

**ALCOHOLISMO FEMENINO. FACTORES
SOCIALES Y POLÍTICAS
INSTITUCIONALES**

Alumno: Miguel Ángel Prieto López.

Asignatura: Trabajo de Fin de Master

Tutora académica: Dra. Elvira Sanz Tolosana

Curso 2011/2012. Dinámicas de Cambio en las Sociedades Modernas Avanzadas

Departamento de Sociología. Universidad Pública de Navarra.

Correo electrónico: //////////////////////////////////////

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	7
3. METODOLOGÍA	9
4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
4.1 Etapa asintomática (Antes de 1950)	15
4.2 Etapa germinal (1950-1972)	16
4.3. Etapa expansiva (1972-1985)	18
4.4 Etapa de nuevos enfoques (1985-actualidad)	19
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. Alcoholismo y anomía social	27
5.2. Alcoholismo e interaccionismo simbólico	31
6. DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA	
6.1. Prevalencia de consumo	35
6.2. El consumo de alcohol en la adolescencia	38
6.3. Consumo de alcohol y clase social	40
6.4. Consumo de alcohol y mortalidad	41
6.5. Síntesis	44
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
7.1. Factores sociales presentes en el alcoholismo femenino	
7.1.1. El consumo en la sombra	45
7.1.2. La dependencia	46
7.1.3. La socialización, eje de la desviación	47
7.1.4. La violencia en las mujeres alcohólicas	51
7.2. Respuestas, tratamientos y políticas de actuación de las instituciones	52

7.2.1. El alcoholismo femenino en las políticas institucionales	55
7.2.1.1. Legislación	
a) España	56
b) Navarra	59
7.2.1.2. Campañas de divulgación informativa y políticas de actuación	
a) España	61
b) Navarra	66
7.3. Síntesis	70
8. CONCLUSIONES	72
9. BIBLIOGRAFÍA	78
10. ANEXOS	
10.1. Mortalidad por cirrosis hepática en hombres por comunidades autónomas 1978-1992	82
10.2. Mortalidad por cirrosis hepática en mujeres por comunidades autónomas 1978-1992	83
10.3. Campañas de divulgación informativa institucionales	84

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene su origen en experiencias previas del entorno social del autor que sirvieron para formular las reflexiones que se verán en este trabajo. El germen de dicho trabajo reside en el hecho de que el consumo de alcohol se ha convertido en un aspecto fundamental de los estilos de vida de las sociedades occidentales, y más concretamente, en la sociedad española. El alcohol ha pasado a ser una pauta cultural (aunque quizás nunca dejó de serlo) donde interactúan distintos factores como el ocio, las relaciones interpersonales, la edad, el sexo o la clase social.

Se trata de un modelo de conducta donde el componente social está presente y cuyo consumo incontrolado puede desembocar en consecuencias no deseadas. Pero para el conjunto de la sociedad esto no presenta problema alguno. Parece haber una mayor permisividad social y tolerancia hacia el alcohol que en otros países del entorno europeo, especialmente si la comparamos con los países escandinavos y centroeuropeos donde la diferencia es más acusada. De igual manera hay que señalar que a las drogas legales como el alcohol y tabaco, se les atribuye un mayor número de muertes que a las ilegales, así como un mayor número de enfermedades derivadas, una menor esperanza de vida y cuantiosos costes sociales y económicos (López, 2005). Estos fueron los aspectos que más me chocaron en el inicio de la investigación unido al hecho de que el alcohol es considerado una sustancia psicoactiva, equiparándolo al nivel de drogas ilegales duras como el hachís o la cocaína.

Esta asociación alcohol-droga tiene su origen en las causas y consecuencias que las drogas tienen sobre sus usuarios: aquellas cuyo uso regular (cotidiano o no) produce cierto grado de tolerancia y de dependencia. La peculiaridad del alcohol reside en que su consumo es prácticamente legal en todo el mundo - aunque obviamente está sujeto a las distintas regulaciones, normativas y restricciones de cada país-. No es visto como una droga capaz de inhibir la voluntad personal y es aquí, donde reside uno de los principales peligros y dificultades a la hora de controlarlo y plantear soluciones.

En el consumo de alcohol están presentes una serie de particularidades que lo hacen diferente. Mientras que en el resto de sustancias psicoactivas el consumo se

realiza únicamente en base a los resultados que se esperan obtener (nivel instrumental), el alcohol puede tener una finalidad principalmente expresiva (placer) además del carácter instrumental. Estos efectos varían en función de la persona que lo ingiere, así por ejemplo encontramos a gente que ingiere gran cantidad de alcohol y no presenta síntomas, y encontramos el ejemplo contrario, personas que ingieren una dosis ínfima de alcohol y los efectos que presenta pueden llegar a ser extremos.

En el consumo del alcohol están implicados una serie de factores sociales que posibilitan la producción de elementos culturales y que influyen decisivamente en la relación de los individuos con éste. Ejemplos de esto lo encontramos en las sociedades islámicas donde la venta y consumo de alcohol han sido prohibidas por las autoridades y son vistas como signo de decadencia, o también la Ley Seca que se impuso en Estados Unidos entre 1919 y 1933. Otras sociedades en cambio transformaron sus pautas de consumo cuando el alcohol se introdujo en ellas y experimentaron epidemias de alcoholismo que han afectado gravemente a sus condiciones de salud y a sus formas de vida tradicionales (Escohotado, 1989). La carga social que el alcoholismo tiene en nuestra sociedad es por tanto realmente notoria, a menudo se le asocia con el concepto de vicio, un vicio en el que las personas afectadas pasan a convertirse en problemas sociales, en “desviados sociales” que afectan al funcionamiento de la sociedad como conjunto.

Dentro de estos factores sociales se incluyen los factores de género. El alcoholismo femenino presenta un carácter multicausal que fomenta la aparición de desigualdades sociales entre ambos sexos. El sesgo de género en las instituciones dedicadas al tratamiento de esta adicción es indefinido y superficial, al igual que en los estudios sobre este tema. Da la sensación de que en el alcoholismo únicamente hay espacio para el género masculino y no hay lugar para el femenino debido a los prejuicios y estereotipos sociales vigentes en la sociedad. Debido a ello no se reconocen las necesidades específicas del colectivo de las mujeres alcohólicas, y las políticas de actuación, servicios-pautas de atención, prevención, rehabilitación y asistencial parecen estar enfocadas única y exclusivamente a los hombres, lo que dificulta el tratamiento a las pacientes por medio de barreras socio-estructurales añadidas.

En el estudio realizado se observa que las mujeres alcohólicas tienden a utilizar menos los servicios de atención que los hombres y expresan no sentirse acogidas, comprendidas ni apoyadas. El ocultismo y la vergüenza experimentada por ellas, fruto de los convencionalismos sociales a los que están expuestas, junto con el miedo a que estas intervenciones les separe de sus familias y allegados, les disuade de someterse a tratamiento terapéutico. Las propias mujeres son conscientes de la imagen, estereotipada que funciona sobre ellas, y del imaginario social en el que están inmersas, tanto ellas como sus familiares como los profesionales que les atienden. Se trata de un imaginario social que ve a la mujer alcohólica como sinónimo de una mujer degradada, física y moralmente, se le tacha de delincuente, de prostituta, pero sobretodo de fracasada social. Lo característico en estas mujeres es su baja autoestima, la desesperanza y la interiorización en su estructura mental de este estigma al que se ven sometidas. En resumen, el papel que el género juega y moldea en la mujer alcohólica es determinante a la hora de entender el problema en su conjunto, y es a través de este análisis por el que se van a ir viendo los distintos aspectos que ello conlleva.

El ámbito geográfico de este estudio se circunscribe a España como ámbito geográfico principal y a Navarra. Dadas las características del alcoholismo y su perduración a lo largo de prácticamente toda la vida humana, se ha limitado el rango de edad de la mujer alcohólica desde los años en los que se empieza a consumir alcohol (12-13 años) hasta los 64 años, edad en la que se ciñen las distintas fuentes consultadas. Ello no quita para que si se da algún caso relevante fuera de ese rango, se incorpore dicha información al conjunto del estudio. La estructura que esta investigación seguirá es la siguiente:

- Antecedentes históricos del alcoholismo. Situación social, respuesta de las instituciones y políticas de actuación.
- Marco teórico. Concepciones, atribuciones y formulaciones teóricas.
- Diagnóstico del alcoholismo en la actualidad.
- Metodología. Factores asociados y respuesta y tratamiento de las instituciones.
- Análisis de resultados y conclusiones

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivo general

Investigar la carga social y cultural en la que se encuentra inmersa la mujer alcohólica, considerada determinante a la hora de establecer el conjunto de factores sociales que influyen en ella, y conocer la respuesta ofrecida por las instituciones en cuanto a su tratamiento y políticas de actuación.

2.2. Objetivos específicos:

- Contextualizar la situación del alcoholismo en España en sus diferentes épocas históricas, así como la respuesta ofrecida por las instituciones en cada momento histórico.
- Establecer, mediante un diagnóstico previo, las diferencias existentes en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, permitiendo sentar las bases del objeto de estudio de este trabajo.
- Averiguar cuáles son los factores y elementos discriminantes que entran en juego al hablar del alcoholismo femenino respecto al masculino.
- Establecer una categorización de mujeres alcohólicas.
- Analizar las políticas de actuación y campañas de divulgación informativa que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales ofrecen a las mujeres alcohólicas.
- Aportar un mayor conocimiento para conseguir la optimización de recursos y servicios en el tratamiento del alcoholismo femenino en términos de eficiencia y eficacia.

2.3. Hipótesis

- La socialización en la que se ha inculcado la mujer, entre otros factores, representa una importante barrera a la hora de establecer su normalización y afrontarla como problema.

- Variables como el sexo, la edad, la posición social o la edad de inicio del consumo de alcohol varían entre hombres y mujeres. Se plantea la posibilidad de que la edad de inicio de consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres, que se empieza a consumir antes que hace unos años y en mayor proporción, y que son los hombres los que beben más frecuentemente pero son las mujeres las que beben en mayor cantidad, sentando los precedentes de un futuro alcoholismo en el individuo.

- Se considera que las mujeres jóvenes están adoptando patrones de consumo masculinos, debido a factores como la incorporación de la mujer al mercado laboral y a la progresiva igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

- La clase social aparece como un factor ineludible en el grado de consumo de alcohol de cada persona. Se considera que son las personas de clase social más baja las que presentan un mayor consumo en detrimento de las clases sociales altas.

- La sociedad presenta un modelo predominante de varón alcohólico, todo aquello que se aleje de este prototipo es visto como algo no natural, como una “desviación social”.

- Las instituciones reproducen la diferenciación entre hombres y mujeres alcohólicos aludiendo a roles sociales.

- Las instituciones a través de sus programas de tratamiento, rehabilitación y terapia no establecen unas líneas de actuación que permitan tratar el alcoholismo femenino de una manera adecuada.

- Existe un traspaso palpable de responsabilidades en el tratamiento del alcoholismo femenino, de instituciones públicas a instituciones privadas

3. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo se ha dividido en tres apartados principales: a) análisis e interpretación de fuentes estadísticas, y b) observación, recopilación y análisis de literatura gris en relación a estrategias, políticas, programas y campañas de divulgación informativa, y c) legislación. Las principales bases de datos utilizadas han sido la Web of Knowledge, ISOC, Springerlink, y Scielo. La revisión bibliográfica utilizada incluye aportaciones como las de Gómez Moya, Ettore, Gil y Regidor sobre el alcoholismo, y autores clásicos como Goffman, Durkheim, Parsons, Mead o Merton, entre otros. Los materiales utilizados en cada uno de los tres apartados son los siguientes:

a) Fuentes estadísticas.

Para la realización del diagnóstico del alcoholismo en España se han utilizado dos fuentes principales para la extracción de datos y su posterior explotación e interpretación: el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los datos con los que se ha trabajado son los más recientes que se han encontrado y se detallan a continuación:

- Estadística de defunciones según la causa de muerte 2010. Proporcionan información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción.
- Encuesta nacional de salud 2006. Apartado de estilos de vida y prácticas preventivas. Dirigida a las familias, su finalidad principal es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de la ciudadanía.

Dados nuestros objetivos de investigación también se procedió a consultar la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hallando información de gran interés:

- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2008): elaborada por el Observatorio Español sobre

Drogas. Se trata de una iniciativa que ha venido realizándose en España de forma bienal desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. El objetivo general de las mismas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2009): elaborada por el Observatorio Español sobre Drogas. Está dirigida a la población de entre 15 y 64 años. Tiene como objetivo más importante conocer el consumo de las distintas drogas, analizando también otros aspectos relacionados, como son las características sociodemográficas, los patrones de consumo, la opinión y la percepción de riesgo de los ciudadanos y la disponibilidad de las diversas sustancias psicoactivas.
- Informe de Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003, en España: elaborado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona para el Observatorio de Salud de la Mujer.

Una tercera fuente estadística consultada fue la Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, que cuenta con el estudio del Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Desglosa por comunidades autónomas las muertes atribuidas al cáncer y a otras causas permitiendo su comparación y análisis.

b) Fuentes de literatura gris:

Se estableció una doble tipología atendiendo por un lado al ámbito geográfico: España y Navarra, y por otro lado al tipo de institución: gubernamental o no gubernamental. Se realizó esta diferenciación por si se hallaban diferencias significativas entre una y otra. Bajo estas líneas se concretan las líneas de investigación realizadas.

- Campañas de divulgación informativa y políticas de actuación. Se ha delimitado su estudio a todas aquellas campañas de sensibilización y concienciación, distribuidas a través de folletos y/o carteles informativos en formato digital, orientados a prevenir y alertar sobre el consumo de alcohol. Temporalmente se ha delimitado la investigación a los últimos 12 años, desde el año 2000. A nivel nacional se ha revisado las campañas pertenecientes a la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que remitían al Plan nacional sobre Drogas y al Observatorio Español sobre Drogas. A nivel de Navarra se ha revisado la página web del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. A nivel no gubernamental se seleccionaron cuatro organismos: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (F.A.D.), Alcohólicos Anónimos (A.A), Cruz Roja y Cáritas. A continuación se procedió a distribuir aleatoriamente estos organismos por ámbito geográfico: España o Navarra.

