquilidad, pero las complicaciones orgánicas que se pueden plantear durante el proceso del tratamiento de desintoxicación física de alcohol, de controlar la privación, las inconveniencias que genera la privación de alcohol, con todos los desajustes fisiológicos, en una persona que generalmente ya tiene alteradas muchos de los patrones biológicos, estas en contacto con diabéticos, con hipertensos, con enfermos con hepatopatías crónicas, en un momento determinado pueden generar una descompensación orgánica aguda, por lo que esté dónde esté esa unidad se debería de disponer de los recursos necesarios para poder actuar.



**- Y lo otro que te decía, ¿tú crees que la gente, los pacientes que vienen tienen algún tipo de resistencia a venir aquí por el hecho de que esté tal o no?.**

- No, no.

**- ¿Las mujeres tampoco?. ¿Las mujeres alcohólicas?.**

- No, no.

**- No, eso no.**

- Es más, la opinión anterior está en función única y exclusivamente del estado físico, o sea, de lo que nosotros vemos en respecto al estado físico del paciente. Si que es verdad que un enfermo alcohólico o adicto a otro tipo de drogas, el que sea, que este en un tratamiento de desintoxicación, si lo metes en una sala de un hospital general, no es una persona para estar encamada, luego por lo tanto, su estancia en una sala reducida pues a lo mejor generaría problemas respecto a esa persona, es decir, necesita pues una, no es lo mismo, no es una persona que tiene que estar escayolada, con la pata en alto, o recién operada con 27 goteros en la cama durante las 24 horas del día, sino que necesita unas ciertas actividades y entonces pues necesita una unidad en la que disponga de unas ciertas libertad de movimiento o de ocupación del tiempo libre durante las 24 horas del día, porque si no se come demasiado el tarro también, eso también sería, pero claro, eso habría que jugar con ambas cosas. Y respecto a que se le tenga miedo al psiquiátrico, es que el psiquiátrico, como ya hace un montón de años que como tal pues...

**- No ejerce.**

- Exacto, cuando se les cita actualmente ya les llamamos diciendo: le llamamos de la unidad de desintoxicación del hospital de Bétera.

**-¿Y porqué van en pijama y en batín?.**

- Porque es una unidad hospitalaria, no es una unidad residencial.

**- Ya, ya, ya, ya. Retomando un poco lo que me has contado sobre tu vida laboral en alcoholismo. ¿Tú te acuerdas cuándo tomaste la decisión de dedicarte al alcoholismo?.**

- No, yo no la tomé, me la impusieron. Me dijeron: tienes que ir. Y bueno, pues que vamos a hacer, a sus ordenes. De echo, cuando a mí me lo plantearon, además Pepa, te lo digo a ti, entre tu y yo, quien me lo plantea es Julio, que me lo plantea en su momento y me dice: Tío (no se entiende), no tienes que ir...

**- Y ahora, ¿estás cómodo aquí o te gustaría estar en otro servicio?.**

- Cuando entras ya al mundo de las drogas, cuando entras en profundidad en el mundo de las drogas yo creo que se hace contigo y te gusta. Otra cosa es que haya días que digas: estoy más quemado que una mona, ¿no?, mañana no vengo y me voy a ir una semana por ahí. Bueno bien, pero luego sientes mono, cuando te vas de vacaciones o eso pues sientes un poquito de mono de, a mí me gusta, me gusta mucho.

**- Sí que es verdad, sí que es verdad. Y tú ahora el enfoque actual que tiene la asistencia al alcohólico, el enfoque quiero decir pues el tipo de centros que**

**hay, cómo se le atiende, todo eso, ¿tú estás de acuerdo, piensas que cambiarías algo, lo ves de otra manera, no se, sabes?.**

- Yo estoy de acuerdo con la filosofía general de la ley de drogodependencias, pero de verdad, de verdad, la ley es muy bonita pero luego le han faltado el articularla y faltan recursos, faltan unidades de desintoxicación pregalo, porque el que nosotros aquí para toda una provincia de Valencia, y estamos atendiendo ya Castellón y Alicante, a pesar de que no...

**- ¿Viene gente de Castellón y Alicante también?.**

- Hay gente de UCAS de Castellón y de UCAS de Alicante.

**- ¿Pero allí sí que hay unidades, en Castellón y Alicante, o no?.**

- Pero faltan unidades de desintoxicación. Y hacen falta unidades de deshabituación, unidades de deshabituación que podrían ser o residenciales o unidades de día, centros de día, pero hacen falta muchos, muchos recursos a nivel de poder continuar luego con los procesos de deshabituación que son los duros, que son los pesados, que es el largo, que es el que realmente vale luego después. Y ahí no hay, no hay recursos, no hay centros de día, no hay unidades residenciales, no las hay, hay cuatro plazas. Y haría falta una coordinación real, tal y como contempla la ley, coordinación real entre todos los recursos públicos que se derivan a la atención del drogodependiente, empezando por los recursos de base o los centros de base, tanto de trabajo social como los centros de atención primaria, las unidades de conductas adictivas, unidades de desintoxicación, unidades de deshabituación, centros de día, etc, etc..., pero todo coordinado, porque sino no vamos a ningún lado.

**- Porque, si ahora tenéis coordinación es en base al voluntarismo de los profesionales o ¿hay una coordinación estructurada?.**

- Más bien..., no, la estructurada no existe, eso está más claro que el agua y luego, pues bueno, lo he dicho yo, lo mismo me da, pero la coordinación institucional no existe, existe una coordinación a nivel de relación más o menos personal o más o menos por un interés de unos o de otros, mayor o menor interés en querer seguir a un paciente u a otro de una manera que sea útil, ¿no?, y entonces se preocupan o nos preocupamos o se preocupan unos más otros menos de: oye y este como me va, y este tal, os voy a mandar, a nivel, y eso tú lo sabes porque lo has hecho toda la puñetera vida y seguimos igual en ese aspecto.

**- Ahora hay una pregunta que me gustaría hacerte. ¿Tú crees que el alcoholismo se hereda?.**

- ¿Se puede considerar una patología hereditaria o como que, hereditariamente puede existir una predisposición?.

**- Si se puede considerar una patología hereditaria.**

- No, que va. Yo creo que no, yo creo que sí que se puede heredar una posible predisposición pero que incluso esa predisposición, si el desarrollo del individuo en sus primeras etapas, se producen dentro de un ambiente sociofamiliar más o menos abstemio, yo creo que, a pesar de que existan unos antecedentes familiares de alcoholismo, pues a lo mejor no necesariamente tenga que ser una persona alcohólica. Ahora, si con una persona con antecedentes familiares de alcoholismo en segundo o tercer grado, se desarrolla sus primeras fases evolutivas: pubertad,

impolifancia, pubertad, tal, dentro de un ambiente más o menos alcohólico, o más o menos de consumo tolerado de alcohol o social, pues a lo mejor sí facilita que esa persona pueda ser un alcohólico, eso sí.

**- Está claro. Bueno, pues ahora ya vamos a centrarnos un poco sobre el tema de la mujer alcohólica, la rehabilitación de la alcohólica y todo lo que hay alrededor de ella, ¿no?, o sea, ¿cómo ves tú las posibilidades que tiene una mujer para rehabilitarse, cómo ves que responden las familias?.**

- Actualmente, es que estás planteando una situación muy amplia.

**- Si, ya lo se, ya.**

- Porque el problema del alcoholismo en la mujer, hace años estábamos hablando de una mujer de una edad, sino media por lo menos sí superior a los 25 ó 30 años, quizás ya independiente de su familia inicial con una familia ya propia y que, pues por distintas circunstancias, pasa de un consumo de alcohol social a un consumo para cubrir una serie de problemas de relación, el ama de casa sola en su casa, el marido que trabaja de tal a tal hora, que cuando llega a casa sólo llega cansado y no tiene ganas ni tan siquiera hablar, y la mujer lleva a los niños al colegio y durante las horas que los niños están en el colegio no sabe qué hacer y al final acaba bebiendo unos días un poquito otros otro. Ese quizás sería un factor. Pero hoy en día está el problema del alcoholismo en la juventud, en la chica joven, en la chica adolescente y son unos problemas muy distintos.

**- ¿Cómo es el perfil de esa mujer adolescente que, o sea, mayoritariamente qué mujeres os llegan aquí?.**

- No, actualmente aún hoy por hoy tratamos el alcoholismo en la mujer ya adulta, ya formada, mayoritariamente, de forma esporádica tenemos algún caso que es mucho más complejo el de la adolescente porque existen problemas de consumo de otro, de policonsumo de otro tipo de sustancias, problemas de relación familiar posiblemente, problemas de anorexias...

**- Todo relacionado.**

- Y que muchas veces no sabes qué es antes el huevo o la gallina, ¿no?, por dónde empieza el rollo. Los consumos excesivos de alcohol en fines de semana que luego pues al cabo de 2 ó 3 años ya no son sólo de fines de semana sino que son simplemente consumos más o menos relativos pero continuados durante los días de la semana...