Al margen de estas campañas informativas, el Ministerio cuenta con otras herramientas como vídeos (Septiembre de 2005, Campaña para prevenir el consumo de alcohol entre los jóvenes, ¿Qué quieres conseguir con el alcohol?) o páginas web específicas (El alcohol y tú: ¿limitas o te limita?), pero no se han tenido en cuenta en la investigación. También se ha consultado otras fuentes procedentes del gobierno de España como la Dirección General de Tráfico pero tanto los vídeos como los folletos informativos se alejaban del objeto del estudio y se centraban en la conducción de vehículos bajo efectos del alcohol así como en campañas de control de alcoholemia en fechas clave del año como Navidad, Semana Santa..., por lo que se optó por no incluirlos en el estudio final. A modo de síntesis en las siguientes líneas se reúnen las fuentes de literatura gris consultadas:

- Campañas de divulgación informativa
 - España
 - Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo
 - Campaña 2006 – El alcohol puede llevarte lejos
 - Campaña 2007 – Alcohol y menores: El alcohol te destroza por partida doble
 - Campaña 2010 – Embarazadas cero alcohol
 - Campaña 2011 – Esto no debería ser normal

- Cruz Roja Española
 - Campaña 2010 - Yo Controlo
 - Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención 2010
 - Campaña 2011 - Sigamos caminando por la igualdad
 - Juego interactivo – Con las drogas no te la juegues del año 2012

- Fundación Ayuda contra Drogadicción (FAD)
 - Campaña 2000 - Drogas. Mejor sin ellas
 - Campaña 2010 – No siempre se tiene tanta suerte, no juegues con drogas
 - Campaña 2011 - Sabes dónde empieza la diversión, pero no dónde puede acabar
 - Campaña 2011 - ¿Qué debemos hacer con el alcohol?
 - Campaña 2012 – El tiempo que le dedicas al alcohol, se lo quitas a todo lo demás

- Navarra
 - Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
 - Campaña 2006 – No pierdas el control. Dirige tu propia vida
 - Mujer y Drogas del Catálogo de materiales del Gobierno de Navarra, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

 - Alcohólicos Anónimos
 - A.A. para la mujer
 - Un mensaje a los jóvenes
 - Carta a una mujer alcohólica

 - Cáritas

c) **Legislación:** Se estableció una doble tipología atendiendo al ámbito geográfico: España y Navarra, y al tipo de institución: gubernamental o no gubernamental. Temporalmente se ha delimitado la investigación a los últimos 20 años, desde 1990. A nivel de España, con el fin de delimitar el campo de estudio, se revisaron leyes, decretos, normativas, reglamentos, cartera de servicios y protocolos de actuación correspondientes al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en formato digital. Se optó por consultar toda aquella legislación que contuviera información relevante sobre el trato de las instituciones al alcoholismo femenino. A nivel de Navarra, la legislación se analizó en base a los documentos disponibles en la página web del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, como planes de acción y leyes. A nivel no gubernamental se han analizado los estatutos disponibles digitalmente de cada uno de ellos sin obtener resultado alguno. Por ello no se ha incluido un apartado específico en la sección de análisis y resultados. En el caso de Alcohólicos Anónimos no hay estatutos que digan la estructura a seguir o la forma de proceder de sus miembros, por lo que su estudio no ha sido posible. El trabajo de campo realizado es el siguiente:

- España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
 - Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
 - Carta Europea sobre el Alcohol de 1995
 - Declaración de Estocolmo de 1995
 - Estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol del año 2001
 - Recomendación del Consejo sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, y en particular, niños, niñas y adolescentes del año 2001
 - Plan Europeo de actuación sobre el Alcohol 2000-2005
 - Plan Europeo de actuación contra el alcohol 2012-2020
 - Reglamento General Orgánico de Cruz Roja Española, del 28 de junio de 1997
 - FAD (2011), Estatutos fundación de ayuda contra la drogadicción
- Navarra: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

- Plan Foral de Drogodependencias de 1992
- Plan foral de atención sociosanitaria del año 2000
- Plan de Salud de Navarra 2001-2005
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012
- Estatuto de Cáritas Pamplona-Tudela

Uno de los objetivos iniciales fue obtener datos y conocer los protocolos de actuación de las mismas instituciones para conocer de primera mano si se cumple o no la inadecuación en el alcoholismo femenino, pero no han sido facilitados por los propios organismos, por lo que se optó por hacer un análisis del material disponible en las páginas web nuevamente. En el caso de las políticas de actuación del Gobierno de Navarra se solicitó información al Instituto de Salud Pública, para averiguar si la carencia de datos se debía a que no estaban digitalizados y se encontraban en formato papel exclusivamente. En los momentos de redactar estas líneas todavía no se ha obtenido una respuesta de su parte.

4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El tratamiento e importancia que se le ha dado al alcohol en España no ha permanecido invariable en los últimos sesenta años, sino todo lo contrario, los distintos eventos sociales que han ocurrido en este país han permitido configurar y abarcar nuevos enfoques que hasta ese momento no se habían llegado a considerar. España presenta una serie de características que incluyen aspectos culturales, económicos y sociales que posibilitaron la asimetría y el retraso del país a la hora de abordar las distintas políticas y estrategias en el tratamiento y rehabilitación del alcoholismo. A esto hay que añadirle la influencia que ejercieron las distintas escuelas de otros países como la anglosajona, la francesa o la alemana, con una mayor experiencia en el campo asistencial y preventivo. Conviene distinguir cuatro etapas (Torres *et cols*, 2009): a) Antes de 1950, b) 1950-1972, c) 1972-1985 y d) 1985-actualidad. 1950 es el momento histórico donde se empieza a documentar y a recoger mayor número de fuentes de información, por lo que se ha tenido en cuenta como punto de inflexión.

a) Etapa asintomática (Antes de 1950)

En esos años la investigación sociológica sobre el alcoholismo y la asistencia preventiva-terapéutica tal y como las conocemos hoy en día, eran inexistentes al no haber una concienciación sobre dicho problema. Hasta 1960 no hubo en España una política de internamiento u hospitalización para pacientes con problemas alcohólicos y derivados de él. Hasta esa fecha simplemente se les consideraba enfermos mentales, no había una percepción del problema como tal, y los manicomios y centros de beneficencia ejercían como centros de rehabilitación y custodia.

En los años treinta se promulgó la Ley de Internamiento del Enfermo Psíquico en la que se señalaba que todos aquellos pacientes alcohólicos que no pudieran ser rehabilitados serían ingresados de manera irrevocable en un centro habilitado para ello. Esta Ley estuvo vigente hasta 1983. Otro plan fue el de Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías en 1935, que no llegó a estar operativo por la contienda de la guerra civil. Estos dispensarios sí que llegaron a operar en la década de los cuarenta pero fue una experiencia difícil de llevar cabo por la escasez de personal asistencial y por su alcance limitado. Se les considera el germen de las escuelas y grupos de psiquiatras especializados posteriormente en el alcoholismo.

Una ley que tuvo mucha repercusión fue la Ley de Vagos y Maleantes de 1933 durante el gobierno de la República que intentaba prevenir las complicaciones sociales de problemas con raíces psicopatológicas como el alcoholismo. En ella se hacía referencia a personas ebrias, que suministrasen alcohol a adultos o menores y en caso de ser condenados se les remitía a las colonias de trabajo, medidas de custodia o a estancias en casas de templanza.

En 1944 se instauró el Seguro Obligatorio de Enfermedad de carácter preventivo, cuyos resultados no fueron nunca satisfactorios al no haber suficiente personal cualificado. Los pacientes alcohólicos eran remitidos a consultas de medicina general o digestiva, dado que su dependencia pocas veces era observada. Los pocos a los que se les diagnosticaba eran enviados a las unidades de psiquiatría que a su vez les remitían a hospitales psiquiátricos, los cuales en el fondo seguían siendo actuando como los antiguos manicomios.

b) Etapa germinal (1950-1972)

Época caracterizada por la inexistencia de relación y coordinación de cualquier tipo entre los niveles asistenciales hospitalario y extrahospitalario, entre centros que operaban dentro de la red de Sanidad y del PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), y aquellos externos como los dispensarios antialcohólicos, lo cual repercutía negativamente en las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras de los pacientes. La existencia de servicios asistenciales extrahospitalarios propició que hubiera dos redes asistenciales distintas sin coordinación alguna, lo que a efectos del paciente se traducían en una no asistencia de su problema. La otra característica en la década de los 60 fue el gran aumento de la demanda de alcohol. Destacaba la escasa presencia de mujeres alcohólicas y en las que se detectaba síntomas de alcoholismo se les atribuía como causa de la ingesta el efecto sedante e hipnótico. El consumo era visto como una vía de escape irresponsable a su papel social. Fueron años en los que la investigación segregada por sexo fue poco a poco abriéndose camino, creando un germen que años más adelante sería abordado.

El tratamiento en la adicción al alcoholismo en estos años cobra especial relevancia al sentar las bases de las medidas que se adoptarán en el futuro y permiten entender la situación con la que se trata en la actualidad. No solo fue una nueva manera de enfocar dicho problema y una mayor sensibilización hacia el tema, sino que hubo una estimulación del tejido social que permitió la fundación de sociedades científicas dedicadas a la investigación y al tratamiento del alcoholismo como Socidrogalcohol u otras, y que siguen activas hoy en día. Fueron años de expansión científica, años en los que se difundieron noticias sobre los trastornos adictivos, años en los que el alcoholismo se erigió como una de las principales inquietudes a nivel nacional. El límite entre este periodo y el siguiente lo marca el Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Toxicomanías de Sevilla de 1972.

Este periodo se caracterizó por la puesta en marcha en España del Plan de Estabilización que se realizó en tres fases. De 1964 a 1975 se llevó a cabo el III Plan de Desarrollo, cuyas novedades fue la renovación del equipamiento asistencial y la elaboración del Programa Antialcohólico de la Dirección General de Sanidad, que realizó investigaciones sobre el alcoholismo en España. También se fomentó el papel

activo de los sanitarios. Supuso un punto de inflexión al tener en cuenta por vez primera a la mujer en sus estudios sobre el alcoholismo, no habiéndose investigado sobre la materia hasta entonces. Dichos estudios se enfocaban hacia sus patrones de consumo, no hacia la forma de enfocar la rehabilitación y terapia. Otros logros del Plan de Desarrollo fue la creación y extensión por todo el país de Hospitales para Alcohólicos y Toxicómanos, la cátedra de Psiquiatría Ramón Sarró en Barcelona, el Preventorio Municipal Psiquiátrico de Urgencias, el surgimiento de nuevos grupos de autoayuda que estimulaban el contacto y coordinación con la asistencia sanitaria como Alcohólicos Anónimos o la Federación de Alcohólicos Rehabilitados,

En estos años se fundó el PANAP, de carácter autónomo y enmarcado dentro del Ministerio de la Gobernación; contaba con funciones asistenciales, preventivas y funcionales pero no tenía posibilidades reales de integración con los sistemas sanitarios del momento como el Seguro Obligatorio de Enfermedad o las políticas asistenciales de las diputaciones provinciales, debido a esta imposibilidad dejó de operar en los ochenta. Uno de los hitos que nos dejó el PANAP fue el Dispensario Antialcohólico de Madrid en 1961 que supuso la creación de una red asistencial dedicada específicamente a la asistencia y tratamiento del alcoholismo. Sus principales funciones fueron el desarrollo de actividades clínicas y asistenciales, preventivas, investigación y actividades de carácter formativo, docente y social. Otras acciones que se consiguieron con este Dispensario y que fue pionera en España, fue la creación de una unidad en el Hospital Clínico Universitario de Madrid donde se llevaban a cabo técnicas de desintoxicación y deshabituación, y los Seminarios sobre Alcohol y Toxicomanías. Hay que mencionar también que en 1970 se crea en España la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social con medidas de carácter preventivo para alcohólicos y toxicómanos pero que en la práctica tuvo más efectos negativos que positivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue otro de los pioneros en la materia y de gran influencia a la hora de abordar el alcoholismo en España. Creó comités de expertos e informes técnicos de salud mental que centraban su atención en cuestiones asistenciales y terapéuticas, proponiendo un modelo OMS multiprofesional en los servicios y programas de tratamiento para alcohólicos, como por ejemplo los grupos de terapia, la autoayuda, la psicoterapia individual o la reeducación del bebedor.

c) Etapa expansiva (1972-1985)

Tanto a nivel nacional como a nivel internacional fue un periodo de gran convulsión social. En España significó el fin de la dictadura, las reformas adoptadas en pro de la democracia y a favor de las autonomías. A nivel internacional la aparición del SIDA y su desconocimiento absoluto supuso el desviar la mirada de la investigación sobre el alcoholismo hacia el nuevo objeto de estudio, lo que pospuso en cierta manera los resultados científicos y la creación de distintos organismos.

En 1985 se pone en marcha en España el Plan Nacional sobre Drogas que ejerció una labor gestora y supuso un estímulo a la hora de afrontar los problemas derivados del alcohol y el resto de drogas, y que sirvió para marcar otro punto de inflexión en el estudio del área que nos atañe. Dicho Plan estimó la cifra de alcohólicos en España entre 1.900.000 y 2.300.000 personas. No obstante la emergencia de otras drogas como la cocaína o el hachís, opacó la situación alcohólica en general y en mayor medida la situación de la mujer alcohólica. A pesar de ello los estudios sobre el alcoholismo siguieron su curso lentamente.

Las tasas de mortalidad por cirrosis hepáticas se duplicaron para ambos sexos llegando en 1979 a 32,3 en los hombres y al 12,7 de las mujeres. Los ingresos hospitalarios por alcoholismo aumentaron pero a partir de los 80 dicha cifra se estabilizó y tuvo una tendencia a la baja. Hecho que derivaba de una disminución generalizada en el consumo de alcohol en España, siguiendo la estela de otros países mediterráneos (Pyrolada, 2006). Los patrones de consumo experimentaron algunas modificaciones, con un aumento del consumo de cerveza y descenso de vino, el mayor consumo de alcohol por parte de la población femenina y una menor edad de inicio de consumo. Se observó una disminución en el número de abstemios, tanto en hombres como en mujeres, en contraste con el aumento de bebedores frecuentes y pesados. Se trataban meramente de datos estadísticos que reflejaban las diferencias existentes en el consumo entre ambos sexos pero que en ningún momento se paraban a analizar los servicios asistenciales y preventivos, los cuales cogieron un primer impulso con la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo en los setenta, pero que sin embargo su objetivo no llegó a estar operativo del todo.

El impulso definitivo para el estudio del alcoholismo en España fueron los estudios realizados por la Sociedad Científica para el Estudio Científico del

Alcoholismo y otras Toxicomanías (Socidrogalcohol). Su objetivo en estos años fue lograr una sociedad capaz de afrontar científicamente los problemas relacionados con las adicciones de una forma integrada, establecer comunicaciones e intercambio científico y experiencias, así como la necesidad de disponer de un conocimiento en la materia suficientemente relevante en el que apoyarse y ayudarse unos y otros en el servicio asistencial, rehabilitación y terapia.

La práctica asistencial en este periodo no solo se limitó a la creación de comunidades terapéuticas, sino que el PANAP también desarrolló el Programa de Alcoholismo con dispensarios específicos en Madrid y Barcelona, y en el Hospital Psiquiátrico de Bétera, Valencia. La Medicina de Atención Primaria comenzó a ejercer un papel activo en los problemas con el alcohol al igual que en ámbito privado. Un papel destacado ocupan organizaciones de carácter voluntario como Cruz Roja Española, que ayudó en la asistencia a problemas derivados del alcohol y drogas, y Cáritas, que ayudó no solo a nivel asistencial sino también a nivel de investigación sociológica.

d) Etapa de nuevos enfoques (1985-actualidad)

En la década de los noventa se producen modificaciones en la pauta de consumo del alcohol, en la investigación científica y en las posibilidades asistenciales y terapéuticas. A nivel social las nuevas políticas españolas van dirigiendo cada vez más sus miradas a las normativas y directrices de la Unión Europea. El camino hacia un mundo cada vez más globalizado choca en ocasiones con la forma de actuar que se venía haciendo en España. También la lucha y búsqueda de reconocimiento continuo de los derechos humanos facilita que se trate de obtener con mayor ímpetu la defensa de la protección de la salud y de la libertad y autonomía personal, aspectos de gran repercusión en el problema del alcoholismo.

Hay un intento de sustituir y renovar las concepciones y reglamentos arraigados en la tradición cultural y legislativa española, como el Estatuto del Vino de 1970 en el que se señalaba el vino y la viña como elementos intrínsecos a la cultura del país. Este Estatuto fue derogado por reglamentos de la Comunidad Económica Europea y por la posterior Ley del Vino de 2003.

Hay una transformación no tanto en el patrón de consumo como en el tipo de bebida: de 1982 a 1992 disminuyó el consumo de vino un 42,3% y el de licores con un 4,7%, en contraste con el aumento del consumo de cerveza con un 36,6%. Álvarez y Del Río (2000) observaron que un 9,7% de los hombres y un 1,3% de las mujeres eran bebedores problemáticos al combinar alcohol con drogas más fuertes. Los cambios en el patrón de consumo se manifestaban en el colectivo joven, especialmente los fines de semana, y su combinación con otras sustancias psicoactivas como la cocaína, la heroína, estimulantes... Gil et al (1992) observaban ya como a finales de los 80 una importancia creciente de la utilización de la cerveza en el consumo de alcohol juvenil, y plantearon la posibilidad de una evolución en el modelo de consumo hacia el modelo nórdico, basado en un consumo rápido para emborracharse antes con una media de 5-6 copas en dos horas. De igual manera plantearon una radicalización en el sector juvenil (había una mayor proporción de abstemios pero también de consumidores altos) y la relación entre alcohol y clase social/rendimiento escolar (a menor estatus social mayor consumo pesado con peor rendimiento en el colegio y peores problemas de salud y viceversa).

Consciente de esta nueva realidad, en 1993 la Oficina Regional Europa de la OMS inicia el Primer Plan Europeo sobre Alcohol, editando la Carta de París de 1995, y la Declaración de Estocolmo sobre Jóvenes y alcohol, en los que se alerta de la nueva situación e insta a tomar medidas contra ello. Sus objetivos principales fueron la reducción del consumo general en toda la población y en la actuación sobre los bebedores de alto riesgo y se centraba en la reducción del consumo de alcohol en un 25% desde 1980 hasta el 2000. La relación entre alcohol y mortalidad fue estudiada por Robledo, Rubio y Espiga (1996) llegando a la conclusión de que 12.980 muertes en España eran atribuibles al alcohol, siendo las causas de muerte más frecuentes las enfermedades por cirrosis y hepatopatías (7.188), accidentes de tráfico (6.176), suicidios (3.037) y tumores de esófago, laríngeos y orofaríngeos.

Es un periodo en el que las políticas y estrategias del Plan Nacional sobre Drogas siguen su curso según lo estimado. Entre sus principales actuaciones destaca la creación en 1996 del Observatorio Español sobre Drogas, vigente hoy día todavía, que dio lugar al Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas cuyo objetivo consistía en realizar estudios y encuestas, y obtener información sobre los

tratamientos seguidos en cada caso, así como el número de muertes y urgencias en el consumo de las distintas sustancias psicoactivas. Años antes en 1985, nada más ponerse en marcha el Plan, tuvo lugar la creación de diversos Planes Autonómicos sobre Drogas y Alcohol, con el fin de coordinar y colaborar a nivel autonómico con la prevención y asistencia a los problemas relacionados con drogas y el alcohol. Fruto de ello fue la relación entre las autonomías y la Asociación para la Prevención del alcoholismo y otras Toxicomanías.

Unos años más tarde surgían las primeras diferencias entre el Plan Nacional y Socidrogalcohol en torno a qué consideraciones había que hacer hincapié en el estudio y actuación contra el alcoholismo, sobre si había que considerar nuevos factores y sobre la población a estudiar, entre ellas el colectivo femenino, así como su posterior terapia y rehabilitación.. En 2002-2004 se fundó el Instituto Nacional sobre Drogas cuyo fin era el de coordinar las actividades investigadoras y formativas del Plan Nacional, y cuya creación sigue las pautas marcadas por la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. En 2006, el ministerio de Sanidad y Consumo dio a conocer el Proyecto de Ley Antialcohol que abordaba una batería de medidas sanitarias para la protección de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores, pero debido a las críticas recibidas, no llegó a aprobarse.

A nivel asistencial con el alcohol, la Atención Primaria se erige como el principal garante en el tratamiento y prevención de dicha adicción. Se elaboran diversos manuales para los médicos de cabecera (Rodríguez-Martos Dauer, 1989) y estudios sobre como la Atención Primaria debe actuar (E. Megías y cols., 2001). Proyecto Hombre, mediante programas específicos para personas con dependencia alcohólica, es otra iniciativa que surge para conseguir la rehabilitación total de personas alcohólicas; objetivo que comparte con la asociación Ex-Alcohólicos Españoles y que retomó su actividad rehabilitadora y divulgativa en 2003. Cruz Roja Española, es nuevamente otra entidad asistencial y preventiva importante, al poner en marcha una estrategia para el tratamiento ambulatorio de alcohólicos, cuyo piloto tuvo lugar en Cádiz.

A nivel internacional el principal pionero en el estudio del alcoholismo femenino y su tratamiento es Schuckit (1998). A nivel de España destacan las realizadas por D. Comas (1999) y J. Elzo (2005) sobre el cambio de hábitos en los jóvenes y el consumo

de alcohol. Las investigaciones en torno al abordaje del alcoholismo femenino apenas están empezando pero se hacen cada vez más frecuentes al hacerse patente el aumento de consumo pesado en la mujer española en edad juvenil (Rosa Martínez, 1986), acercándose al consumo experimentado por los hombres y llegando a superarles en el caso de ex-bebedoras de edad más avanzada, pero la diferencia en el tratamiento terapéutico y rehabilitador entre hombres y mujeres sigue sin ser tenida en cuenta, se obtienen datos estadísticos pero no modificaciones en su tratamiento. Habrá que esperar hasta la década de los 2000 para que aparezcan nuevas investigaciones en España que sugieran un nuevo enfoque en la terapia y rehabilitación con mujeres alcohólicas con Gómez Moya a la cabeza (2006).

Tabla nº 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ALCOHOLISMO				
	Contexto social	Investigación científica	Políticas de actuación	Hechos reseñables
Etapa asintomática (Antes de 1950)	Guerra Civil	Inexistente	Trato residual	S.O.E. Ley de Vagos y Maleantes
Etapa germinal (1950-1972)	III Plan de Desarrollo. Alcoh. Fem. como sedante	Fundación Socidrogalcohol. Primeros estudios sobre mujer. O.M.S	2 redes asist. sin relación ni coordinación	P.A.N.A.P Dispensarios antialcohólicos.
Etapa expansiva (1972-1985)	Apertura democrática Aparición SIDA	Desvío de las investigaciones	Atención primaria Cruz Roja Cáritas	Plan Nacional sobre Drogas Dispensarios alcohólicos
Etapa de nuevos enfoques (1985-hoy)	Modificación pautas consumo Globalización Defensa protección de la salud	Nuevos enfoques del alcoholismo en función de género	Directrices y normas de U.E. Renovación cultural y legislativa Plan Europeo	Observatorio Español sobre Drogas Instituto Nacional sobre Drogas

Fuente: elaboración propia

5. MARCO TEÓRICO

No hay una definición universal sobre qué es el alcoholismo. Sí que hay diversas definiciones o aproximaciones que han intentado solventar este problema, pero nunca una de ellas se ha impuesto sobre las demás (si acaso la de la OMS, véase siguiente apartado). En sus inicios predominaban las definiciones que se basaban en la presencia o no, de enfermedades fisiológicas para más adelante poner el énfasis en las características morales, legales, sociales y/o psicológicas de la persona adicta y de la sociedad. En los años 80, el alcoholismo era definido como el consumo repetitivo e incontrolado de alcohol, con el consiguiente perjuicio físico y psicosocial para el bebedor (Keller, McCormick & Efron, 1982). Se basaba única y exclusivamente en los síntomas físicos de la adicción y en los síntomas conductuales de la pérdida de control.

Actualmente la definición más extendida es la proporcionada por la OMS que ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo. Ya en 1952 definía a los alcohólicos como “[...] *aquellos bebedores en exceso, cuya dependencia del alcohol ha llegado a tal extremo que existe a ciencia cierta, un trastorno mental evidente*”, o “[...] *aquellos que padecían problemas de salud físicos y mentales que interfieren en sus relaciones personales, sociales y laborales, o que muestran signos prodrómicos de estos problemas*”. Dentro de este último grupo, la OMS diferenciaba dos subgrupos: los adictos al alcohol y los bebedores sintomáticos. Este segundo subgrupo incluía a los individuos no adictos que implicaban costes sociales, económicos o sanitarios como consecuencia del abuso de alcohol. En 1977 esta definición se modificó para pasar a ser “síndrome de dependencia del alcohol” o “problemas relacionados con el alcohol”. Dicha expresión comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos.

Se considera que este estado de dependencia llevaba al individuo al consumo compulsivo de alcohol para experimentar los efectos psíquicos y para evitar el síndrome abstinencia. Esta es la idea que desarrolla plenamente la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en 2010, que engloba una única categoría que denomina

trastornos mentales y conductuales debidos al consumo de alcohol¹, y en ella se hace referencia a todas las variantes de enfermedades derivadas del consumo de alcohol.

Al igual que en la definición de qué es el alcoholismo, la etiología del alcoholismo no presenta uniformidad científica al respecto. Comenzó a ser estudiada a partir de los años 80 pero aun hoy, psicólogos, profesionales de la salud y científicos sociales siguen discrepando sobre su origen. Conviene señalar que esta etiología tiene tres vertientes de estudio:

- a) Teorías genéticas y biofisiológicas: se basan en la asunción de que las personas alcohólicas se encuentran constitucionalmente predispuestas a desarrollar dependencia física del alcohol. El consumo y su posterior dependencia tendría su origen en causas genéticas y fisiológicas, intrínsecas al individuo, que no podrían ser evitadas bajo ningún concepto. Existen estudios (Goodwin, 1976) que señalan que los hijos de alcohólicos que fueron adoptados al nacer sin conocer a sus padres biológicos, desarrollaron mayores tasas de alcoholismo que otros adoptados. Estas teorías han sido frecuentemente puestas en tela de juicio al no tener en cuenta factores externos con alto grado de correlación como la familia o demás elementos socializadores.

- b) Teorías psicológicas: en este grupo hay cuatro teorías principales: la de la personalidad, la transaccional, la psicodinámica y la de aprendizaje. La primera asume que hay ciertos rasgos de la personalidad que predisponen al alcoholismo, el sujeto alcohólico desarrollaría una personalidad inmadura, dependiente, impulsiva y fácilmente frustrada que dificultaría su integración social. La transaccional vería el alcoholismo más como un juego de vida que como una enfermedad, se centraría en las clases de transacciones sociales que se dan en la vida del individuo, transacciones basadas en el dar y en el recibir del sujeto dentro de la sociedad en la que se enmarca. La psicodinámica parte de que la privación o la sobreprotección infantil conducen a unas necesidades de dependencia inconscientes para el propio sujeto, que al no poder ser satisfechas, llevan a sentimientos de ansiedad y a necesidades compensatorias de poder y

¹ CIE10, Volumen 2, pp 58, OMS 2010

control, el alcohol pasaría a ser una forma de aliviar dicha ansiedad y equilibrar el vacío de poder y control. Por último, la de aprendizaje asume que el consumo de alcohol reduce la ansiedad y la tensión, y que al ser apoyada positivamente por el resto de la sociedad, motiva al sujeto a reincidir en el consumo con la consiguiente espiral alcohólica.

- c) Teorías sociológicas (véase apartado 5.1 y 5.2): diversos teóricos han postulado a lo largo de los años la relación entre el papel del rol del individuo y la sociedad, y han basado sus teorías en la importancia de la socialización, la desviación social y la relación médico-paciente. La integración de socialización y desviación social fue realizada por White (1982) y lo denominó *alcoholismo socioambiental*. Esta teoría coincidiría con la teoría psicológica del aprendizaje, al considerar a los alcohólicos como individuos propensos a consumirlo, que ven en ello un remedio al estrés generado por la actividad cotidiana. En la adicción al alcohol el individuo predispuesto a serlo se ve gratificado socialmente por el consumo del mismo; la ingesta se hace más frecuente, lo que deriva en una dependencia psicológica; el consumo de alcohol sigue aumentando hasta que se desarrolla una dependencia física.

Ninguna de estas tres corrientes etiológicas ha demostrado el carácter unicausal del alcoholismo, por lo que convendría considerar de manera más apropiada que esta enfermedad/adicción es el resultado de múltiples factores que en cada individuo influyen en mayor o menor grado, factores que se irán analizando en este trabajo.

Al margen de estas teorías etiológicas hay que apelar a uno de los teóricos más influyentes en el tema del alcoholismo: Jellinek, cuyos estudios estadísticos sobre alcohol, mortalidad y cirrosis hepática (1977), siguen contando con un gran apoyo por parte de la comunidad científica. En dicho estudio se señala el siguiente proceso que todo alcohólico experimenta: a) se empezaría por una fase pre-alcohólica en la que se bebe por una cuestión social y como liberador del estrés que el sujeto percibe. b) Una fase prodrómica en la que hay un mayor consumo de alcohol, ansiedad y pérdidas de memoria como motivo de resacas. c) Una fase crucial en la que hay una pérdida de control, coartadas para autojustificarse, consumo de alcohol para mantenerse despierto, cambio de patrones de conducta, comportamiento antisocial, pérdida de amigos o

familiares y la búsqueda de ayuda médica por el descontrol manifestado. d) Una fase crónica con ansiedad, temblores, amnesia, protección del alcohol que está disponible, hostilidad hacia los demás, miedo, colapso de las coartadas sobre las que se apoyaba para justificarse... e) Una fase terminal en la que el alcohólico o se incorpora a un proceso de tratamiento y rehabilitación, o sucumbe a enfermedades como cáncer hepático, pancreatitis, cirrosis...