**- Y éstas personas, éstas jóvenes, cuando empiezan a consumir de una manera más habitual, ¿se dejan los otros consumos o también consumen, siguen consumiendo de todo?.**

- No tenemos experiencia suficiente, ya te digo que en chicas jóvenes, en adolescentes tenemos muy pocos casos, hemos tenido una unidad para poder tener un criterio claro.

**- O sea, que aquí os llega la mujer ya de sobre los 30 años...**

- De 25 ó 30 años, a partir de los 30 años, 25 ó 30 años, cuando llegan hasta los 25 aún vemos aún algunos casos ya de los que vienen arrastrados ya porque han

empezado en la adolescencia, y generalmente no son alcohólicas puras, entre comillas, están consumiendo alcohol con tranquilizantes, con...

**- ¿Las que os llegan?. Ya.**

- No es lo mismo que la mujer que está en su casa que se compraba las 4, las 3 cajas de vino y esto lo tenía escondido y estaba bebiendo durante todo el día y tal, no es...

**- Tú crees que estas mujeres de ahora tienen la posibilidad de beber, ¿si no beben en casa es que beben en los bares?.**

- Claro, normalmente el principio es ese, el principio es que beben fuera, beben el fin de semana con consumos abusivos posiblemente, mezclándolo con cualquier otro tipo de estimulantes...

**- Pero cuando os llegan aquí, ¿esa etapa ya la han superado?.**

- Claro.

**- ¿Qué tardan mucho en conseguir tratamiento?.**

- Yo creo que el problema actualmente está en la adolescencia, tanto en hombres como en mujeres está en eso, que se está disminuyendo la edad, o está bajando mucho la edad de consumo de alcohol a los 12 años, 13 y 11, y que únicamente se detectan ¿cuándo?, cuando, cuando se produce otra serie de patologías, cuando se produce pues una reacción del tipo que sea, no se, pues una chica a lo mejor pues puede empezar ya con una anorexia o con una tal y eso, o con un crío que empieza a consumir otro tipo de sustancias y entonces: no, pero si es que yo llevo bebiendo desde no sé cuando. A lo mejor cuando, no cuando llegan aquí, sino incluso cuando lo detectan en un centro de atención primaria o en una unidad de alcoholología, es cuando a lo mejor están consumiendo alcohol ya durante 4, 5, 6, 7 ó 8 años y no consumiendo alcohol simplemente de forma social.

**- ¿Aquí vienen derivadas de una unidad de alcoholología siempre?.**

- Generalmente si.

**- ¿O de un médico de cabecera?.**

- No, procuramos que todo venga derivado de alguna de las unidades de alcohol.

**- Este es el tercer escalón de la asistencia.**

- Si.

**- O sea, ¿un tercer nivel?.**

- Nos llaman a veces: oye que tenemos tal y esto. Procure pasar primero por la unidad de alcoholología que es quien debe de verlo y si ellos eso, ya le ingresaremos.

**- Ya, ya, ya, ya. ¿Cuál es tu opinión sobre la actitud social ante la mujer alcohólica?.**

- Es curioso. Ante el varón que bebe se tiene una tolerancia bestial, sin embargo, con la mujer no se le permite ni tan siquiera que se tome tres cervezas, y sigue siendo exactamente igual que antes, eso sí que es curioso, eso sí que es curioso. Han cambiado mucho los patrones sociales en muchos aspectos pero no en esa tolerancia. Al varón se le considera como es lógico, es lógico porque el consumo de alcohol en la sociedad o en la cultura occidental pues es, pues es social, socialmente bien visto, sin embargo dentro de, en el varón, pero no en la mujer, en la mujer...

**- Se la juzga de otra manera, ¿no?.**

- En la mujer se prejuzga de otra manera y no hace falta que se detecte que esa mujer lleva un grado de intoxicación o un grado de borrachera o que, o que, no, sino simplemente ver a una mujer sola bebiendo, ver a un hombre solo bebiendo en un bar es totalmente normal. Ver a una mujer sentada bebiéndose un whisky sola te llama la atención, es curioso, y eso sigue siendo igual, siempre.

**- Si, si. Y, en tu opinión, ¿cuáles son los puntos de apoyo que tiene la mujer para rehabilitarse, con qué puede contar una mujer cuando sale de aquí y quiere rehabilitarse?. ¿Qué le puede a ella ayudar?.**

- Eso es muy complejo. Dependerá mucho de su estructura familiar, de la estructura social que tenga, de la laboral, si realmente está introducida dentro del mercado laboral. Cuantos más puntos de apoyo, cuantas más posibilidades tenga de recuperar sus relaciones sociales, familiares y laborales, mayores posibilidades tendrá de reintegrarse a esa sociedad. Ahora, si por el contrario, por su problema de alcoholismo, ha perdido o se han deteriorado sus relaciones familiares, ha perdido sus relaciones sociales y desde luego, ha perdido el contacto con el mundo laboral incluso desde el punto de vista legal que se le haya llevado a despidos y tal, pues va a ser más difícil que se le...

**- ¿Tú crees que los grupos de autoayuda y las asociaciones y eso...?.**

- Si, van muy bien. Sobre todo durante las primeras fases. Aunque luego quizás sean excesivamente súper protectores, ¿no?, pero yo creo que debe llegar un momento que no sabemos cual es, puede ser al año, a los 2 años, al año y medio, eso ya es una fusión muy, muy individualizada, pero en la que se debe dar suelta a esa persona, en la que, bueno pues que vaya buscándose, que vaya reestructurándose su, su vida desde ese nuevo planteamiento y que se organice. Pero que el cordón umbilical en algún momento habrá que cortarlo. No se puede mantener un cordón umbilical durante los 60 años de tu vida, ¿no?, o 70...

**- ¿Qué hay muchos que entran en los grupos y...?.**

- Claro, entran en los grupos y bueno y vivimos dentro de esos grupos y sí se mantienen, pero se mantienen y se mantienen y se mantienen con una, no súper protección y reproducción, pero sí con una protección, un quizás, una palabra que me gusta, un asilo, pero bueno no...

**- Sí, si, explícalo, explícalo.**

- Es como un núcleo muy cerrado, un huevo, una cápsula en donde, quizás a lo mejor llega un momento en que son incapaces de salir de ello realmente porque se encuentran mucho más seguros, mucho más...

**- ¿Han trasladado la dependencia al grupo?.**

- Quizás si, creo que quizás esos grupos de autoayuda y tal pues deberían de tener muy claros esos programas e individualizarlos, realmente individualizarlos, pero que tenga que llegar un momento que sea a los 6 meses, al año, a los 2 años o a los 10, no lo se, cada persona a lo mejor tiene que ser unas metas o unos periodos de tiempo pero que, que bueno, que se corte ese cordón umbilical y a vivir, a vivir tu vida, tú no tienes porqué depender de mí.

- **¿Tú crees que es imprescindible la abstinencia total para...?**

- ¿En el alcoholismo?

- **¿En el alcoholismo...?**

- Si. Si. En un enfermo, en una persona con un alcoholismo crónico, es mi criterio, no lo se si es un criterio médico o no, bajo mi punto de vista personal. En un enfermo alcohólico crónico de verdad el consumo esporádico a medio plazo genera, seguro, una recaída. Incluso la cerveza sin alcohol.

- **¿Incluso la cerveza sin alcohol?**

- Si.

- **¿Es un puente, puede ser un puente para volver a..., de ahí pasar a la cerveza...?**

- Si, no con la dependencia física, sino con el hábito, con el hábito de ir al bar de una cerveza. No, cambia tus patrones, no pidas una cerveza, pide un zumo, pide un zumo de tomate, pide un refresco, pide lo que sea, un café, un cortado. Una cerveza sin alcohol, ¡tate!, más o menos meses pero un día dirás: una cerveza y se te olvidará poner sin alcohol.

- **Ya estamos acabando, ¿eh?. ¿Tú crees que los profesionales tiene un papel importante en la rehabilitación de la alcohólica?. ¿Para la alcohólica es importante la figura del profesional?**

- Si, pero tanto en la alcohólica o en el tema alcohólico como en cualquier otro tipo de drogodependiente, creo que los recursos que hay, tanto públicos como privados, así como el personal asistencial, los profesionales, somos meras herramientas que nos ponemos en manos, o sea, que se ponen a disposición del paciente y que, depende del uso que esa persona haga de esos recursos, el que seamos positivos o no, o sea, que le sirvamos para algo o no, claramente. Pero por mucho que queramos intentar convencer a un tío, mientras él no lo tenga claro, no va a sacar nada claro. Sí, conseguiremos retenerlo por circunstancias, comiéndole el tarro, lo que sea, durante una temporada, tenerlo más o menos controlado y que no beba. Pero el día que salga, ese tío va a beber. Mientras él no lo tenga claro o ella no lo tenga claro creo que todos los recursos que hay y los profesionales que somos unos recursos, somos meras herramientas que se ponen a disposición del enfermo y que las utilice. Si las utiliza bien, le serviremos, si las utiliza mal o no las utiliza no podemos obligarle a traducir.

- **Bueno, pues bien, sólo ya preguntarte que ¿cómo te has sentido haciendo la entrevista?**

- Contigo bien porque sabía con quien hablaba. Con otra persona que no hubiera conocido hubiera dicho: cierre usted eso que no voy a hablar, no voy a hablar, no digo ni pío.

- **¿Ah, sí?. Pero vamos, no te...**

- Si, porque yo se que tú, alguna de las cositas vas a saber interpretarlas.

- **Si, casi todo, vamos, te he entendido perfectamente. Pues bien, pues muchas gracias.**

### **ENTREVISTA Nº 6: MEDICO U.A.**

- **Bueno, me gustaría empezar un poco que me dijeras tus características personales tu edad, profesión, lo que quieras sobre ti mismo, ¿no?**

- La profesión es médico. Tengo 45 años y yo creo que me dedico a esto pues desde mi más tierna infancia, que yo recuerde. Ya hace muchísimos años que estoy...

- **¿Qué estás dedicado al alcoholismo?**

- Que estoy dedicado al alcoholismo prácticamente en monográfico porque ya empecé en Bétera hace muchísimo tiempo con Manolo y después pasé al 12. Yo estaba en policlínica y entonces yo veía a la gente del pabellón 12 pero desde otra faceta distinta.

- **¿Desde médico internista?**

- Exactamente, pero ya los estaba viendo. Después ya pasé al 12 con lo que amplíé la visión y ¿qué más?, pues he estado en AVES y después he estado aquí.

- **Cuando pasaste al 12 fue cuando, de alguna manera tomaste la decisión o tuviste la oportunidad de empezar a trabajar en alcoholismo, ¿ahí te acuerdas cómo fue eso?**

- ¿El tomar la decisión?.

- **Si.**

- Yo creo que una apuesta de futuro. No lo se Pepa porque a veces, esto lo consulté con mi mujer y no se por qué llegamos al acuerdo y yo pensé que era una cosa que me gustaba, era un campo, no lo se, supongo que me gustaba. Y no se si adquirí más cultura o no yo creo que no, no fue eso sino que me gustó y que la apuesta por...

- **¿Qué viste la oportunidad de pasar o lo pediste pasar?**

- Allí no. Tuve la oportunidad, lo que pasa que yo en aquel entonces estaba trabajando en la Seguridad Social pero de médico en primaria. Me ofrecieron (no se entiende) uno u otra y entonces opté por Bétera y me dejé aquel que los compañeros: estás tonto, te dejas esto por ir a ver borrachos...

- **¡Ah!, ¿sí?**

- 
- Si, si, si, me lo comentaron: piénsatelo bien, no...
  - **¿Eras muy joven entonces, no?**
  - Si, andaría por 30 años o así.
  - **Y entonces, ¿todavía no habías tenido contacto con alcohólicos pero...?**
  - Bueno si, cuando te digo esto de Bétera, quiero decir, yo ya tenía contacto...
  - **Cuando tomaste la decisión de ir a Bétera.**
  - Exacto, yo ya tenía contacto pero desde la faceta de medicina interna, yo conocía una parte de los alcohólicos pero vista desde otro punto de vista, que las dos cosas me han enriquecido muchísimo...
  - **Te ha servido.**
  - Muchísimo a la hora de ver a los alcohólicos y (no se entiende) y yo creo que más quizá de medicina interna que desde psiquiatría, ¿no? visto, quizá eso me condiciona pero yo creo que para positivo.
  - **¿Y cuánto tiempo estuviste en la unidad de desintoxicación en Bétera?**
  - ¿En Bétera?.
  - **Más o menos.**
  - Estaría unos 5 años en dos periodos. 5 años, bueno sí 5 ó 6 años.
  - **Y luego, se abrieron estos centros y...**
  - No, después me fui a AVES. Estuve, bueno 3 ó 4 años y ya fue cuando posteriormente se abrieron estas unidades y me vine aquí.
  - **Allí en AVES, ¿tenías consulta?**
  - Si.
  - **Ya.**
  - Era, yo creo que era quizá el embrión de lo que ha sido esto, porque de alguna manera se fue configurando, era muy parecido a la asistencia, lo que pasa que no es de la Seguridad Social pero sí muy similar, la misma estructura de médicos toxicólogos, es decir, era, era muy parecido.
  - **¿Y ahora no está AVES así, o sea, ahora ya no hay médico en las asociaciones?**
  - No, ahora no hay médico.
  - **Y cuando se abrieron estos centros, ¿tu solicitaste una plaza o te ofertaron porque ya tenías una experiencia?**
  - Un poco de todo. Las hicieron pues para gentes, se hizo un concurso...



- **Se hizo un concurso para entrar.**

- Para las plazas. Pues era casi lo natural, ¿no?, ni estaba creciendo el alcohol en Valencia porque sigue (no se entiende) el alcohol en Valencia.

- **Si, si, si, si, claro.**

- Porque quizá el (no se entiende) en aquel momento de alcohol en Valencia era AVES, la unidad de alcoholología de AVES y esto era, después fue la unidad de pertenencia de alcohol, fue un trasvase natural.

- **Si, si, si, si, está claro, está claro. Por tanto, has pasado por diferentes centros, diferentes centros, unidad de desintoxicación, bueno la asociación, la unidad de alcoholología...**

- Yo creo que lo he pisado todo.

- **Si, tienes una experiencia. Me gustaría, si pudieras comentar algo de cada centro, o sea, ¿qué opinión te da el tipo de asistencia de cada centro o, qué cosas modificarías o cómo, no se?. Precisamente porque los conoces todos, casi todos.**

- Vamos a ver. La UDH está VH, tiene un sentido dentro de sí misma y de una cosa muy puntual que es una desintoxicación en un medio cerrado en pacientes que tienen dificultades para, porque no tienen apoyo familiar, social, sobre todo por esto, porque se encuentran solos y entonces abordan una desintoxicación. El paciente 10 que ha bebido cantidades que pueden ser en síndrome de abstinencia potente que no puede saber hasta qué punto ha de manejar la indicación correctamente pues es un lugar adecuado, quizá imprescindible para hacerlo. (No se entiende), adicciones a psicofármacos añadidas a adicciones de alcohol pues claro, si un paciente es abusador de psicofármacos, si tu le das psicofármacos pues no sabes hasta qué punto va a hacer caso o va a seguir abusando. Pero que quizás se acabe un poco ahí mismo lo que es el tratamiento. Sería un tratamiento del alcohólico pero en una pequeña faceta, es una cosa muy puntual dentro de todo el tratamiento, ¿eh? que es, como es la desintoxicación.

- **¿Tu la ves coordinada la unidad hospitalaria, debe haber una coordinación o talmente es un tratamiento puntual y...?.**

- Yo creo que debería ser un tratamiento puntual porque además es muy corto, son 10, 12 días y entonces yo creo que de la manera que está hoy la estructura sería una cosa muy puntual, es decir, la unidad de tratamiento y de cama en unidades de desintoxicación, se hace la desintoxicación y el paciente vuelve...

- **A la unidad de...**

- A la unidad de referencia.

- **A eso me refería, a eso me refería.**

- Si, exacto, con lo que quizá la unidad de desintoxicación es una cosa, por eso te decía, muy puntual y muy específica en ciertos, en ciertos pacientes. Cuando yo estaba la cosa era distinta porque al no haber centros de referencia si que extra hospitalariamente había muy poquito para esto y entonces pues tú te tenías que hacer cargo del paciente durante más tiempo, quizá motivarlos a estar en el centro, quizá era, era creo que distinto.

**- Pero ahora, ¿funciona esa coordinación?**

- Exacto. Yo creo que sí. Algún paciente se puede escapar fuera de lo que es el circuito pero que es más fácil de reconducirlo desde la UDH con lo que ya se puede circunscribir muy mucho a lo que es esto.

**- Y luego la coordinación con las asociaciones, ¿en los centros tienen, hay relación o no?**

- Las asociaciones de alcohólicos en este momento pues han cambiado muchísimo, es decir, de no tener médico a tener médico, es decir, antes, cuando yo estuve en AVES se hacía tratamiento integral del alcohólico, es decir, todo el tratamiento se hacía allí en la asociación excepto si habían mandado antes a Bétera a desintoxicar. Hoy quizás las unidades de tratamiento son las unidades de alcoholología donde se hace el tratamiento integral excepto alguna cosa que tú tienes un servicio en un sitio, como podría ser un paciente que quieres desintoxicar en Bétera pues lo remites allí, lo desintoxican y vuelve a ti o un paciente que tu creas que puede ser indicado la terapia de grupo pues tú lo derivas a terapia de grupo, hace la terapia de grupo y resulta que sigue viniendo porque es aquí el tratamiento. Ya hicimos al principio de estar aquí una reunión con los psicólogos de lo que era, de una asociación en lo que ellos, para no solapar todo el tiempo y que cada uno estuviese interviniendo y esto pues ya quedaron que no hacían intervención sobre el paciente, lo harían sobre los familiares sobre todo y sobre el paciente en algunas facetas en las que nosotros no podríamos intervenir porque serían muy tangenciales a lo que es el mundo del alcoholismo. Entonces ahí sí que tenemos coordinación y es poder intervenir pero generalmente intervienes poco, sobre todo se interviene a nivel de grupo.