Jellinek (1977), además de estas etapas, estableció una clasificación para los distintos tipos de alcohólicos:

- a) *Alfa*: se trata de una dependencia puramente psicológica, no hay pérdida de control ni imposibilidad de abstenerse en el consumo. El alcohol se convierte en una vía de escape a los problemas de la vida diaria como el trabajo, la familia o las relaciones interpersonales.
- b) *Beta*: ocurre en lugares donde hay una normalización social del alcohol y cuyo consumo sea habitual. Las enfermedades derivadas del alcohol, como la cirrosis o la pancreatitis, no son patrimonio exclusivo de aquellas personas que son físicamente o psicológicamente dependientes del alcohol.
- c) *Gamma*: se caracterizaría por una dependencia física y una pérdida de control del sujeto. Los cambios en la conducta y los cambios psicológicos llevan a una etapa de rendición, que a su vez lleva a una pérdida de control. El sujeto recorre un camino que va de una dependencia física a una dependencia psicológica, este vendría a ser la tipología predominante, según Jellinek, en la sociedad estadounidense.
- d) *Delta*: hay una dependencia física y psicológica pero no hay una pérdida de control, por lo que el alcohólico tiene control en cualquier momento de la cantidad consumida, pero no hay momento del día en el que el sujeto no sufra resacas o periodos de desmoronamiento psicológico.

- e) *Epsilon*: a pesar de no ser estudiado en profundidad, este tipo difiere de los demás en su carácter intermitente, periódico. El consumo de alcohol no sería habitual pero cuando se llega a consumir se haría en grandes cantidades.

5.1 Alcoholismo y anomía social

Se ha de tener en cuenta que los conceptos de salud y enfermedad son construcciones sociales, un concepto en una sociedad puede tener distinta interpretación en otra. Debido a esto, en función de la sociedad en la que nos encontremos se otorgará mayor o menor importancia al tema del alcoholismo, para unas sociedades el concepto de normalidad no será el mismo que para otras. Los seres humanos, a través de la cultura y de la socialización, aprendemos a juzgar ciertos comportamientos como saludables y por otro lado, vamos aprendiendo a clasificar ciertas conductas como síntomas de enfermedad y a considerar otras como normales o no enfermedad. Aplicando esto, podemos encontrar sociedades donde el consumo de alcohol forma parte de la rutina social y no es considerado una enfermedad. Condición que en el momento en que surge una enfermedad, como la cirrosis, sí se llegará a plantear.

El reconocimiento de la importancia de los procesos de socialización nos permite entender las conductas experimentadas por los sujetos, en el marco subcultural del grupo al que dirigimos nuestra mirada de estudio, en nuestro caso, el alcoholismo. La forma de reaccionar que tenga la sociedad vendrá dada por la concepción de conciencia colectiva que se tenga del problema en sí.

La anomía ha de entenderse como la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad. Durkheim, Merton y Parsons son los principales exponentes de esta teoría sociológica. En ella, lejos de atribuir las causas a la dependencia característica que crea al consumidor este problema, aluden al concepto del hecho social que supone el tema de la salud. Se parte de la asunción de que la salud es un hecho social condicionado e interdependiente con otras instituciones sociales como pueden ser la familia y el trabajo, que se encuentran influenciadas culturalmente, por lo que el sistema de salud refleja normas, valores, conocimientos, creencias y símbolos de la sociedad.

Durkheim por su parte, ve en la industrialización el detonante en la ruptura de esta conciencia social colectiva. Señala que en las sociedades industriales la continua división del trabajo fomenta el consumo de drogas (alcohol entre ellas), debido a la presencia de enfermedades como la depresión sufrida por los individuos que se ven incapaces de satisfacer sus necesidades. La desintegración de las estructuras sociales básicas como la familia provoca una carencia de relaciones humanas, una insuficiencia de las solidaridades orgánicas entre los miembros de la sociedad. El control de las conductas de los individuos sería dejado de lado en pos de la nueva modernidad imperante. De esta manera se formaría una espiral que propiciaría la caída en el alcoholismo.

Merton por otra parte, en su libro *Teorías y Estructuras Sociales* (1992), rechaza por completo esta idea de que las desviaciones sociales sean consecuencia de fallos en el control de la sociedad, y postula sobre la presencia de estructuras sociales que ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista en lugar de una conducta conformista. Al contrario que Durkheim, Merton no veía en la naturaleza biológica del ser humano el detonante de la desviación sino que centraba su atención en el orden social imperante. Para él, la conducta desviada incluiría a personas extremistas, revolucionarias, alcohólicas... que se constituirían como rebeldes sociales debido a la influencia recibida por parte de las estructuras sociales que les inducen a ello. Estas estructuras estarían formadas por todos aquellos pilares e instituciones sobre los que se sustenta la sociedad: familia, educación, estado..., es decir, todos aquellos que se encuentran implicados en el proceso de socialización de los individuos.

Postuló una dicotomía arbitraria entre lo que son las metas culturales y los medios institucionales para conseguirlas. Cualquier meta cultural, a poco que sea apreciada en la sociedad, afectará a los medios institucionalizados, el equilibrio se conseguiría mediante la obtención de satisfacciones en ambos conceptos. Es lo que se puede visualizar en los programas de rehabilitación alcohólica: detrás de ellos existe una preocupación social por solucionar dicho problema (a pesar de la invisibilidad presente en muchas ocasiones) y para ello se destinarán los fondos y recursos necesarios para corregirlo, para corregir esa desviación. El problema viene cuando hay un desequilibrio

entre ambos conceptos. La anomia vendrá cuando hay una discrepancia entre lo que son las normas y metas culturales, y las capacidades sociales estructurales de los miembros del grupo de obrar en concordancia con esas normas y metas. Para Merton (1992) existen cinco tipos de adaptaciones a una situación, en la que los medios legítimos con los que se puede alcanzar una meta, son inalcanzables para ella

- a) *Conformismo*: el individuo sigue las reglas sociales vigentes sin oposición a ellas.
- b) *Ritualismo*: etapa en la que los sujetos abandonan las metas de éxito que se proponen, entendidas en el sentido de movilidad social ascendente. Vendrían a ser aquellas personas que una vez alcanzado unas condiciones de vida suficientes para vivir, abandonan sus aspiraciones personales de conseguir algo mejor y realizan labores o actividades de carácter ritualista.
- c) *Rebelión*: en esta adaptación los individuos van contra el sistema vigente, los rechazan frontalmente, no estarían enmarcados dentro del conglomerado social tan siquiera.
- d) *Innovación*: consistiría en aspirar a una meta social pero contraviniendo lo estipulado por el reglamento social, por ejemplo un ladrón que roba, acción prohibida en la sociedad.
- e) *Retraimiento*: sería el rechazo tanto de las metas culturales como de los medios institucionales. El individuo se encuentra frustrado, no renuncia a la meta del éxito social pero adopta mecanismos de escape como el alcoholismo.

Estas cinco adaptaciones sociales pueden aplicarse al caso del alcoholismo. En el conformismo encontramos toda aquella etapa de normalización social en el que los sujetos consumen alcohol por una mera cuestión de apariencia social. El consumo de alcohol en el caso de España es una asimilación social y los individuos suelen adoptar una actitud conformista, “*se dejan llevar por la marea social*”. En la etapa ritualista, si bien es más difícil de discernir, se podría considerar a aquellas personas que debido a una desmotivación generalizada, se abandonan o recurren al alcohol como mero pasatiempo al no aspirar a más. En la etapa de rebelión, estaríamos hablando de sujetos consumidores de alcohol que rechazan voluntariamente formar parte del tejido social del que originalmente forman parte. Un ejemplo lo tenemos en los sin techo, cuyo deseo de mantenerse al margen de la sociedad y de las instituciones sociales que les podrían

ayudar es algo que se refleja en diversos estudios (Senante Carrau, 2010). La etapa de innovación, en el caso del alcoholismo, y vista desde una perspectiva *positiva* se podría encontrar perfectamente en la combinación mujer y alcohol, que contraviene lo estipulado socialmente y que se detallará en el apartado de alcohol y factores socializadores. Por último, la fase de retraimiento afectaría a aquellas personas que recurren al alcohol como vía de escape de su situación personal, y que a diferencia de la etapa de innovación, hay que observarla desde una perspectiva *negativa*.

Por último, hay que hacer alusión a Parsons (1951) cuyo enfoque sobre el rol del enfermo se ha estudiado y sigue estando presente en la actualidad entre la comunidad científica. Dicho enfoque comparte la visión de la enfermedad como desviación, como algo no deseable socialmente, que atenta contra los principios rectores de la sociedad y que se debe evitar a toda costa. El rol del enfermo consistiría básicamente en la suma del hecho de estar físicamente enfermo y en aquellas conductas basadas en expectativas institucionales, y que se caracteriza por:

- a) La exención de los roles sociales cotidianos que desempeña el enfermo.
- b) La no responsabilidad de su situación.
- c) El deseo de querer curarse de dicha enfermedad.
- d) La búsqueda de ayuda profesional.

En este último punto es donde los médicos entran en juego al ejercer su papel de control social y establecer la relación médico-paciente, una relación de interdependencia, que no es espontánea, sino que está institucionalmente prevista y reglada. El control que ejercen sobre los pacientes está basado en el prestigio social que se le da a la profesión, en su autoridad sobre la situación y en la dependencia que los pacientes tienen con ellos.

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales. La manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda), es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el contexto sociocultural en el que vive el sujeto.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de grupos socioculturales similares, puede existir un desacuerdo en la forma de percibir la relación entre ambos. Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, una falta de compromiso del paciente, la insatisfacción del paciente y una búsqueda reiterada de nuevos profesionales, lo cual a su vez representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico. Este es uno de los aspectos claves en el tratamiento y rehabilitación de la mujer alcohólica, y que no siempre se tiene en cuenta.

5.2 Alcoholismo e interaccionismo simbólico

La idea principal de esta corriente es el individuo visto como un ser social, que vive en interacción con otros individuos u otros grupos sociales, y son estos procesos de interrelación los que contribuyen de forma decisiva a la personalidad del individuo. Hay una serie de diversos teóricos cuyas aportaciones son de interés. Mead (1982), por ejemplo, señala que es la totalidad de los procesos sociales en curso los que preceden a lo que él denomina como self, la capacidad de verse a uno mismo como objeto social. Sería fruto del proceso social, de la comunicación que se establece entre humanos. Sería la capacidad de las personas de ponerse en el lugar del otro con el objetivo de actuar como actúan las otras personas y verse a sí mismo como lo ven otros.

Cooley (1998) señala que desarrollamos nuestro self como consecuencia de imaginarnos la forma en que aparecemos ante los demás y que opinan sobre nosotros. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él, que a su vez viene determinado de su relación con los demás individuos y que se manipula y/o modifica mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona. A este respecto, Gracia y Musitu (2000) hacen hincapié en la capacidad de las familias de estructurar su entorno social y del juego de roles presente en ella, cuyo nexo de unión es la propia vida familiar, su grado de interacción entre ellos. La familia desarrollará una concepción de sí misma que incluye el sentido de la responsabilidad que cada uno de los miembros de la familia tiene con los otros en la vida cotidiana, la interacción familiar permitiría que padres e hijos tengan la oportunidad de compartir significados comunes y el rol del otro, algo que en la práctica no se da, especialmente en la cuestión de género.

De esta manera, como primer paso, podríamos entender que el alcoholismo, según el interaccionismo simbólico, vendría dado en cierto modo por el conjunto de interrelaciones sociales entre los distintos sujetos, y que en el caso de España llevaría a una progresiva normalización del consumo de alcohol al establecerse como una rutina social.

“La sociedad en la que me encuentro ingiere bebidas alcohólicas con normalidad, como si no pasara nada, por lo que eso es lo que haré yo para seguir formando parte de esta sociedad y no sentirme excluido ni autoexcluirme yo de ella, porque es lo que se espera de mí”

Esta última frase es la que vendría a sostener Collins, que señala que la sociedad obliga a las personas a presentar una imagen determinada de sí mismas, y que nos obliga a cambiar de rol y a elegir entre muchos roles complicados. Ello nos hace permanentemente irreales, inconsistentes y deshonestos para con nosotros mismos, nos aleja de nuestro verdadero yo, de nuestra verdadera personalidad y nos disfrazamos de otra persona totalmente diferente

Goffman en su obra *Estigma* (1970) establece una distinción entre dos grupos de personas en una sociedad: las *normales* y las *especiales*, siendo las interacciones sociales las que configuran la identidad de cada uno, del self. Estigma son todos aquellos atributos negativos que suponen en muchos casos un obstáculo en las interrelaciones sociales e intergrupales de las personas que lo poseen. Este estigma nos lleva a alejarnos de toda aquella persona que lo posee y a no fijarnos en el resto de cualidades positivas que él o ella posee. Por otro lado las personas normales serían aquellas que cumplen con creces las expectativas sociales en ellas depositadas por el resto de la sociedad. A medida que pasa el tiempo, la persona estigmatizada pasa por ser frecuentemente desacreditada y desacreditable (encubrimiento del estigma). Para Goffman, la noción de estigma tiene un claro componente de control social, al dividir entre “buenos y malos”. Los buenos permitirían la continuación de la estructura social en la que se cimienta esa sociedad, mientras que los malos serían un peligro para su supervivencia y habría que corregirles por todos los medios.

Es la sociedad la encargada de establecer la categoría social a la que pertenecemos, una categoría que conlleva un rol social, unas expectativas que recaerán sobre nosotros. Se crearía una identidad social virtual que puede coincidir o no con nuestra identidad social real. En el momento en que dicha identidad real choca con la virtual aparece el estigma, que lleva al progresivo aislamiento social. Esa identidad virtual se puede enmascarar con la socialización del individuo, hecho que no será necesario si el sujeto aprende a aceptarse tal y como es y a obtener la autoestima suficiente. El efecto inmediato de la estigmatización en el seno de la sociedad es la aparición de desviados sociales y “*afuncionales*” que no desempeñan su cometido social y que tienen la posibilidad de vivir como una comunidad diferente, aunque esto en realidad es más utópica que real, ya que casi siempre se tratará por todos los medios de corregir esa desviación. No siempre es fácil percibir a sujetos estigmatizados ya que nuestra percepción puede estar “viciada” al basarnos en meros rumores, terceras personas..., y a la propia situación de enmascaramiento que vive la persona con estigma. El estigma en la interacción humana no siempre es solucionado con la normalización social del sujeto. En muchas ocasiones las personas normales se muestran más accesibles cuando los contactos con personas estigmatizadas son reducidos ya que el esfuerzo, de cara al trato en igualdad, es menor. Goffman sugiere que el conocimiento en profundidad del sujeto con estigma es considerado más óptimo en grupos pequeños de larga trayectoria en los que cada persona es única, con una marca positiva y un soporte identitario suficientemente importante.