**- ¿Cuánto tiempo soléis tener a los pacientes en tratamiento?. Aunque ya se que cambiará de uno a otro.**

- En tratamiento, lo que estamos en este momento aquí llevando, atendiendo, lo que nos propusimos en un momento dado, fue tener a los pacientes abstinentes durante 18 meses, y cuando estuviesen 18 meses abstinentes totalmente, les dábamos el alta. Unas copas en un consumo muy puntual, que no tuviese importancia, esa era. Si había algún proceso de rehabilitación y tal, siempre contábamos desde el último proceso. Realmente 18 meses abstinentes (no se entiende).

**- ¿Hacéis terapia de grupo?**

- No, nosotros no. Lo hacen las asociaciones.

**- Ya, y por eso deriváis a la asociación a las mujeres, ¿no?, porque me...**

- Exacto, a las mujeres las mandamos...

**- A los grupos estos de...**

- Exacto, incluso, de alguna manera también decimos un poco cómo tienen que formarse en grupos, según necesidades, y de hecho, los grupos estos de mujeres específicos pues fue una sugerencia que le hicimos a Castori: mira Castori, las mujeres y tal. De hecho funcionaba muy bien y también creo que Castori tiene uno de ludopatía...

- Si, si me dijo.

- Que también fue una cosa de decir: es que hay ludópatas aquí que no son alcohólicos, porque hay alcohólicos y además ludópatas que bien, esos están dentro del circuito, pero los ludópatas a palo seco, no encajaban en los grupos, hemos hecho un grupo...

- **Me gustaría, bueno aunque ya lo estás un poco comentando, ¿no?, pero vamos, tu opinión sobre la actual estructura asistencial.**

- Yo creo que es una idea, por lo menos a día de hoy. Yo creo que las unidades de alcoholología son, son el eje de la abstinencia y del tratamiento, es decir, se tienen que hacer a nivel ambulatorio y en las unidades de alcoholología, y éstas a su vez pues coordinadas o referenciadas en un momento dado con otros recursos que pueda haber, pero estos recursos siempre como complementarios a lo que es una unidad de alcoholología, pero que se tiene que hacer en las unidades.

- **Claro, unidad de alcoholología o U.C.A., ¿no?**

- O U.C.A. En el caso de que no haya unidad de alcoholología.

- **Porque si no tengo mal entendido, ahora, bueno las U.C.A.S. También ven alcohólicos, ¿no?, están (no se entiende).**

- Hay alguna que no ve alcohólicos.

- **Hay alguna que no.**

- Exacto. Donde hay una unidad de alcoholología hay junto, complementario, una U.C.A. de ilegales que llamamos. Entonces esa U.C.A. de ilegales no ve alcohol lo mismo que las de alcohol solamente ven alcohol y el resto de las cosas no las ven. Donde solamente hay una U.C.A., esa U.C.A. ve todas las adicciones.

- **¿Tú verías algún tipo de programa específico para mujeres alcohólicas? ¿Crees que hay diferencias entre los hombres y las mujeres alcohólicas como para abordar programas específicos diferentes?**

- Bueno, sí que hay matices, hay muchos matices en una mujer alcohólica que son distintos de los del varón. A grandes rasgos el tratamiento sería el mismo, quizá a nivel de grupo, y a ciertos niveles sería un poco más específico. El hombre es un bebedor más social, generalmente se inicia socialmente y sigue bebiendo socialmente, y cuando viene a tratamiento es porque aparecen problemas sociales o familiares. La mujer no es una bebedora social, la mujer es una bebedora de casa, clandestina, oculta y generalmente empiezan a beber en un momento dado de la vida que aparece una situación estresante o angustiante para la señora, a los 30 años, 28 largos, tienen situaciones de angustia, de depresión, es más psicológico, y entonces utilizan el alcohol, quizá como un fármaco mal utilizado para aliviar esas tensiones, esas situaciones, esos estados de ánimo y bebiendo por ahí pues alguna cosa más específica (no se entiende) sobre todo por el modo de vida. Eso quizás abordaría más (no se entiende), bueno también desde el punto de vista psicológico, aquí con la relación que tienes con la paciente entendiendo lo que es el problema, cómo surge, si puedes arreglar situaciones anteriores o de base para que después no se vuelvan a repetir en el proceso, eso sería más específico.

- **Y ¿cómo ves tú?, bueno te quiero preguntar que como el otro día salió el tema y me interesaba, ¿cómo ves tú, desde qué perspectiva enfocas el alcoholismo?, es decir, porque a ti te llamó la atención cuando vistes que te**

**ponía enfermedad social, entonces ese tema me gustaría abordarlo, ¿no? porque me parece que es interesante.**

- Yo creo que el alcoholismo es una enfermedad física pura y dura y que no se puede, yo por lo menos no la puedo entender si no es desde esa perspectiva, yo creo que no tiene ninguna explicación científica si no es vista desde el punto de vista físico habría que entenderla como una intoxicación etílica, crónica, subclínica, es decir, es una intoxicación porque está un tóxico que es el etanol, que está constantemente en sangre y durante muchísimos años, durante muchísimo tiempo, entonces va dando todo un cuadro de intoxicación, ¿eh? que no etílica aguda, sino intoxicación muy crónica y primero subclínica, es decir, que casi no da sintomatología y es muy sutil, y poco a poco, conforme va aumentando la cantidad de consumo de alcohol y los años, la sintomatología se va haciendo más aguda y más detectable hasta que hace un momento ya que ya es muy burda y es cuando se detecta y aparece. Pero quizá esto, se trata de haberlo comentado, Pepa, que cuando tú podías estar en Bétera llegaban los pacientes ya muy verdes, es decir, alcohólicos muy evolucionados.

**- Si.**

- Súper evolucionados. ¿Porqué?. Porque ni social ni profesionalmente se conocían más síntomas del alcoholismo que esos que se detectaban entonces y quizá en esta enfermedad estamos viviendo la enfermedad al revés, quiero decir, las enfermedades en medicina hay la evolución a lo largo de la enfermedad, es decir, que esa enfermedad cómo empieza, cómo sigue evolucionando sin ninguna intervención médica, ¿no? Y la conocemos desde el principio hasta el fin. Quizá con el alcohol lo que estamos aprendiendo es todo lo contrario, es decir, desde el fin que era los pacientes muy muy evolucionados y ya nos vamos hacia, hacia el principio, es decir, cada vez menos evolucionados y estamos viendo pacientes, eso, que tenemos dudas si son abusadores, si no son abusadores, si son alcohólicos, si uno va a ser después el otro, si uno puede hacer marcha atrás porque no está establecida la dependencia, es decir, vamos hacia atrás con lo que cada vez es más fino la sintomatología y social...

**- Claro, al diagnóstico, porque hay más recursos, se puede llegar antes, es decir, para que un paciente decida irse a un hospital psiquiátrico a ingresarse para tratarse de alcoholismo tiene que haber pasado mucho tiempo. Pero que un paciente venga a un centro de salud como este pues es otra, de alguna manera la oferta está también perfilando la demanda en beneficio de, ¿no?.**

- Exactamente, si, si, que estábamos...

**- Está claro.**

- Yo siempre he sido un defensor, más que decir: vamos a hacer campañas de prevención, para que no haya alcohólicos, porque yo creo que eso es utópico, ¿eh?, es utópico, es decir, siempre van a haber consumidores de sustancias y de alcohol va a haber, más que, bueno, que eso hay que hacerlo, hay que hacer prevención, eso indudablemente, pero que al mismo tiempo hay que hacer campañas de diagnóstico precoz, que es lo que hacemos en medicina, es decir, no buscar enfermos muy evolucionados sino ir cogiéndolos en los inicios de la enfermedad. Y yo creo que un alcohólico es tan alcohólico ya de 17 ó 18 años, fíjate lo que te digo, ¿eh?, pero es tan poco la sintomatología y quizás no sabemos cual es, que no lo detectamos, pero quizá en esa edad, estoy convencido, ya hay que hacer una fuerza.

**- ¿Aunque no tenga dependencia, quieres decir?.**

- Aunque no tenga dependencia o...

**- O teniéndola.**

- O es cuestión de más tiempo para que tengan más sintomatología, pero claro, si ahora vamos con las corrientes, que era lo que yo te decía antes, con las corrientes genitistas, que sí que hay una genética evidentemente por debajo, claro, si uno está muy predispuesto genéticamente a ser alcohólico, si además empieza a beber y en un ambiente de esto, pues yo creo que muy pronto va a crear la enfermedad. Otra cosa es que podamos distinguirla o no distinguirla, ¿eh?, y conceptos como dependencia y eso yo creo que son muy ambiguos y muy laxos, y ya te digo, porque quizás cuando se definieron era con alcohólicos que eran muy terminales y entonces ahí quizá no había ninguna duda. Pero cuando tú vas hacia atrás, es decir, ¿cuándo empieza?

**- ¿Cuándo se instaura la dependencia? Es la pregunta.**

- Exacto, ¿cuándo uno es dependiente y no es dependiente?.

**- Pero la dependencia existe, ¿o no?.**

- Evidentemente que sí.

**- Existe una dependencia, lo que no se sabe es cuándo se...**

- Cuándo se inicia o cuándo no se inicia, es decir, es tan fino la cosa esta, es decir, que esto en medicina siempre ha pasado. Pepa, vamos a ver, por ejemplo, con el test de embarazo. Hace mucho tiempo que una señora tenía que estar de un mes y tal para que las pruebas detectasen que estaba embarazada. Pues ahora ya se van detectando pues casi a las poquitas horas de estar la señora embarazada, ¿no?.

**- Si, si.**

- En el caso de los tumores, pues antes de los tumores, casi tenía que ser visible por los ojos, físicamente, y ahora se están haciendo tumores de milímetro, ¿eh? Porque hemos ido avanzando hacia un diagnóstico más precoz. Quizás con esto estamos aprendiendo, ya te digo, a hilar más fino afortunadamente.

**- Bueno, me interesa hablar contigo porque como el tema salió... Y social en el sentido de las repercusiones que tiene el alcoholismo aunque muchas veces tampoco aparecen tal cual, ¿no?. Social en ese sentido tampoco lo ves o social en el sentido de la tolerancia que hay con respecto al consumo de alcohol. En esos aspectos, o sea, social en cuanto que la norma social puede inducir a beber en otro medio con menos tolerancia hacia los consumos, a lo mejor ¿no tendría tanta importancia el medio?. Y social en el sentido de las consecuencias que repercuten en el medio social. Desde esta perspectiva, ¿cómo lo ves?.**

- Vamos a ver. Social en cuanto el medio condiciona, pues evidentemente que sí. Si es un medio como el nuestro que es facilitador, pues el consumo de alcohol es muy fácil. El consumo de heroína o de cocaína puede ser más complicado pero el del alcohol es más fácil. Es más fácil encontrar un bar que una farmacia, así de simple, y en los precios... Entonces por ahí evidentemente que sí. Lo que pasa que estamos hablando, yo creo que en el campo de las drogas hacen falta muchos debates, muchos debates serios y además honrados porque el alcohol es una droga y nadie lo

pone en duda, pero cuando tu dices a la gente: ¿usted toma alguna droga? Toda la gente te dice que no aunque sea...

**- Aunque tome alcohol.**

- Porque no lo tenemos por droga. ¿Porqué?. Porque el alcohol es una droga que se puede usar dentro de unos límites. Y esa es la cultura que tenemos. Con las demás drogas no tenemos cultura o todavía no tenemos cultura de un uso dentro de unos límites que no puedan ser perjudiciales. Entonces claro, si pudiésemos consumir cocaína y socialmente se aceptase, que se puede consumir cocaína dentro de unos límites sin ser perjudicial, pues si se pudiera consumir heroína o cannabis o todo esto, lo estaríamos viendo quizá desde otro punto de vista. Entonces claro, desde ese punto de vista es más facilitador. Desde el otro punto de vista que tu decías de repercusiones sobre la sociedad, yo creo que hay mitos que hay que desterrar, que toda enfermedad crónica, toda conlleva una distorsión del ambiente que nos rodea, ya sea familiar o ya sea social o ya sea del tipo que sea, porque yo no se como decirte, una bronquitis crónica tiene repercusiones, una insuficiencia renal tiene repercusiones; quizá no sean de la índole del alcoholismo pero haberlas hay las, ¿eh?. Quizá las del alcoholismo son específicas y tal y son más llamativas pero creo que tampoco son excepcionales. Bueno, a veces se dice mucho: es que la familia está muy..., evidentemente la familia está muy castigada, pero (no se entiende) que cualquiera de los enfermos estos (no se entiende) o por ejemplo con un Alzheimer. ¿El Alzheimer la podríamos calificar de enfermedad social?. Porque ahora hay más Alzheimer que hace 50 años, ¿eh?, ¿o es social porque alguna cosa estamos dentro de la sociedad haciendo que nos favorece que es degeneración. Y en el otro punto social que hablábamos, fíjate que gran distorsión hay en el ambiente cercano al enfermo.

**- Si, pero el Alzheimer hace unos años no se oía como ahora, o sea, no había esa conciencia de que...**

- Por eso te digo.

**- Existía, o sea, que algo ha pasado.**

- Exacto, es decir, socialmente...

**- Algo ha pasado.**

- Es decir, desde el punto de vista de la teología que tú planteabas, es decir, biológicamente algo está pasando en la sociedad que favorece la aparición de Alzheimer y además, la otra vertiente, ¿no?, la de padecer socialmente la enfermedad. Fíjate que gran repercusión tiene.

**- Si, si, o el Sida, o, si, si, en ese sentido. Entonces, bueno yo creo que ya lo has dicho antes, tú te sitúas desde el enfoque de enfermedad individual, enfoque médico...**

- No, más que médico biológico.

**- Biológico.**

- No médico, ¿eh? sino biológico (no se entiende)

**- Si, yo la palabra la he utilizado mal por...**

- Ya, porque te has...

**- Porque lo uno.**

- Ya, pero Pepa, exacto, pero es que tu dices: desde un punto de vista médico, y en seguida tenemos a los psicólogos de uñas y tenemos el botón y todo el mundo de uñas cuando, a veces, los términos generan confrontaciones. Si tu dices desde un punto de vista biológico, es decir, todo el mundo...(suena un teléfono móvil).

**- El ser humano.**

- Y yo entiendo que el ser humano es un ente. Quizá la dicotomía esa de cuerpo y alma yo no lo entiendo así, es decir, yo me visto de alma y he visto un ser humano. Entonces el ser humano es el ser humano y lo psicológico o lo médico o lo que queramos no dejan de ser nada más que reflejos de lo biológico. Por eso te decía yo que no médico sólo ni no, es decir, los síntomas, lo psicológico, al fin y al cabo no deja de ser un reflejo de lo biológico. Cada día se van conociendo más con las transmisiones nerviosas cómo funciona, los neuroreceptores, los neurotransmisores, eso lo estamos ahora conociendo que hace unos años no se conocía, con lo que es un poco lo que te estoy diciendo yo, quiero decir, qué es el pensamiento, qué son los dolores, qué es esto, qué es lo otro. Se puede justificar desde el punto de vista biológico, que hay zonas que no conocemos pero que llegará un momento que se conocerán, es decir, hay un déficit de acetilcolina, pues mira, pues pasa esto, hay un déficit de no se que, pues tal, hay una sobrecarga de no se cuántos, pues lo otro, ¿eh?, y aparecen síntomas psicológicos o médicos o como los queramos llamar, pero siempre, ¿eh?, dentro del contexto del ser humano como biológico. Por eso te decía yo que no médico sino biológico. Y así es como yo entiendo lo que es el alcoholismo, es decir, ni es médico ni es nada, sino es manifestaciones de una distorsión que tiene esa persona.

**- Está claro, está claro. Si es que me interesaba clarificar ese enfoque, ¿no?, pero está muy claro. Ahora vamos a entrar ya en la parte de la mujer alcohólica y ahí me gustaría que habláramos un poco sobre cómo ves tú las peculiaridades de su rehabilitación. Antes me has hablado un poco de que la mayoría de las alcohólicas llegan a serlo, bueno ya lo has explicado, a través de algún problema que han tenido a una determinada edad...**

- Generalmente al empezar la siguiente.

**- Si. Hay otro perfil, me parece con las chicas jóvenes que consumen otras sustancias. Y cuando me has dicho eso me ha quedado una pregunta por hacer, es decir, estas mujeres que dices que a los 28 ó 30 años es cuando, ¿son las mismas que empezaron a beber jóvenes con otra, juntando otros consumos de otras sustancias?.**

- No.

**- No. Estas llevan otra...**

- Estas era que el proceso que son la mayoría de las señoras pues empiezan a hacer un consumo social y normal, es decir, empiezan a salir con chicos, pues se toman alguna cervecita o algún cubatita muy esporádicamente, los consumos son mínimos, la mujer suele beber mucho menos que el varón, salen o después pueden beber en las comidas cuando ya son más mayores, cuando se casan, pero siempre consumos muy puntuales y muy, y muy concretos, y en un momento dado de su vida aparecen

situaciones que son, son digamos (no se entiende), no es que haya que sea acontecimientos vitales estresantes, sino es la vida cotidiana, a veces pues un poco que se sienten frustradas en el matrimonio, han puesto muchas esperanzas y ya están viviendo lo que es la monotonía del matrimonio, con los padres, al final se quedan en casa, o no se quedan en casa, y ahí hay un momento pues que, que puede aparecer una angustia, una depresión y, desgraciadamente conocen el alcohol para eso, se dan cuenta: hay, pues mira, pues me he tomado una copita, o una cervecita y parece que me alivie. Y ese mal uso pues acaba desembocando en lo que sería después una adicción. Yo creo que ese sería el perfil mayor de, grande de la mujer alcohólica.