Otro aspecto en el que incide Goffman es en la parte dramática de la sociedad. Señala que todo miembro que forma parte de ella tiene una *fachada*, formada por elementos o características que ofrecemos de cara al exterior. Distingue dos aspectos: el medio y la fachada personal. El medio hace referencia al contexto que rodea al actor para su actuación, la fachada en cambio consiste en aquellas características personales propias con las que el público reconoce al actor, los roles que se le atribuyen. Esta fachada personal se subdivide a su vez en otros dos elementos: la apariencia y los modales. La apariencia estaría formada por aquellos estímulos que funcionan en el momento de informarnos acerca del estatus social desempeñado por el actor (por ejemplo el “disfraz” del género). Los modales, en cambio, implicarían aquellos estímulos que nos sirven para advertir el rol del actor (acciones que el actor realiza).

Goffman señala que las fachadas tienden a institucionalizarse de manera que van surgiendo representaciones colectivas sobre lo que sucede en una fachada determinada, por lo que los actores tenderán a elegir fachadas, no las crearán. Las personas intentarán por lo general presentar una imagen idealizada de sí mismas en sus representaciones, creen que inevitablemente deben ocultar todos aquellos aspectos que no corresponden con los que se les atribuye socialmente, como por ejemplo beber alcohol. Otro aspecto es que pueden encontrar necesario ocultar, o incluso falsear, aspectos que influyen negativamente en su actuación con el fin de continuar su representación social. El salvaguardar las distancias con el público se impone como una vía de escape alternativa con el fin de aparentar que el desarrollo de su papel funciona correctamente. Goffman también señala la importancia de los equipos, que deben ser vistos como un conjunto de individuos, con sus respectivos papeles, que cooperan en la representación de una rutina, cada sujeto debe confiar en los demás ya que se puede destruir la representación en su conjunto y dar al traste al acto escénico. La no implicación del público en la obra es algo deseable por parte de los actores ya que verán alterado su cometido en la obra

El estigma que se crea en las personas alcohólicas es doble. Por un lado, encontramos esa marginación social a la que se les somete. Son vistos como elementos disfuncionales, cuyo cometido social ha quedado caduco y que no han sido capaces de corregir dicha situación. Por otro lado, la persona alcohólica se da cuenta de esta situación y se ve “forzada” a autoexcluirse del grupo del que se siente rechazada al no hallar el hueco que estaba destinado a cubrir.

Si añadimos la variable de género esta exclusión adquiere matices aún más radicales. Al incorporarse las funciones inherentes al modelo de género femenino tradicionales como son la maternidad y el cuidado de la familia, las mujeres alcohólicas experimentarán una presión mucho más elevada que los hombres alcohólicos, cuyos factores causales se verán más adelante. Goffman (1970) afirma que la recuperación de la persona alcohólica pasa por una respuesta conjunta por las dos partes implicadas: el propio individuo estigmatizado y las instituciones destinadas a corregir esa anormalidad, y cuya respuesta ha de centrarse aportando medios, recuperando la actividad considerada como normal y aquellos valores aceptados socialmente. Pero no hay que olvidarse de un tercer agente más relevante si cabe, la propia sociedad. No se puede dejar la recuperación de las personas alcohólicas en las instituciones sanitarias,

asistenciales y preventivas sino que se trata de una tarea que ha de ser ejecutada por toda la sociedad en su conjunto. Reducir el campo a las instituciones sanitarias no hará sino remarcar aún más, los estigmas que las personas alcohólicas poseen en la sociedad.

6. DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA

Anteriormente se han visto los antecedentes históricos del alcoholismo en España en función del contexto social del momento y del tratamiento que se le daba en esos años por parte de las distintas instituciones (véase apartado 4). En la actualidad estaríamos en la cuarta etapa. Con la entrada del nuevo siglo las investigaciones sobre los estilos de vida se han incrementado. Se han creado observatorios y otras instituciones que nos han permitido aproximarnos a la situación del alcoholismo en la actualidad. Estudios como la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (2007) o la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (2008) son un ejemplo. La diversidad de indicadores sobre el alcoholismo que se podrían obtener desde una perspectiva de género es tal que darían pie a otro estudio en profundidad. Ello nos lleva a limitar nuestro campo de estudio a cuatro de ellos: a) prevalencia de consumo, b) consumo en la adolescencia, c) Consumo y clase social y d) consumo y mortalidad. Se ha considerado que estos cuatro apartados son los que nos permiten tener una visión general del contexto del alcoholismo en España, además de adecuarnos al objeto de estudio.

6.1. Prevalencia de consumo

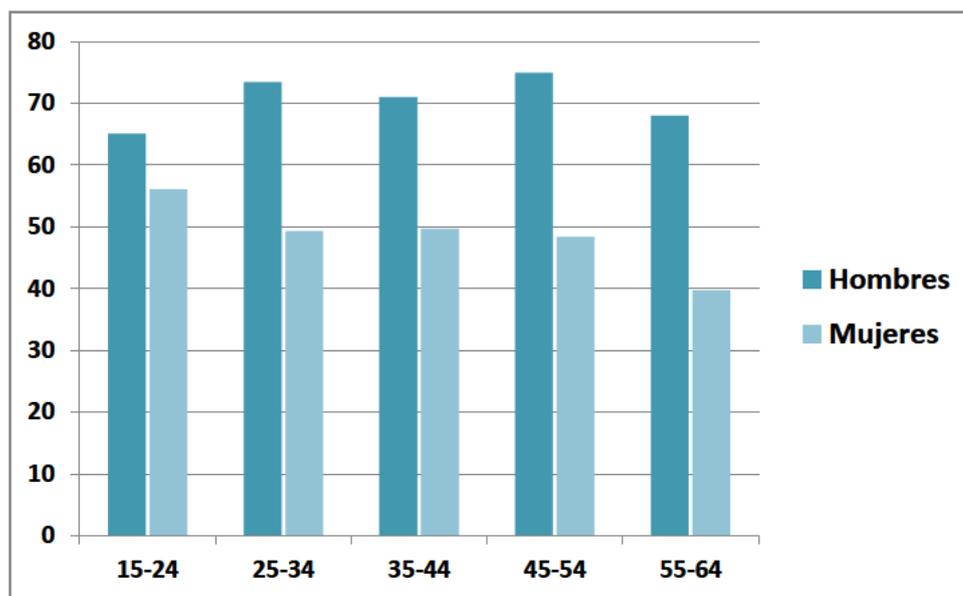
Estudios (Gómez Moya, 2005) señalan que en los últimos veinte años la problemática del alcoholismo femenino ha experimentado un cambio caracterizado por el aumento de mujeres alcohólicas y por la disminución de la edad de inicio de consumo. El número de mujeres alcohólicas no alcanza al número de hombres alcohólicos, pero su proporción sí que es superior, lo que se constata en diversos estudios (Olcina, 2000). Esta diferencia, en la realidad, deriva en un mayor consumo de alcohol por parte de los hombres y en una mayor necesidad de consumir alcohol por parte de las mujeres. Bogania (1987) estimó el siguiente perfil de mujer alcohólica: mujer de entre 35 y 50 años, en la que transcurren más de diez años desde que

comienzan a presentarse los síntomas hasta que empieza a recibir tratamiento en un centro de rehabilitación.

En España, atendiendo al gráfico del estudio *EDADES 2007* (véase gráfico nº 1), se observa como hay un patrón de desigualdad entre hombres y mujeres en función del rango de edad. Se observa como los hombres tienen un mayor consumo de alcohol que varía según la edad y que no experimenta mucha variación conforme pasan los años, aspecto que si ocurre en el caso de las mujeres, donde el rango de 15 a 24 es el que presenta mayor prevalencia de consumo que el resto de grupos. En las personas más mayores son los hombres los que tienen peores hábitos alcohólicos pero en las mujeres ocurre lo contrario. La población de mujeres más jóvenes, de 15 a 24, parece haber incorporado unos hábitos de consumo de alcohol considerados más habituales de los hombres. Ahora las mujeres se inician en el consumo antes que los hombres y en mayor cantidad que ellos. Es en este grupo donde hay una menor diferencia en cuanto a proporción entre hombres y mujeres con respecto a los demás grupos de edad. Factores que expliquen este hecho pueden ser la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral y el desarrollo de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, de manera que en los últimos años, en la población más joven, no se aprecian diferencias de género en los estilos de vida.

Varios estudios (Van Etten, 2001) llevados a cabo en Estados Unidos muestran que las divergencias observadas en la prevalencia del consumo alcohol entre ambos sexos pueden deberse a diferencias en la oportunidad de consumir. Esto sugiere que el mayor consumo observado en los chicos podría explicarse a que tienen más oportunidades de iniciar un consumo. En las chicas la posibilidad de consumir se reduce por los factores diferenciadores, pero cuando tienen la oportunidad, tienen la misma o mayor probabilidad de realizar la ingesta. Además, Ávila et al (2007) demostraron que las mujeres muestran mayor consumo regular de alcohol que los hombres, a pesar de ser menos las que consumen más regularmente, siendo los hombres un 24,6% frente al 30,9% de las mujeres.

Gráfico nº 1. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días en España por sexo y edad



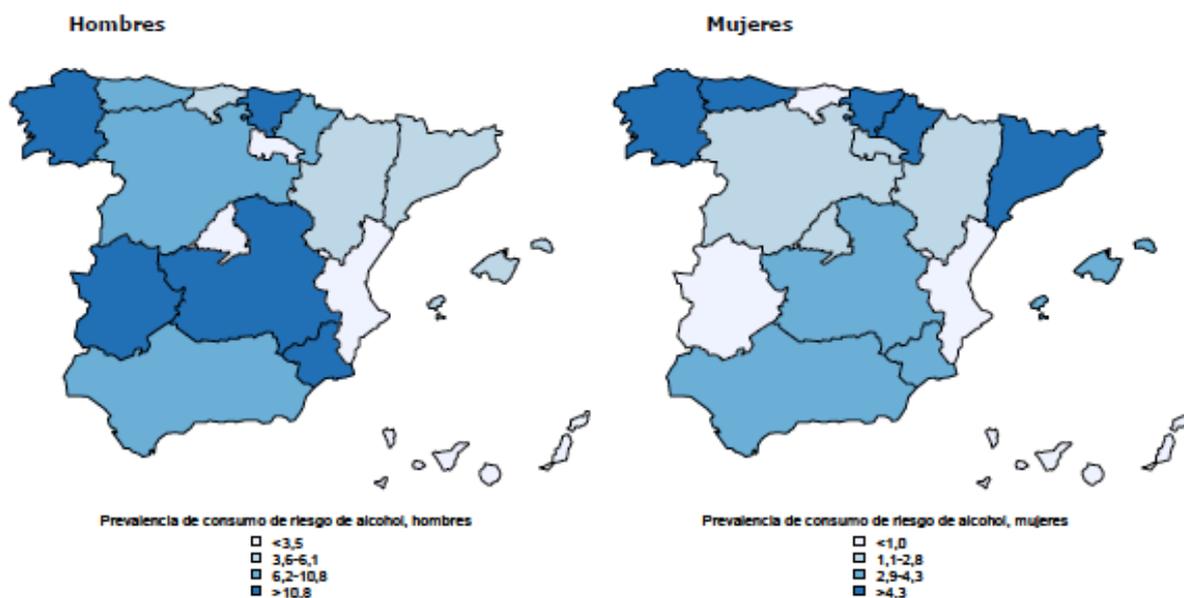
Fuente: EDADES 2007

Ya en el estudio *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003, en España* (Rodríguez-Sanz et al (2006), se mostraba como un 48,2% de hombres y 17,2% de mujeres afirmaban ser bebedores moderados, y un 6,4% de hombres y un 3,2% de las mujeres eran considerados bebedores de riesgo. Esta prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es tradicionalmente mayor en hombres que en mujeres. Asimismo se percibe como según la edad hay igualmente diferencias, así por ejemplo en los hombres en el rango de edad de 35 a 64 años el porcentaje es de 7,8%, y en las mujeres es de 4,2% para ese mismo grupo de edad.

Esta mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en hombre es extrapolable al ámbito de las CC.AA (véase gráfico nº 2). En hombres, se observa que hay mayor prevalencia en Murcia, Galicia y País Vasco (en estas dos últimas comunidades con una mayor tradición cultural del vino) mientras que en la Comunidad Valenciana y Canarias, entre otras, el porcentaje de hombres que declaran ser bebedores de riesgo es menor. En mujeres también hay diferencias entre CC.AA, en una menor proporción que con los hombres, observándose que las que ostentan mayor prevalencia

de consumo de riesgo de alcohol son Cataluña y el País Vasco (más del 5%), siendo mucho menores en el resto de comunidades.

Gráfico nº 2. Prevalencia de consumo en hombres y mujeres en las CC.AA de España en 2003



Fuente: Informe Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003, en España

6.2. El consumo de alcohol en la adolescencia

El incremento en el consumo de alcohol entre las mujeres españolas se viene percibiendo en las últimas décadas y se ha intensificado en los últimos años, cambiando las formas de uso y asociándose al fin de semana con ingestas más compulsivas y concentradas especialmente en el sector juvenil de 14 a 18 años. Esto es lo que viene a señalar el estudio *ESTUDES* (véase Tabla nº 2) que realiza un análisis evolutivo de distintas variables en el alcohol hasta el 2008, año en el que hay un repunte de la prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida con respecto al 2006 para ambos sexos, aumentando un 2,4 en los hombres y 1 en las mujeres. La edad media de inicio del consumo en 2008 se situaba en 13,6 en los hombres y en 13,8 en las mujeres. Comparando la evolución histórica desde 1994, los porcentajes no tienen un gradiente especialmente significativo aunque sí que se observan algunas variaciones mínimas.

El consumo de alcohol en jóvenes es mayor en mujeres que en hombres en las categorías de consumo en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y en fines de semana en los últimos 30 días. Otro de los datos más relevantes que nos ofrece dicho cuadro es que las mujeres se inician en el consumo de alcohol más tarde que los hombres, lo cual se puede atribuir como se explicará más tarde, al enjuiciamiento social que recae sobre las mujeres alcohólicas. Esto mismo se refleja en el apartado de frecuencia de borracheras en los últimos 30 días: las mujeres presentan mayores tasas que los hombres en la categoría nunca y 1-2 días, mientras que estos tienen mayor porcentaje de consumo en la categoría de 3-5 días y más de 5 días, lo que viene a confirmar lo que se ha comentado antes de que los hombres manifiestan mayor consumo de alcohol.

Tabla nº 2. Edad de inicio y Prevalencia de Consumo de Alcohol (P.C.A.) en adolescentes españoles

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10415	10374	8867	9668	8224	9341	10147	9777	12964	13946	12864	13076	12598	13586	14951	15232
P.C.A alguna vez en la vida	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7
Edad media de inicio consumo (años)	13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9	13,7	13,8	13,6	13,8
Edad media inicio consumo alcohol semanal (años)	–	–	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9	14,9	14,8
P.C.A. en los últimos 12 meses	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2
P.C.A. en los últimos 30 días	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4
P.C.A. en fin de semana últimos 30 días	–	–	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5	57,7	57,7	61,2	61,3
P.C.A. en días laborables últimos 30 días	–	–	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1	24,2	13,9	28,4	17,8
Frecuencia de borracheras últimos 30 días																
Nunca	77,7	79,5	75,2	78,8	75,2	76,4	62,1	66,6	62,1	65,8	55,3	59,4	54,4	57,2	49,4	52,1
1-2 días	14,7	15,2	15,4	16,5	16,4	17,8	23,9	23,7	24,3	24,9	25,6	28,3	28,9	30,7	30,2	32,4
3-5 días	4,9	4,2	6,8	4,0	5,8	4,9	10,5	7,7	9,8	7,3	12,9	9,8	12,6	10,3	13,9	11,9
> 5 días	2,6	1,2	2,6	0,8	2,6	0,9	3,5	2,0	3,9	2,0	6,2	2,5	4,1	2,3	6,5	3,6

Fuente: ESTUDES 2008

Otro factor a tener en cuenta que ha contribuido a disminuir los porcentajes de consumo de alcohol en líneas generales han sido las diversas campañas de

sensibilización llevadas a cabo por las instituciones a través de los distintos medios de comunicación, cuyo objetivo es concienciar e informar a la sociedad de los peligros y consecuencias del alcohol. Aún y todo la socialización se presenta como un factor decisivo en el inicio de consumo, al facilitar el acceso a consumir y a su normalización social.

6.3. Consumo de alcohol y clase social

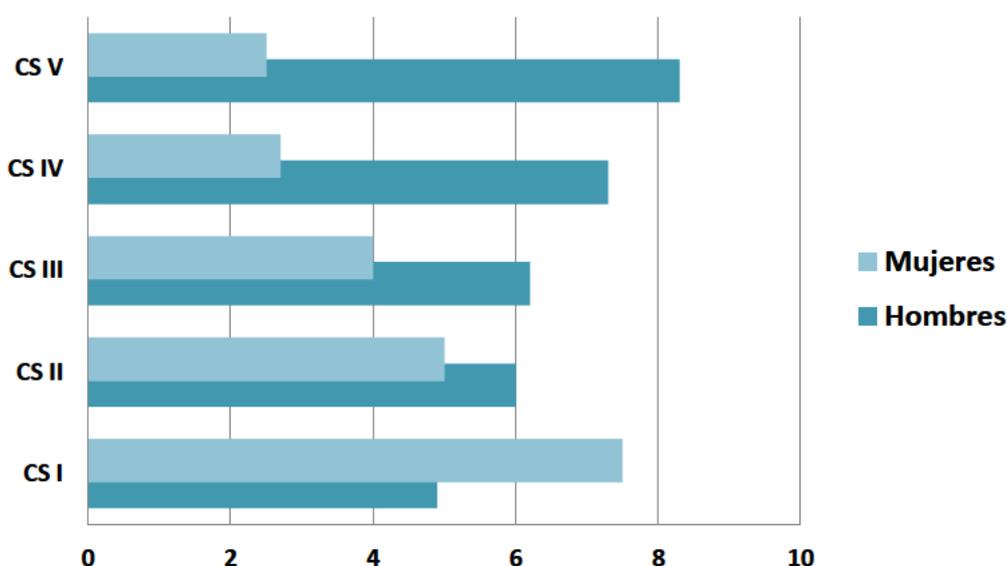
A la hora de analizar la situación del alcoholismo en España si cruzamos la variable género con la variable clase social (véase gráfico nº 3), se ve como existe un patrón de desigualdad. En los hombres, son las clases sociales más bajas: CSV – trabajadores no cualificados- con alrededor de un 8% y CS IV – trabajadores manuales cualificados y semicualificados- con un 6,5% los que presentan mayores prevalencias de consumo de riesgo de alcohol. En el género masculino, el gradiente que se observa es que a menor clase social más consumo, un consumo que va bajando gradualmente conforme aumenta la clase social. No obstante, en las mujeres sucede el efecto contrario, a mayor posición social mayor consumo de alcohol (aunque en menor proporción que los hombres), siendo la CS I – grandes empresarias, directivas y profesionales de segundo ciclo- en torno a un 7% y en la CS V – trabajadores no cualificados- un 2,5%.

Esta diferencia puede ser explicada por las diferencias sociales existentes entre ambos sexos en el mundo laboral. La mujer de clase social alta, a pesar de disponer de mayores conocimientos y una mayor formación educativa, se le exige más una vez alcanzado el éxito. Se ve sometida a situaciones de alto estrés, ansiedad y presión laboral que inciden en el estado anímico de las mujeres con el consiguiente riesgo de depresión. Una depresión que permite ver en el alcohol la única salida a dichas situaciones, como una vía de escape ante esos problemas.

De igual manera si se cruza la variable género con la clase social (agrupados por trabajadores manuales y no manuales) y la comunidad autónoma, esta diferencia se mantiene en todos los casos. Para el total de España, en los hombres hay mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en los trabajadores manuales, mientras que en las mujeres el consumo es mayor en las trabajadoras no manuales. En el caso de

Navarra este patrón de desigualdad se mantiene, siendo un 8,5% para hombres manuales y un 4,5% para no manuales, frente al 4% y al 7% respectivamente en mujeres. Otro hecho que destaca es el alto porcentaje de mujeres alcohólicas entre las amas de casa (Ávila Escribano y Parra, 2007), situado en el 33,3%, y entre cuyos factores de riesgo se señala la “soledad” percibida por este colectivo en su actividad laboral.

Gráfico nº 3. Consumo de alcohol según clase social



CSI: Grandes empresarios, directivos y profesionales de segundo ciclo,
 CSII: Pequeños empresarios y profesionales de primer ciclo,
 CSIII: Trabajadores administrativos, supervisores, trabajadores de seguridad,
 CSIV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados
 CSV: Trabajadores no cualificados

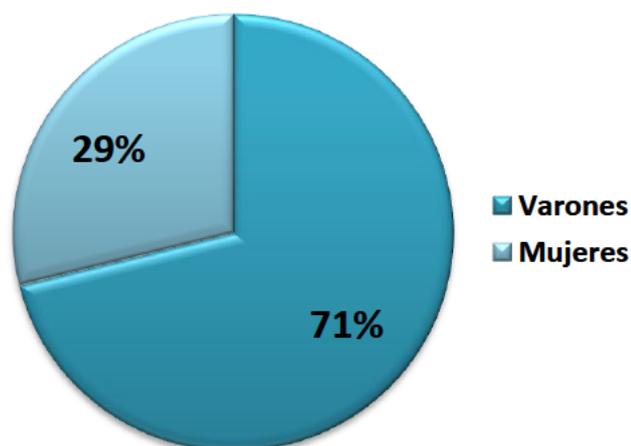
Fuente: Informe Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003.

6.4. Consumo de alcohol y mortalidad

No es fácil cuantificar el número de decesos provocados por el alcohol, ya que en muchos de ellos no está claro su grado de incidencia o implicación, pero tradicionalmente sí que hay una enfermedad asociada al consumo de alcohol: la cirrosis hepática. En 2010 el número de defunciones en España por esta enfermedad ascendió a 5.505, de las cuales el 71% fueron hombres y el 29% mujeres (véase gráfico nº 4). Aquí nuevamente se observa la mayor prevalencia del consumo de alcohol por parte de los hombres respecto a las mujeres. Esta cifra supone una disminución del 11% respecto a 2009 y ha sido más significativa en el hombre que en la mujer, un 22% y un 0,7% respectivamente. Este menor porcentaje puede indicar que los síntomas en las mujeres

se detectan más tarde y la posibilidad de curación de esas enfermedades es mucho menor.

Gráfico nº 4. Defunciones por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en 2010



Fuente: Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992.

Esta diferencia entre ambos sexos es una característica que se ha mantenido a lo largo del tiempo. El Atlas de Mortalidad 1978-1992 señala que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática en hombres en ese periodo había sido un 33,65% y en las mujeres en 11,01% (ver Anexo). En hombres, las comunidades con mayor número de muertes fueron las pertenecientes al sur del país: Melilla, Cádiz, Sevilla, Málaga y Santa Cruz de Tenerife. En mujeres las muertes estuvieron más distribuidas: Ceuta, Málaga, Valencia, Barcelona y Pontevedra. Curiosamente las provincias con mayor incidencia son provincias de la costa (excepto Sevilla) y puede responder a los hábitos y estilos de vida predominantes en esas provincias. Otros estudios (Regidor *et cols*, 2006) vienen a confirmar esta disminución de mortalidad por cirrosis hepática y además establecen una clasificación de muertes asociadas al alcoholismo:

- a) Neoplasias malignas: cáncer de labio, faringe, esófago, laringe, estómago e hígado.
- b) Enfermedades mentales: psicosis alcohólica, síndrome de dependencia alcohólica, abuso de alcohol.

- c) Enfermedades cardiovasculares: hipertensión esencial, cardiomiopatía alcohólica y enfermedades cerebrovasculares.
- d) Enfermedades respiratorias: tuberculosis respiratoria, neumonía y gripe.
- e) Enfermedades digestivas: gastritis, hígado graso, cirrosis, pancreatitis, hepatitis alcohólica, otras enfermedades del estómago, duodeno y esófago.
- f) Accidentes no intencionados: accidentes con vehículos, caídas, envenenamientos.... derivados del alcohol.
- g) Accidentes intencionados: suicidios y homicidios intencionados.
- h) Enfermedades metabólicas: diabetes
- i) Otras enfermedades: nivel excesivo de alcohol en la sangre, polineuropatías...

Según esta clasificación la tasa de mortalidad por alguna de estas causas en el año 2000 se situaba en 51,7 por 100.000 habitantes, porcentaje que disminuyó al 46,2% en 2006 y para ambos sexos por igual. La clasificación de enfermedades propuesta por Regidor (véase tabla nº3) señalaba también un descenso en los porcentajes de cada una de ellas excepto en los trastornos mentales, donde aumentó un 0,1%. En cambio las muertes por cirrosis, incluida en enfermedades digestivas, disminuyeron un 5,2%.

Tabla nº 3. Defunciones asociadas al alcoholismo según la clasificación propuesta por Regidor

Enfermedades
Enfermedades
Enfermedades
Accidentes no
Accidentes in
Enfermedades
Otras

Tabla 3. Tasa de Fuente: Evolución de la mortalidad atribuible al alcohol en España (2000-2006)

6.5.) Síntesis

En los estilos de vida como el alcoholismo son factores determinantes el género, la edad, la clase social y la mortalidad, ya que determinan el ambiente sociocultural de la persona y los valores y oportunidades al alcance de la población.

- Edad: En los hombres el consumo es estable con el paso de los años. Las mujeres en cambio manifiestan una mayor ingesta en las edades más tempranas especialmente en el rango de 15-24 años. Este grupo ha incorporado los hábitos de consumo propios de los hombres. Las mujeres se inician antes que los hombres, no consumen tan frecuentemente como ellos pero cuando lo hacen la ingesta es mayor. Esta diferencia entre sexos continúa en los distintos grupos de edad. Dentro de España, hay comunidades con mayor o menor consumo de alcohol. En mujeres destaca todo el norte peninsular con Galicia, País Vasco, Navarra y Cataluña a la cabeza.

- Clase social: En los hombres a menor clase social más consumo, en cambio en las mujeres sucede el efecto contrario, a mayor posición social mayor consumo de alcohol. Esta conducta puede explicarse por la situación experimentada por las mujeres, una situación de alto estrés, ansiedad y presión laboral que incide en el estado anímico de las mujeres con el consiguiente riesgo de depresión. Esto facilita que el alcohol sea visto como una vía de escape ante esos problemas.

- Mortalidad: La mortalidad ligada al alcohol sí que ha experimentado un retroceso a nivel general, si bien las diferencias entre ambos sexos siguen existiendo en un grado de incidencia muy alto en detrimento de las mujeres, presumiblemente por la asintomatología presentada y por la consiguiente detección tardía de la enfermedad. Entre las principales defunciones encontramos las digestivas (cirrosis hepática...), los accidentes no intencionales (accidentes de tráfico...) y las neoplasias malignas (cáncer de estómago, hígado...).

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los apartados anteriores nos han permitido realizar una introspectiva en la situación del alcoholismo en los últimos sesenta años. En función del objeto de nuestra investigación se ha dividido el análisis en dos grandes bloques. En el primer apartado, a partir de la obra de Gómez Moya (2006), se investigan todos los factores sociales presentes en el alcoholismo femenino y sus repercusiones. En el segundo apartado, se extraen los resultados que se han obtenido del análisis de información obtenida y que se centra en dos aspectos: legislación y campañas de divulgación informativa.

7.1. Factores sociales presentes en el alcoholismo femenino

7.1.1. El consumo en la sombra

Si hay algo que caracteriza a las mujeres alcohólicas es el grado de aislamiento social, secretismo y en cierta manera la clandestinidad. La mujer alcohólica es más prudente, hace un uso más limitado del alcohol en público, se oculta más y no exterioriza tanto el consumo. Este hecho es también trasladable al consumo de otras sustancias psicoactivas como la cocaína, el hachís... Esta diferencia entre hombres y mujeres alcohólicas reside en los mismos valores culturales en los que se sustenta la sociedad, que otorgan una mayor *naturalidad* en el consumo de alcohol del hombre que en la mujer. El consumo de alcohol femenino genera más alarma social que el masculino, es visto desde una perspectiva diferente que implica un comportamiento poco prudente.

Las diferencias socioculturales implícitas en el género ven a la mujer como una persona de segundo orden, con una posición de sumisión respecto al hombre y con una capacidad de iniciativa y de independencia limitadas. A los hombres se les presupone actores principales, dinámicos, enérgicos, decisivos e independientes, y se les anima a manifestar su virilidad a través de la bebida, y a las mujeres se las ve desde la periferia en lo que se refiere a la bebida y son castigadas más severamente si beben demasiado.

Si un hombre bebe demasiado es visto con una óptica diferente a la de una mujer: ésta se habrá sacrificado socialmente por una botella, mientras la masculinidad del hombre se ejemplifica en frases populares como “*solo los hombres de verdad beben*”. Lo que hay es una mayor tolerancia hacia los alcohólicos varones. Estos, además, tienen la percepción de que si las mujeres ingieren alcohol les será mucho más fácil iniciar o mantener relaciones sexuales con ellas por lo cual ellas reciben más propuestas y se las presiona más (Díaz, 2002).