**- Y ¿cuál es el desarrollo del alcoholismo de estas otras chicas?. ¿Las veis aquí o no?.**

- Hombre, hay otro perfil que también pasa en los varones, que son toxicómanos que se han rehabilitado, sobre todo estamos hablando de heroína, dejan la heroína y lo que hacen es que empiezan a consumir alcoholes en grandes cantidades y tal. Entonces yo creo que eso es un porcentaje más mínimo. Y ¿personas que consuman otro tipo de fármacos?. Yo creo que eso del politoxicómano un poco es confundir a la gente, es decir, que los chavales en un momento dado pues empiecen a probar el tabaco, el alcohol, los porros, los ácidos, pero son quizás consumos más experimentales o más fuera, es decir, no tan dependientes como pueda ser el consumo del alcohol o como después va a ser el consumo de heroína, es decir, que hayan tenido contacto con otras sustancias pues yo ahí no los tildaría de policonsumidores, quizá haya un perfil que por esto del policonsumidor pues pueda también confundir que son estas señoras que yo te decía antes que en un momento dado también acuden a tratamiento médico con estos síntomas y les pueden dar alguna diocipina, alguna sustancia médica o un fármaco y simultáneamente están bebiendo alcohol. Pero no desde el punto de vista de abusadores de sustancias sino de gente que está llevando otro tratamiento y además está bebiendo, pero no lo hacen ni por potenciar efectos ni por nada de nada, sino pues tenían un tratamiento y además beben.

**- Ya. Y vuelvo a lo que te había dicho antes sobre la rehabilitación de la alcohólica, o sea, ¿cómo lo ves tu con respecto a la familia, a el trabajo, las actitudes sociales...?. Especifico en la mujer.**

- Con la familia, exacto en la mujer. Con la familia, por desgracia Pepa, está en esto muy marcada y muy discriminada. Aquí cuando vienen los varones, qué poquitos vienen sin la señora y cuando vienen las señoras, qué poquitas vienen con los maridos, o sea, qué poquitas son las que sus maridos y que sigue acompañada, son muy poquitas, con lo que la familia ellas tienen poco apoyo. A veces tiene más apoyo quizá de los hijos que no de los maridos. Y de los hijos también suelen tener más bien poco apoyo.

**- A lo mejor si son hijas, ¿no?.**

- Hijas pero fíjate que a veces las que son son más inductoras que se inicie el tratamiento, o sea, presionan a la madre para que se inicie el tratamiento y una vez se ha iniciado, la abandonan a su suerte: ¡ah!, va bien, pues ala, pues que vaya ella sola a las terapias, que vaya ella sola al médico, que vaya ella sola a tal. Si eso es un hombre, la señora va con el marido a todas horas.

**- Y tú eso, ¿qué razón le das, porqué piensas que pasa eso?.**



- ¿Por qué pienso eso?. Por la discriminación que hay en este tema con las mujeres, es decir, hablando vulgarmente, es decir, una borracha es yo creo que el escalón más bajo en el que puede estar una mujer, por debajo de una puta, por debajo de todo, es una mujer borracha, y entonces el que eso, además como es un beber clandestino, que se queda en casa pues al marido, cuando va a salir eso fuera de casa, pues le da hasta vergüenza, ¿sabes?, pero es por la gran discriminación que en este campo sufre la mujer porque socialmente y culturalmente tenemos el proceder de decir: ya no alcohólica ni enferma, no, no, sino borracha, es lo peor de lo peor...

- **Eso son actitudes sociales, ¿no?**

- Actitudes sociales.

- **Ahí sí que a lo mejor determinadas campañas educativas o informativas ayudarían...**

- También hay peculiaridades, yo quiero decir que si llega también a esto, yo creo que hay que entenderlo ¿no?, que no se llega a esto porque sí, es decir, si la mujer ha ocupado hasta ahora un lugar en la casa de mantener la casa y de educar a los hijos y de cuidarlos, y el varón ha salido más fuera. Si sale fuera y trae el salario pues al fin y al cabo ha cumplido, se le puede justificar más, ¿no?, es decir, un hombre puede decir: pues mira, yo aunque (no se entiende) no beberé pero mira, el sueldo lo traigo a mi casa. Pero claro, cuando la mujer es la que bebe, cuando el marido viene y la ve en malas condiciones, ya no es que haga la faena de casa o no la haga, sino a veces la gran marca está en cómo están los niños si son pequeños, es decir, si la mujer estando en malas condiciones, acaba en malas condiciones, pues hasta la propia madre de la enferma, es decir: y tú cómo es posible que hagas eso y tengas a tus hijos abandonados y si les pasa algo ¿qué?, y tu borracha y dormida en el sofá, es decir, quizá ese componente de los hijos, de la crianza de los hijos...

- **Porque se le atribuye a la mujer porque igual incluso la mujer trabaja fuera de casa también. Pero tiene que trabajar fuera de casa y...**

- Y además criar a los hijos y educarlos. Y por ahí quizá yo entiendo que sería donde más se le podría...

- **Porque deja de cumplir su roll.**

- Exacto. Quizá más de madre que de otra cosa.

- **Y quizás entonces cuando la familia decide presionar para que se ponga en tratamiento.**

- Exacto.

- **¿ O vienen ellas...?.**

- No, generalmente vienen presionadas.

- **Vienen presionadas.**

- Sí, verás, curiosamente a los hombres quizá los presiona más a los (no se entiende) siempre los presiona más lo que es su propia familia, es decir, su mujer y los hijos lo presionan mucho y la familia de origen menos. En cambio con las mujeres

curiosamente a veces llega a ser mucha más la presión de parte de la familia de origen: de los padres o de los hermanos que quizá de su propia familia, es decir, de su marido y de sus hijos.

**- Porque se juntan, ¿no?. Tienen a juntarlos.**

- Se juntan y el marido va a la suegra y le dice: oye, mira que esto. Y la suegra va: hija pero tu cómo es posible que hagas esto, que tal, ¿eh?, y claro incita más a venir a tratamiento.

**- Y, con respecto a la rehabilitación, ¿qué dificultades piensas que tienen las mujeres por el hecho de ser mujer, eh?.**

- Yo creo que es, no por el hecho del sexo sino por la manera que ellas, estamos comentando, de cómo han ido bebiendo (no se entiende) suele ser más difícil, ¿eh? y yo creo que los resultados, lo que pasa es que no hemos hecho ningún estudio (no se entiende) quizá sea mucho peor pronóstico la mujer que el hombre. Quizá yo creo porque no resolvemos bien la situaciones de origen. Y si se vuelve a repetir o no se acaba de solucionar esos temas pues la mujer es mucho más fácil que vuelva otra vez al alcoholismo. Además como te he dicho que tienen muy poco apoyo, entonces, así como el hombre, el varón puede tener dificultades familiares pero a medida de la familia implicarse, pueden cambiar, toda la dinámica cambia, cuando es la mujer, si no vienen la familia y el marido, difícilmente puedes cambiar una dinámica familiar que a lo mejor ha sido el detonante de esos consumos, con lo que ahí nos cuesta más.

**- Pero las mujeres, ¿tienen interés en rehabilitarse?.**

- Si.

**- Si que tienen.**

- Si, muchísimo interés. Bueno, y de hecho, quizá hay unas (no se entiende) muy tóxicas, pero otras que ponen la directa desde el primer día y funcionan de maravilla. No se si has tenido contacto con el grupo este de mujeres...

**- Si.**

- Y van fantásticamente bien, es decir, la que se conciencia muy bien desde el principio y va bien, bueno es...

**- Incluso me invitaron a la cena aquella que hicisteis que tu ibas a ir me dijeron.**

- Hay si pero lo que pasa es que me tuve que reunir con (no se entiende) con aquella delegada y no puede...

**- Si, si, si, pero me invitaron: vente tal. ¿Crees que los grupos de autoayuda, bueno ya un poco lo has dicho, ¿no?, si que son importantes para su rehabilitación?.**

- Si. Pero vamos a ver, quiero decirte, todos los grupos de autoayuda no son iguales, Pepa, todo lo que hay en la viña del Señor no me sirve. No es igual un grupo de autoayuda, por llamarlo de alguna manera, o una terapia de grupo que la está dirigiendo un profesional, que un grupo de autoayuda a la deriva.

**- Sin profesional.**

- Sin profesional y ahí, eso ya no pondría yo la mano en el fuego, es decir, con profesional sí que puede ser un complemento más a lo que es el tratamiento, tampoco un tratamiento en exclusiva, sino una parte más, porque aquello de asociación entre el público de antes: todo el mundo a terapia de grupo. Todo el mundo a terapia de grupo no debe de ir porque no hay nada, nada que sea bueno para todos, ¿eh?. Hay gente que eso es totalmente contraproducente, está contraindicado, y hay otra gente que le va a venir fenomenalmente bien, le va a ir muy bien, fenomenal, y para eso sí que hay (no se entiende), ¿eh?, y además un poco también, sobre todo en las mujeres, ¿eh? por eso lo del visto bueno también que yo tenía o un poco también lo sacas de la soledad, ¿no?, del aislamiento que tiene y quizá ha sido uno de los factores de ser bien llevado y se sienten comprendidas por otras personas porque cuando hay grupos mixtos, evidentemente lo que es la dependencia y todo eso sí que se conoce y se respeta, pero esta faceta un varón no la vive igual, no la conoce. (Suenan un móvil).