Las mujeres que abusan de la bebida se ven sometidas a este rechazo a nivel social al poner en peligro su feminidad y su papel como mujeres. A los ojos de la sociedad la mujer alcohólica ha fracasado en su papel social de mujer y se la considera una inadaptada que ha fracasado ante las ayudas proporcionadas por la sociedad en sus diferentes ámbitos y se encuentra por tanto “desviada” socialmente. Estos estigmas sufridos por las mujeres alcohólicas derivan en sentimientos de vergüenza, humillación, culpabilidad... que les obliga a encontrar refugio frente a esta mirada estigmatizadora de la sociedad, y es en sus casas donde encuentran esta privacidad.

7.1.2. La dependencia

A la hora de recibir un tratamiento, la dependencia se constituye como un factor clave al conceder mayor relevancia a aquellos casos que ya han instaurado un patrón dependiente en el consumo de alcohol. De esta manera los profesionales otorgan prioridad a estos casos y tratan de hacer un diagnóstico precoz para evitar futuros casos de dependencia que supondrán tanto problemas de índole personal para el sujeto como para el propio sistema sanitario: costes del tratamiento, etc.

Además de esta, hay otro tipo de dependencia ejercida por las mujeres alcohólicas que se basa más en cuestiones de carácter social y en el papel al que ellas se ven sometidas en la sociedad. Es el caso de la soledad experimentada, una soledad iniciada por el mito social preconcebido de que ellas necesitan depender de alguien para sentir que existen. La falta de autonomía personal predispone a las mujeres a encargarse y cuidar a los demás, lo que les lleva a creer que esto evitará su propio aislamiento y les hará sentirse útiles. Pero en realidad lo que se consigue es el efecto contrario: las mujeres conforme va pasando el tiempo y al no ocuparse de sí mismas, se van dando

cuenta de su soledad y de su inexistencia social. Si esto ocurre en la etapa de abstinencia se corre el riesgo de que la mujer traslade esta dependencia a otros referentes como pueden ser los profesionales. En cambio, si es la mujer quien tiene el problema, ella se considera la única responsable de su solución (Ettorre, 1998). La soledad que se menciona en las líneas anteriores, unida al deterioro progresivo de las relaciones familiares y vínculos sociales, lleva progresivamente a la marginación de la mujer. A todo esto hay que añadir el papel de dominio de los hombres frente al papel sumiso que se presupone a las mujeres, un vínculo y dependencia entre ambos, mayor en el caso de la mujer.

Hay estudios (Galera y Roldán, 2005) que ponen de manifiesto la relación de dependencia existente en el papel de madre y el consumo del alcohol. En ellos se afirma que el papel de madres que la sociedad impone se torna difícil y pesado, incluso desagradable. En el caso de varias de ellas, la custodia de sus hijos fue asumida por los servicios sociales tras lo cual (las madres) necesitaron ayuda psicológica al considerar que “sus hijos eran lo único que les pertenecía” y cuya custodia y responsabilidad recaía en ellas única y exclusivamente. La dependencia les creó un fuerte sentido de la culpabilidad en torno a cuestiones como dar a luz a niños en un mundo tan complejo, no haber sido capaces de aceptar el papel maternal, la imposibilidad de proveer algo para sus hijos e hijas, y traerles al mundo en una igualdad de condiciones similar a la que tuvieron ellas. Afirmaban ser malas madres por no poder estar al lado de sus hijos debido a la dependencia alcohólica a la que se veían sometidas y ser un mal ejemplo para ellos y ellas. Por tanto vemos como la dependencia en mujeres alcohólicas supone otro problema y su tratamiento debe centrarse en una perspectiva individual y no social y colectiva: las mujeres han sido socializadas y valoradas por su rol de cuidadora, y el desempeño de esta labor como eje vital debe tratarse y analizarse desde una perspectiva de género.

7.1.3. La socialización como eje de la “desviación”

Como se ha visto en los apartados anteriores, el alcohol convierte a la mujer alcohólica en una desadaptada social que actúa al margen de los valores y normas socioculturales establecidas en la sociedad. Ésta, por medio de la socialización, es la que ejerce como mecanismo de control social en la interiorización de dichas normas. Guy

Rocher (1990) establece una definición para el concepto de socialización en el que distingue tres elementos que intervienen en ella: a) la cultura (entendida como adquisición de conocimientos, valores...), b) la integración de la cultura en la personalidad del sujeto como estructura permanente dentro de ella, y c) la adaptación al entorno social del individuo, un entorno con diferentes pautas socioculturales que, consciente e inconscientemente, la persona interioriza. Otros autores como Luckman y Berger (1968) distinguen dos tipos de socialización: la primaria y la secundaria. La primaria vendría a ser la que se obtiene en la formación de la etapa infantil a la etapa adulta, los roles que se asumen, normas, valores, etc. La secundaria englobaría el resto de procesos que le inducen a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. En las siguientes líneas se concretan el papel que desempeñan estos factores socializadores dentro del alcoholismo femenino:

a) El círculo familiar. La familia se presenta como un pilar socializador fundamental, ya que no sólo asegura la supervivencia física del sujeto sino que también transmite valores y ayuda a construir su identidad (Froufe Quintás, 1995). El estudio de Gómez Moya (2006) da una nueva mirada a la familia bajo la perspectiva de las mujeres alcohólicas: ellas saben y temen las consecuencias que tiene su alcoholismo en el núcleo familiar en cuanto a proporcionar valores, pero no se ven capaces de hacer nada para solucionarlo sin la ayuda de un profesional. La socialización que ellas han experimentado a lo largo de sus vidas les supone un conflicto entre las normas sociales más liberales (incorporación al mercado laboral...) y las impuestas (más tradicionales) al rol de madre y mujer por la sociedad. Se trata de un desequilibrio al que la mujer ha tenido que adaptarse y que en ocasiones resulta muy difícil conseguirlo con el consiguiente riesgo de caer en el consumo de alcohol. Gómez Moya (2006) señala que se pueden encontrar dos etapas en la socialización de la mujer alcohólica. La primera abarcaría la infancia y adolescencia antes de instaurar la dependencia alcohólica. En esta etapa se daría un proceso socializador fundamental en el que el contexto social y los factores sociales pueden presentarse como obstáculos. La segunda etapa, denominada resocialización, es cuando la mujer alcohólica inicia su recuperación, momento en el que debe socializarse de nuevo.

El alcoholismo y las conductas vinculadas a él se han convertido en principios organizadores en torno a los cuales se estructura la vida de la familia. En estas familias

se incrementan las conductas reguladoras (comida, sueño, tareas de casa, horario) atenuando el proceso de crecimiento personal y familiar. Se distinguen áreas y niveles de ritualización. El ciclo embriaguez - sobriedad del alcoholismo corrompe estas conductas reguladoras, alterándolas profundamente, como por ejemplo los cambios producidos en los horarios de trabajo, que pueden desembocar en desestructuración familiar. Las modificaciones e intentos que hace la familia para adaptarse a ese ciclo refuerzan la identidad de esa familia como alcohólica. El estado interaccional de la embriaguez con relación al ciclo embriaguez-sobriedad pone en marcha una “*serie, compleja pero predecible, de interacciones entre los miembros de la familia*”. Desde el punto de vista de la transmisión intergeneracional del alcoholismo, la conducta ritual puede ser una variable marcadora para la familia. A mayor decisión de la familia de proteger los rituales familiares del alcoholismo, menor probabilidad de transmisión intergeneracional del alcoholismo. Además, hay que decir que el rol que tiene la familia en el proceso de rehabilitación es fundamental a la hora de superarlo, su apoyo permite a la mujer alcohólica mayores posibilidades de éxito. El núcleo sufre modificaciones en este nuevo contexto que está atravesando: la mujer alcohólica provoca situaciones causadas por los efectos del alcohol y no ejerce su labor social, causando gran inestabilidad afectiva y organizativa en la familia, y se convierte en el foco de atención de esta.

b) Las relaciones familiares. Gómez Moya (2006) observó que gran parte de las mujeres alcohólicas afirmaban haber tenido relaciones difíciles con sus padres-madres y se sugiere que el consumo de alcohol es una expresión de búsqueda para aliviar sus propios sentimientos de poco afecto. Está demostrada la importancia del modelo de los padres dentro del conjunto de influencias sociales. Una mala relación con los padres implica la eliminación de la influencia del modelo pasivo como factor protector, así como la desaparición de la norma subjetiva que lleva al adolescente a ajustar su conducta de acuerdo con la posición de figuras relevantes de su entorno, como en este caso sus padres. Tener una estrecha y buena relación entre padres e hijos (e hijas) favorecería el desarrollo de una mayor autorregulación y unas habilidades sociales más efectivas.

c) La permisividad y normalización social. España es uno de los países con mayor consumo de alcohol por habitante y año en Europa. Dicho consumo se realiza en

parte en el contexto familiar, produciéndose de forma claramente perceptible para el joven, por lo que el papel que juega la familia es básico en el proceso de socialización en cuanto a valores en torno al alcohol. Los hábitos de los familiares y personas cercanas al adolescente influyen a la hora de establecer. La postura de los padres se caracteriza por adoptar una pauta de normalización hacia el alcohol, restándole importancia y a menudo incitando a su consumo entre los más jóvenes. Entre los factores determinantes de la normalización social del alcohol se identifican la falta de autoridad, la indiferencia de padres, madres y profesorado, la ausencia de valores sociales consolidados; el sentido cultural que se da al consumo de alcohol en el ocio, o la priorización de otros problemas en los adolescentes como el tabaquismo o la toxicología en drogas más duras.

Estudios (Palacios, 2005) indican que existe mayor tasa de adolescentes bebedores cuando el padre y el mejor amigo beben, en cambio no se encontró ningún gradiente entre adolescentes con madres bebedoras y abstemias. La explicación puede encontrarse en el menor tiempo que los adolescentes pasan con su madre frente al tiempo que pasan con sus amigos. La influencia del padre en los varones puede deberse a que éste sea percibido como una figura competente, que hace frente al consumo de alcohol de manera controlada, generando una sensación de control y una actitud pro-droga. Esta figura de modelo competente sería percibida como más cercana entre los varones que entre las mujeres. Supuestamente, deberíamos encontrar esta misma relación entre las chicas y el modelo femenino de sus madres, pero no es así, probablemente porque el número de madres bebedoras es mucho menor y no refleja diferencias significativas. Durante la infancia la relación materno-filial es especialmente relevante, sin embargo va perdiendo fuerza durante la adolescencia, lo que puede debilitar su influencia como modelo.

d) El consumo de otras sustancias psicoactivas. Aquellas personas cuyos modelos socializadores beben tienen en general una mayor predisposición a probar el alcohol y otras drogas. El consumo de sustancias legales como el tabaco o el alcohol supone la antesala al consumo de sustancias ilegales como la marihuana, la cocaína..., siendo el proceso habitual: 1º alcohol, 2º tabaco, 3º marihuana y 4º otras. Se ha demostrado que aquellos adolescentes con una percepción normalizada del consumo del

alcohol tienen una mayor frecuencia e intensidad de consumo de drogas legales y una mayor disponibilidad a probar sustancias ilegales.

Kandel et al (1992) vienen a corroborar estas afirmaciones y proporcionan un modelo de escala basado en la progresión en el consumo, empezando por las drogas legales, como el tabaco y el alcohol. Estas drogas facilitarían el consumo de marihuana, que actuaría como puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales y de fármacos psicoactivos. La asociación vendría determinada por el consumo inicial del tabaco, y a la búsqueda de los efectos inmediatos en el caso del alcohol, además de otros mecanismos comunes, como el carácter simbólico de trasgresión y los efectos socializadores del consumo.

7.1.4. La violencia en mujeres alcohólicas

Como hemos visto en los apartados anteriores, los distintos factores sociales que intervienen en el alcoholismo femenino legitiman el poder masculino lo que les permite influir posteriormente en la forma de tratar el consumo de alcohol y otras drogas, pero también influye en el uso de la violencia física/doméstica contra la mujer. La mujer como sujeto social, y al igual que el hombre, puede sufrir cualquier tipo de acción, violenta o no. Pero en base a su condición de mujer, es susceptible de ser la víctima de otra serie de delitos. La sociedad en su conjunto permite que se produzca la agresión en los tres ámbitos principales en los que se desarrolla la persona: el maltrato en el medio familiar, la violación en el medio social y el acoso sexual en el medio laboral.

La tesis de la caballerosidad esgrimida por Smaus (1990) afirma que el hecho de que haya menos mujeres en prisión responde a un presunto trato "benévolo" por parte de los jueces (de las instituciones por tanto). Visto esto bajo el prisma de una mujer alcohólica puede decirse que ésta puede ser percibida como "menos víctima" por no adecuarse a la imagen de mujer convencional o socialmente deseable. En juicios por malos tratos en el que el alcohol está presente, el papel de la mujer como víctima es cuestionado mientras que en el hombre alcohólico la percepción es más benévola tanto en el delito como en su persona.

Se puede hablar de diferentes niveles de victimización de la mujer en una situación de violencia doméstica: a) un primer nivel en el que es vista como víctima del maltrato en sí mismo y el hombre es visto como agresor, y b) un segundo nivel en el que se victimiza a la mujer en el momento en el que se emplean expresiones o situaciones que justifican la agresión, apoyadas en el dominio social ejercido tradicionalmente por los hombres. Si la mujer es alcohólica se añade un tercer nivel de victimización: la autopercepción de trasgresión social que tiene esta mujer como el realizar una conducta atribuida tradicionalmente a los hombres o el dejar de desempeñar su rol social...El no realizar las tareas que se le atribuyen socialmente hace “más” justificable su agresión, parece como si fuera necesario incluso para ejercer como correctivo, con lo cual, la victimización es aún mayor, se la considera una mujer perdida, una mujer promiscua.

Todo lo contrario ocurre en el caso del hombre agresor. El alcohol le exime de responsabilidad en su acto y se le otorga el rol de enfermo, sin cuestionar en ningún momento sus responsabilidades como sujeto social. Esta situación provoca que las mujeres corran más riesgos que los hombres de sufrir episodios violentos tanto por personas desconocidas como por familiares o por sus parejas. El velo culpabilizador que llevan impuesto las mujeres alcohólicas es el que las lleva al secretismo en el consumo que se ha comentado anteriormente. La exculpación moral de hombres agresores bajo el efecto del alcohol se da al mismo tiempo que la culpabilización de la mujer alcohólica. Esta idea de que la mujer es la única susceptible de ser víctima de la violencia, de víctima pasiva e inferior, es reforzada por el hecho de que en el caso de que sea la mujer alcohólica la agresora respecto al hombre que aparece como víctima, la reacción social sea de incredulidad, mofa y burla, negándole cualquier crédito e importancia a la agresión.