- **Estábamos en lo de los grupos...**

- Grupos de autoayuda.

- Si.

- Yo lo que te he dicho, Pepa.

- **Que no todos ni...**

- No es bueno para todos. Lo que es la terapia de grupo, estamos hablando, lo que es la terapia de grupo no es bueno para todos, ¿eh?, es bueno para la inmensa mayoría y siempre y cuando haya profesionales, es decir, estas que no tienen ningún profesional pues yo la verdad es que no, no derivó a un paciente porque no creo en ellas. Y después, los grupos de autoayuda entendidos como una asociación, que puedan hacer otras actividades al margen de, pues me parece también como cualquier otra asociación que se dediquen a esa actividad. En el caso de los alcohólicos pues muy bien que hagan actividades cualquiera de la vida y tal, pero que lo hagan sin alcohol que aprendan a hacerlo, es un buen recurso, conocen a más gente, en las cenas hay un clima de estos muy agradable, se conocen matrimonios, ¿eh?. A veces los matrimonios se han quedado muy aislados, ¿sabes?, por aquello de que los problemas que da cuando se bebe y cuando en una asociación pues da pie a un poco volver la familia a relaciones sociales, conoces a otras parejas, te relacionas. Yo recuerdo que cuando hacía grupos era muy típico empezar los grupos, todo el mundo serio, y al poquito de tiempo ya empezaban las parejas a salir a cenar: salimos un sábado, pues salimos no se qué, pues tal, y otra vez un poco se abrían se resocializaban en ese sentido y eso era muy positivo evidentemente.

- **¿Tu crees que el profesional en la rehabilitación de la mujer tiene un papel muy importante en cuanto que para ella es un referente o es un...? ¿Cómo ves el papel de los profesionales?**

- Yo creo que en el caso de la mujer yo creo que es básico, ¿eh?, yo creo, sobre todo por la falta de apoyo que tiene la mujer del entorno familiar y tal y quizá el único apoyo que tiene es el del profesional gente súper adulta que la comprende, que la ayuda, que la motiva, porque creo que no hay nadie más, tampoco se puede generalizar de todos o ninguno, pero que básicamente la mayoría los únicos recursos que tienen es por parte de los profesionales, ¿eh?, es decir, creo que es un papel

súper importante y sobre todo porque también la mujer se tiene que sentir comprendida en esa faceta y es distinta, es decir, ya puede beber alcohol, puede tener una dependencia, pero no es exactamente igual a (no se entiende) y ella se da cuenta que no es exactamente igual. Ella puede depender pero no se emborracha. Por ejemplo, es muy curioso los hombres cuando beben van gastando, gastan muchísimo y encima van (no se entiende) a bebidas caras, hasta que llega un momento que no pueden pagárselos, whisky y tal, van a puticlubs, pueden llegar a gastarse 200.000 pesetas en una noche o 300.000, si en ese momento las tienen las pueden fundir perfectamente y en cambio la mujer lo que bebe, o sea, lo que beba, va a Mercadona y lo compra de oferta. Si bebe ginebra siempre va a la oferta de Mercadona a la más barata, si bebe cerveza, a la que está de oferta, si bebe vino al brick de Don Simón al más barato, ¿eh?, cosa que el hombre eso lo hace cuando ya no puede más, ¿eh?, pero si tiene poder, pues si puede beber un whisky, no se bebe un vino Don Simón. En cambio la mujer siempre busca la bebida más barata que hay, ¿eh?. Por eso digo la culpa que tiene por toda una serie de cosas, claro, y esto son matices pues que, que hay que comprenderlos, ¿no? y hay que entenderlos. Si la mujer, si el profesional los conoce y la entiende pues ella se siente más relajada, se siente apoyada, ¿eh?, cosa que a lo mejor en un grupo si no es de mujeres, estos matices no salen porque los compañeros alcohólicos no lo saben, ¿eh?, o sea, todos estamos en el mismo barco. Sí, pero los camarotes son distintos ¿eh?, hay una proa y una popa y eso. Yo creo que si que en el caso este es muy importante la mujer.

**- ¿Tu crees que es imprescindible la abstinencia total para conseguir la rehabilitación?**

- Vamos a ver. Yo no me planteo, entendiendo la abstinencia el tratamiento de un alcohólico. Yo me lo planteo en términos de ganancia de la calidad de vida, es decir, si un alcohólico va ganando calidad de vida y gana calidad de vida, eso es lo importante y adonde tiene que llegar el tratamiento, beba, no beba, o deje de beber o haga consumos esporádicos o lo que sea. Eso es lo menos importante. Lo más importante es que esa persona gane en calidad de vida. Si gana en calidad de vida, hemos conseguido el objetivo. Si para eso se ha tenido que llegar a una abstinencia total, bueno. Pero si ha habido consumos o hay algún consumo o en el futuro puede haber un consumo controlado, un beber controlado, yo creo que siempre y cuando se consiga el objetivo de aumento en calidad de vida, eso es lo que tiene que primar sobre todo lo demás, ¿eh?. No la abstinencia privada porque esa ha sido quizá una cosa de las antiguas y que hoy en día pues cada vez va pasando. También estamos predicando evidentemente lo que es la abstinencia pero no, no, cómo te diría yo, no castigamos tanto los consumos o no le damos la importancia que hace unos años, 15 años, 20 años, se le daba a un consumo o a una recaída, porque fíjate, mira lo que estábamos hablando de enfermedad social y de todo esto. La palabra recaída. Recaída, ¿a qué te suena a ti?

**- A fallo, a volver atrás...**

- A concepto moral.

**- Si, también.**

- En cualquier enfermedad no se dice: hay una recaída. Cualquier enfermedad crónica dice: hay una rehabilitación del proceso. Y aquí con el alcohol decimos: hay una recaída, ¿eh?. Fíjate como a veces también los profesionales y los recursos, que estamos dando un concepto selectivo de la enfermedad del propio paciente, ¿eh?, pero que estamos ahí por volver otra vez...Yo creo que el consumo o no consumo es una cosa secundaria.

- **¿Cómo definirías tú un alcohólico?. Para ti, ¿qué es un alcohólico?.**

- Yo es que mira, yo eso lo he discutido mucho...

- **Porque hay una definición de la Organización Mundial de la Salud donde se M4...**

- Yo creo que esas no son nada operativas y el tener que relacionar a un paciente con eso yo creo que no es en absoluto relativo. A mí quizá la que más me gusta es una definición de los años 50 era una que venía a decir que el alcohólico era aquella persona a la que los consumos de alcohol le causaban daño tanto en lo físico, en lo psicológico, en lo familiar, en lo social o en cualquier faceta de su vida. Yo creo que eso sería la...

- **¿Esa definición no venía de Castilla del Pino?.**

- No, esa venía de un francés...

- **¿Fouquet?. Fouquet.**

- Fouquet o era...

- **No Castilla, no Castilla del Pino decía era alcohólico aquella persona que en algún momento de su vida necesita de tomar alcohol para modificar su, la realidad que tiene delante, la percepción..., algo así, es decir, era mucho más estricta claro.**

- Pero yo, yo, vamos a ver...

- **Esa es la de Castilla. Este es Fouquet.**

- Fouquet. Y entonces después no ha habido más que han ido por esa línea pero esa definición que tú me has dicho, el alcohólico es que no quiere modificar nada, cuando uno empieza a beber no quiere modificar nada, sino se bebe por aquello de lo social.

- **Ya, ya. Por ejemplo, tú tienes claro una, en ese sentido tú tendrías que dar una conferencia y dices: dame un cubata para estar más animado, pues ya tendrías, se podría decir que eras alcohólico.**

- Bien, sí, se podría decir...

- **Era en ese sentido.**

- Porque tiene una dependencia, sería una inferioridad y tal.

- **Porque no das la conferencia sin el alcohol o no tienes que contar eso..., eso era como lo definía...**

- También. Yo me inclinaría más por lo que te estoy diciendo. Y quizá un concepto moderno traducido de eso son lo que se llama PRA, es decir, Problemas Relacionados con el Alcohol, que no viene a ser nada más que la traducción moderna a esta definición que te decía, es decir, es un problema relacionado con el alcohol, pues cualquier problema que uno tiene por consecuencia de beber alcohol. Con el tiempo van a cambiar porque por ejemplo, los problemas de tráfico pues hace

200 años me imagino que no los tendrían, ¿eh?, y es una cosa mucho más operativa y mucho más dinámica que no andar buscando a uno y decir: oiga mire, pues usted es un alcohólico, eso al fin y al cabo no deja de ser un juicio, un juicio diagnóstico que hace un profesional y le pone a un paciente.

**- La etiqueta.**

- Exacto, mientras que los problemas relacionados con el alcohol tú no se los pones al paciente, el paciente te los dice a ti: mire que he tenido una alcoholemia, mire que mi mujer me reniega, mire que en el trabajo tal, mire que no se que, mira que tengo calambres en las piernas, mira que por la mañana vomito, tal, los análisis, las alteraciones bioquímicas, es decir, son problemas objetivos con los que el paciente perfectamente entiende y no rechaza, mientras que otro puede decir: usted es alcohólico porque usted depende, pues el paciente puede decir: oiga pues no dependo porque me lo puedo dejar y no entiende...

**- Claro, y además está relacionado, por eso te lo he preguntado, con el tema de la abstinencia de por vida, o sea, si hay una dependencia consecuentemente parece ser que debe haber una abstinencia...**

- Parece ser es lo que se ha dicho siempre, yo no se si será verdad o a largo plazo no será tan verdad o puede que haya resquicio que no sea tan cierto esto, no lo se. Como estamos solamente con...(se termina la cinta)...un poco los problemas relacionados con el alcohol: tu bebes, no tienes problemas pues bebe, ¿no?.

**- Si, claro, como todos los que bebemos y...**

- Como tú eres el que bebes y no te perjudica, pues puedes beber. Si te perjudica, pues no puedes beber como estás bebiendo, tendrás que beber de otra manera o no beber. Entonces ya te digo, que lo importante no es el hecho de beber, sino lo importante es las consecuencias que tiene, que al fin y al cabo se traduce en una calidad de vida.

**- ¿Tu crees que las, bueno las mujeres alcohólicas, esto si que me imagino que es común entre mujeres u hombres, ¿no?, pueden beber de una manera controlada sin un apoyo terapéutico, sin el apoyo del profesional?. ¿Has tenido experiencias...?.**

- ¿Las mujeres alcohólicas?.

**- Las mujeres, si.**

- Algunas si que, no todas. Después de un tratamiento, ¿eh?, después de un tratamiento, sí que hay alguna que tenemos todavía contacto con ellas que están haciendo unos consumos muy controlados de su consumo.

**- Ellas, ellas mismas, o sea...**

- Ellas mismas o desde un tratamiento de aquí, es decir, en un momento dado ya hay un tratamiento en el que el guión: yo en un futuro quiero verme aquí, pero en un futuro. Cuando tú me digas que ya entonces puedo ir. Y pasa un tiempo y ya está bien de su proceso, y entonces: voy a empezar a hacer consumos de tal manera, ya un poco lo pactas y esto, y alguna paciente sí que tenemos que está haciendo ya durante varios años consumos muy preparados y muy moderados, ¿eh?.

- **Bueno, pues bien, si, ya solo me falta preguntarte que ¿cómo te has encontrado haciendo la entrevista, como te has...?.**

- Muy cómodo.

- **Muy cómodo.**

- Aunque está el cacharrín ese, muy cómodo.

- **Bueno, pues me alegro, muchas gracias.**

- De nada, bonita.

- **¿Quieres añadir algo, alguna cosa que...?.**

- No, yo creo que no, que lo hemos hablado casi todo. Bueno, si acaso, quizá esto ya lo hemos hablado, ¿no?, ya lo hablamos cuando nos vimos la primera vez, que afortunadamente yo creo que ha cambiado muchísimo en poco tiempo lo que es tanto los conceptos de alcohol, de alcoholismo y de tratamiento y quizá todo esto se va traduciendo pues en, en nuevos elementos de tratamiento, nuevas estructuras de tratamiento, yo creo que sensibilización de la sociedad con respecto a los daños de alcohol, y que es muy positivo, más que hablar de alcohólico, ¿eh?, cuando se dan mensajes, hablar de problemas con el alcohol, porque eso la gente sí que lo entiende, y sí que la gente, si él piensa que va a venir a un recurso, por ejemplo como este y le van a decir usted es alcohólico o no es alcohólico, eso puede crear distanciamiento, pero si va a un sitio donde le van a evaluar si tiene problemas con el alcohol o no tiene problemas con el alcohol, y si en caso de tener problemas, qué solución tiene, la gente ya cambia, es decir, parece un juego de palabras pero no es un juego de palabras y aquí estamos viendo cada día más, la gente sigue viniendo, gente alcohólica, como tal alcohólica, pero gente que viene: usted, ¿a qué viene?. Mire, que me han mandado x, quien sea, a ver si yo tengo un problema con el alcohol porque me han salido las transaminasas elevadas o por esto, o por lo otro, o por lo de más allá. Y esta ha sido mi terapia, yo creo que ha dado un cambio bastante demostrativo en los últimos tiempos, quizá en los últimos 5 ó 6 años que ha evolucionado mucho y quizá estamos todavía con un proceso de cambio y de evolución y yo creo que para mejor afortunadamente.

- **¿Cómo acceden aquí, es que ahora, las personas directamente o a través de...?.**

- Aquí cuando se hizo lo de las UCAS, cuando se pensó lo de la estructura de las UCAS, se dio las máximas facilidades, es decir, ningún impedimento burocrático para venir aquí, pueden venir directamente en persona, puede venir un familiar, pueden llamar por teléfono, lo puede remitir un médico de cabecera, grupos de urgencia del hospital, siempre que haya una demanda de cualquier sitio y el paciente acepte venir, ese ya está aquí, no hay ningún requisito ni ninguna burocracia, para esto no hace falta volante del médico, no hace falta nada. Están las puertas súper abiertas para facilitar que la gente pueda venir.

- **Muy bien. Bueno pues gracias, Chimo.**

- De nada Pepa.

**ANEXO IV**  
**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS**  
**MUJERES ALCOHÓLICAS**





## **ANEXO IV**

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES ALCOHÓLICAS**

#### **RELATO N°1**

Edad: 38 años.

Profesión: abogada.

Trabajo: no trabaja.

Familia actual: tiene pareja (alcohólico), y un hijo.

Tiempo de abstinencia: menos de un mes.

#### **RELATO N°2**

Edad: 39 años.

Profesión: Diplomada en enfermería sin acabar.

Trabajo: dentro del hogar.

Familia actual: pareja (toxicómano).

Tiempo de abstinencia: menos de un mes.

#### **RELATO N°3**

Edad: más de 50 años.

Profesión: ama de casa.

Trabajo: fuera del hogar.

Familia actual: marido, tres hijos y una nieta.

Tiempo de abstinencia: un mes.

#### **RELATO N°4**

Edad: 44 años.

Profesión: ama de casa.

Trabajo: en una empresa.

Familia actual: separada del marido. Vive con dos hijos.

Tiempo de abstinencia: un mes.

#### **RELATO N°5**

Edad: 39 años.

Profesión: auxiliar de clínica.

Trabajo: auxiliar de clínica

Familia actual: padres. (Soltera)

Tiempo de abstinencia: entre un mes y seis meses.

#### **RELATO N°6**

Edad: 52

Profesión: Diplomada Universitaria en Enfermería (DUE)

Trabajo: enfermera

Familia actual: hijo. (Separada)

Tiempo de abstinencia: entre un mes y seis meses.

#### **RELATO N°7**

Edad: 27

Profesión: teleoperadora

Trabajo: teleoperadora

Familia actual: madre. (Soltera)

Tiempo de abstinencia: entre un mes y seis meses.

#### **RELATO N°8**

Edad: 48

Profesión: metalúrgica

Trabajo: análisis de tornillos.

Familia actual: separada.

Tiempo de abstinencia: seis meses.

**RELATO N°9**

Edad: 45.

Profesión: ama de casa

Trabajo: dentro del hogar.

Familia: marido y una hija.

Tiempo de abstinencia: nueve meses.

**RELATO N°10**

Edad: 30.

Profesión: panadera.

Trabajo: en un horno familiar.

Familia: marido y un hijo.

Tiempo de abstinencia: un año.

**RELATO N°11**

Edad: más de 40 años.

Profesión: limpiadora.

Trabajo: como limpiadora en un Centro de Salud.

Familia: marido y dos hijos.

Tiempo de abstinencia: trece meses.

**RELATO N°12**

Edad: 40.

Profesión: ama de casa.

Trabajo: cuidadora de personas mayores.

Familia: separada con tres hijos. Tiene pareja.

Tiempo de abstinencia: más de dos años.

**RELATO N°13**

Edad: 48.

Profesión: auxiliar administrativa y auxiliar de enfermería.

Trabajo: auxiliar de enfermería.

Familia: está divorciada, tiene una hija.

Tiempo de abstinencia: más de dos años.

**RELATO N°14**

Edad: más de 50 años.

Profesión: ama de casa.

Trabajo: en el hogar.

Familia: marido y dos hijos.

Tiempo de abstinencia: diez años.

**RELATO N°15**

Edad: más de 50 años.

Profesión: Titulación de Derecho sin terminar.

Trabajo: coordinadora de entrevistadores.

Familia: es soltera. Tiene una hermana.

Tiempo de abstinencia: más de diez años.

**CC. Socials**

Vie 30 Nov 2007 09:25am

Recibido. El ejemplar tiene una  
reserva a recoger en CC. Social:

Cuando llegue a CC. Socials, po  
favor devuelva el ejemplar para  
activar la reserva.

TITLE: El alcoholismo femenino : una persp

CALL NUMBER: BID.T 08022 m

BARCODE: 0001448236

ITEM STATUS: EN TRANSITO

STAT GROUP: 41