7.2 Respuestas, tratamientos y políticas actuación de las instituciones al alcoholismo femenino

El estudio de Gómez Moya (2006) pone de manifiesto que el secretismo característico de este grupo es una de las principales causas que impiden su tratamiento. Hoy en día una barrera muy importante en las instituciones rehabilitadoras es el aumento de su despersonalización y su descoordinación entre los distintos servicios que forman parte del programa. Los recursos con los que se cuenta al tratar a las pacientes

consta de tres ejes: médico-asistencial, rehabilitador y preventivo. El eje al que se concede más importancia y que trata de potenciar por parte de la administración es el médico-asistencial, mientras que los otros dos ejes son considerados secundarios. A esta barrera burocrática hay que añadirle la “preferencia” de la administración por las drogas ilegales, a las que se les concede mayor importancia, ya que el alcoholismo es visto como algo secundario. Aquí como se puede ver, los conceptos de permisividad y normalización social juegan un papel importante en la hoja de ruta marcada por los programas. A esta dificultad en el tratamiento del alcoholismo femenino hay que añadirle el hecho de que muchas mujeres no se consideran toxicómanas o drogodependientes, no ven el alcohol como una droga. Ello, junto con el ocultismo y el temor generalizado, evita que acudan a los centros de tratamiento. Estos factores de tipo estructural y de tipo personal hacen muy difícil que tengan una respuesta adecuada a su problema y dificultan el acceso a los centros de asistencia para recibir la ayuda necesaria.

Otro problema que se presenta en el tratamiento es la propia situación personal de la mujer. Muchas mujeres no consiguen terminar y el número de mujeres que se encuentran en proceso de rehabilitación es considerablemente menor que en los hombres. Es aquí donde entra en juego la importancia del apoyo familiar, aunque el ocultismo de las mujeres alcohólicas se extiende a los demás miembros de la familia en numerosas ocasiones, impidiendo la normalización y regularización del problema, y evitando así el poder incorporarse a programas de rehabilitación. El estudio de Gómez Moya (2006) menciona el papel decisivo que tienen la familia de origen, especialmente las madres o hermanas a la hora de someterse al tratamiento a diferencia de las parejas que lo ven con un poco más de recelo. A pesar de todo, la no colaboración de la familia y el dominio ejercido por el hombre en las relaciones de pareja (que deriva en la violencia doméstica) suele ser frecuente y ello impide nuevamente que el tratamiento llegue a buen término.

Sobre esta idea Vannicelli (1984), señala tres obstáculos que pueden reducir la rehabilitación en mujeres alcohólicas: 1) una peor respuesta al tratamiento según las expectativas puestas por los terapeutas, 2) la idea preconcebida de que las mujeres tienen menos potencial para el cambio en las pautas de consumo, y 3) la creencia en la ineficacia del tratamiento al no disponer de información sobre el pronóstico en las

mujeres alcohólicas. Otro factor que puede convertirse en obstáculo es la soledad con la que afrontan la rehabilitación las mujeres en todo su proceso, produciéndose un vacío afectivo provocado por el alcohol y que les hace ser partícipes de un sentimiento de culpabilidad, pero también les fomenta una necesidad de recuperar el amor y la comprensión de sus familiares y amigos más próximos. La negativa de estos a la petición de auxilio de la mujer convierte la rehabilitación en algo personal, en algo que solo ella puede llegar a conseguir, una travesía en el desierto con la que conseguirá dejar atrás los miedos y fantasmas del alcohol.

Se trata en definitiva de un conjunto de factores que hay que tener en cuenta a la hora de tratar el alcoholismo femenino. De lo contrario la intervención puede ser más perjudicial que beneficiosa. En esta intervención se debe tener en cuenta todos estos factores y características que hemos ido comentando y evitarlas en la medida de lo posible: conviene evitar el secretismo que le rodea y el enjuiciamiento moral al que se ve sometida la mujer como consecuencia de no desempeñar su rol en la sociedad. Lo que se trata de potenciar es la creación y consolidación de terapias de grupo exclusivamente femeninas, la homogeneización de estos grupos permite tratar temas sin barreras de género como pueden ser temas sexuales, recaídas... En mayor medida que los hombres, un clima de confianza y de seguridad es necesario en el proceso de recuperación y tratamiento del alcoholismo femenino, debido principalmente a ese enjuiciamiento social, pero también por los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad existentes, aspectos que son señalados frecuentemente como indicadores del fracaso en los grupos de terapia mixtos. Los grupos de terapia, de esta manera, reemplazan el papel que hasta entonces había venido ejerciendo el alcohol en las mujeres y los avances que en ellos se den suponen el mejor refugio que pueden encontrar frente a las frecuentes dudas que surgen en las implicadas en el proceso de rehabilitación. Los profesionales deben ejercer sus funciones en pro de la orientación y de la enseñanza de las ventajas y desventajas que presenta la abstinencia en las mujeres. Sin la colaboración de ambos, es difícil que el proceso sea efectivo.

La familia se convierte una vez más en un pilar imprescindible en su recuperación, pese a la falta de cooperación que ofrece en muchas ocasiones por la tabuización de este problema. Al reducirse el círculo social emerge el sentimiento de soledad con el consiguiente riesgo de depresión. En el estudio de Gómez Moya (2006)

se señala la necesidad de las propias mujeres de aprender a ayudarse a sí mismas para hacer aquello que les da fuerza para facilitar su posterior recuperación, evitándose situaciones no deseables por ellas y personas que la frenan. La fuerza y capacidad de superación de las circunstancias en el caso de las mujeres alcohólicas proviene del conocimiento de qué es aquello que les hace daño y les ha ocasionado sufrimiento; una vez que lo conocen empieza el tratamiento de rehabilitación y ese afán por salir adelante permite alumbrar una nueva esperanza en su experiencia personal.

También desde otras instituciones se intenta combatir y prevenir el consumo de alcohol generalizado que está instalado en la sociedad como es el caso del ámbito educativo, dado que las nuevas generaciones tienden a iniciarse cada vez antes en el consumo. En los estudios realizados a docentes (Cerdá et cols, 2010), el consumo de alcohol es (o debería ser) una responsabilidad compartida por distintos actores sociales: el profesorado, la familia, la Administración y el personal sanitario. La familia es vista como un interlocutor ineficiente en la comunicación con los jóvenes y como un actor pasivo en la colaboración con la escuela. En esta insuficiente participación familiar intervienen aspectos como la permisividad social, la normalización con la que se trata el tema, o una postura de comodidad que prioriza otros temas como la drogadicción. La comunicación triangular padres-hijos-profesores debería configurarse como principal mecanismo para asegurar la información, conocimiento y control en todo el proceso de inicio o de consumo de alcohol en los adolescentes. Según el profesorado, los programas actuales contra el alcohol apenas tienen impacto (pese a disponer de aceptación social), o no son recibidas de manera positiva (y por tanto no tiene el efecto deseado). El papel de los sanitarios es destacable pero insuficiente, ya que debería contemplar también una dimensión preventiva. La necesidad de formación específica del profesorado se convierte en una condición imprescindible para garantizar el éxito de las medidas implementadas contra el alcohol.

7.2.1. El alcoholismo femenino en las políticas institucionales

Hasta ahora se han revisado los múltiples factores sociales presentes en el alcoholismo femenino que impiden su adecuada intervención social por parte de las instituciones. Dichos factores impiden que la recuperación de la mujer alcohólica sea efectiva y en la práctica, no son tenidos en cuenta por las instituciones y organismos.

Este apartado pretende evaluar cuál es la respuesta proporcionada por dichos entes a través de dos aspectos: legislación y campañas de divulgación informativa atendiendo a lo establecido en el apartado metodológico.

7.2.1.1 Legislación

a) España

A nivel de España hay que destacar la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, la conocida Ley de Igualdad de Género, que incluye, entre otros aspectos la política de salud a mujeres. Concretamente es el artículo 27 el encargado de regular la integración del principio de igualdad en política de salud que señala lo siguiente:

- 1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.*
- 2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.*

Dicho artículo señala que serán las administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, las encargadas de desarrollar de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

- La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.*
- El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.*
- La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.*

- *La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.*
- *La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.*
- *La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.*

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad también ofrece unos enlaces a la legislación vigente sobre el alcohol, aunque ninguno de ellos hace mención expresa al alcoholismo femenino y su forma de tratarlo, sino que están dirigidos a la regulación, venta y consumo de bebidas alcohólicas. Ninguno incluye referencia al tratamiento por género. Los Planes de Acción y Estrategias dictaminadas a nivel europeo y global presentes en la web vienen son los siguientes:

- **Carta Europea sobre el Alcohol (1995):** señala el derecho a tratamiento, asistencia y prevención a todas aquellas personas que consumieran alcohol de una forma nociva y dañina, así como a sus familiares. El tratamiento que propugna no tiene en cuenta los factores asociados al alcoholismo femenino.
- **Declaración de Estocolmo (1995):** promovida por la OMS ponía en el punto de mira al consumo en la población joven y proponía medidas para reducirlo. No hay diferenciación por género. Desde la perspectiva de la Salud Pública lo único que se señala es lo siguiente:

[...] no hay evidencias científicas para establecer límites de seguridad en el consumo de alcohol, y particularmente en niños y jóvenes adolescentes, los grupos más vulnerables. Muchos niños son víctimas también de las consecuencias de la bebida de otros, especialmente miembros de la familia, que se traduce en problemas de ruptura familiar, pobreza económica y emocional, dejadez, abuso, violencia y pérdida de oportunidades. Las políticas de Salud Pública relativas al alcohol necesitan estar formuladas por intereses de salud pública, sin interferencia de los intereses comerciales.”

- **Estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol (2001):** supone un preámbulo al Plan Europeo de Acción. Prevé entre

otras cosas, la preparación y aplicación de estrategias y medidas sobre determinantes relacionados con el estilo de vida como el alcoholismo. Subraya el estrecho vínculo entre el abuso del alcohol y el déficit de productividad en el trabajo, el desempleo, la marginación social y la exclusión, la violencia doméstica y el deterioro de la estructura familiar, la delincuencia, la carencia de domicilio y los trastornos de salud mental. Considera que toda acción comunitaria debería centrarse en medidas que aporten valor añadido, en las que se tengan en cuenta todas las posibilidades que ofrece el futuro programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública; pero que no obstante debería incluir también medidas en ámbitos distintos de la política sanitaria. A pesar de esto, no cita en ningún momento la posibilidad de hacer diferenciación por género en el alcoholismo femenino.

- **Recomendación del Consejo sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, y en particular, niños, niñas y adolescentes (2001):** Comparte objetivos y acciones con la Estrategia del mismo año, solo que su aplicación está dirigida a colectivo joven e incide con mayor profundidad en la importancia en los programas formativos y educativos. Sus recomendaciones son generales, no distingue entre el alcoholismo femenino del masculino.
- **Plan Europeo de actuación sobre el Alcohol:** llevado a cabo entre el 2000 y el 2005, centraba su atención en la puesta en marcha de Planes de Acción en los países miembros con el fin de reducir el daño por el consumo de alcohol. Objetivos específicos eran los jóvenes y los conductores. En lo que nos atañe hace referencia a la importancia de los centros de atención primaria y hospitales generales como apoyos clave a la hora de identificar y tratar a pacientes con problemas de alcohol. Eran los garantes de ofrecer un tratamiento accesible y eficaz a pacientes con consumo peligroso y nocivo de alcohol y con dependencia alcohólica. Este tratamiento tenía carácter general, no discriminaba por género.
- **Plan Europeo de actuación contra el alcohol 2012-2020:** promovido por la O.M.S. en coordinación con la oficina regional para Europa. Realiza un diagnóstico cuantitativo del consumo de alcohol y establece unos objetivos entre los que se encuentran: a) detectar aquellos condicionantes sociales que influyan en

él y b) la importancia de los servicios de salud en dar respuesta a las personas. Más allá de estos objetivos no hace distinción alguna por género.

b) Navarra

El Gobierno de Navarra, a través del Departamento de Salud, es el encargado de establecer y coordinar las políticas en materia de alcohol. No solo vela por el obligado cumplimiento de las leyes, políticas, estrategias y recomendaciones de carácter nacional y europeo, sino que tiene potestad para crear y regular las suyas propias. Estas son las que se han analizado y entre ellas destacan las siguientes:

- **Plan Foral de Drogodependencias (1992):** realiza un análisis de la situación referente a los consumos de drogas en la Comunidad Foral, planificación de acciones a desarrollar, asesoramiento técnico a profesionales de la educación, servicios sociales y salud, y financiación de proyectos y programas a través de la convocatoria anual de subvenciones. Preventivamente planteaba una línea de convivencia no traumática con las diferentes sustancias susceptibles de abuso, minimizando las consecuencias derivadas del consumo problemático, e incidiendo en las causas de ese consumo. Se intentó controlar la oferta y la promoción de drogas disminuyendo la demanda (Ley Foral 10/1991, del 16 de marzo, sobre prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad). Las políticas tenían como destinatario el conjunto de la población, no distinguían por género.

- **Plan foral de atención sociosanitaria (2000):** Realiza una reflexión sobre la situación sanitaria en Navarra. Se afirma que las respuestas de los diferentes servicios suelen ser parciales y puntuales, actuando sobre la sintomatología y olvidándose de la intervención sobre la multiplicidad de causas que a menudo originan y determinan el problema a tratar. Se critica el modelo casi exclusivamente curativo del sistema sanitario en Navarra y la ineficacia e ineficiencia de los programas de tratamiento y rehabilitación. Se propone seguir un modelo integral, inter-multidisciplinar y rehabilitador activo. Se hace hincapié en la conveniencia de atender individualmente cada caso pero en ningún momento se hace mención de los problemas derivados del género.

- **Plan de Salud de Navarra 2001-2005:** el foco de atención era la situación de cinco grandes grupos de enfermedades: trastornos mentales, neurodegenerativas, cardiológicas – cerebrovasculares, oncológicas y accidentabilidad. A través de datos estadísticos se ponía de manifiesto el grado de implicación del alcohol en cada una de ellas, así como la dificultad técnica de detectar de forma precoz la enfermedad. Se constataba la eficacia de programas de detección de carácter hepático. Más allá de esta información, no aparecía ninguna política específica sobre el alcoholismo, sino que se incluía dentro del apartado de estilos de vida, y mucho menos se tiene en cuenta el género.

- **Plan de Salud de Navarra 2006-2012:** corrobora la adecuada implantación de los objetivos del anterior Plan, señala la implicación del alcohol en los distintos tipos de enfermedad y establece programas para su reducción. Nuevamente incorpora el alcoholismo dentro de los estilos de vida no saludables, sin profundizar en él más allá de la simple descripción. Establece los siguientes objetivos:
 - *“Impulsar intervenciones en la protección de la salud actuando sobre los estilos de vida saludables, con intervenciones sobre el tabaco, sobre el consumo de drogas ilícitas y sobre el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, accidentes domésticos y de tráfico.”*
 - *“Disminuir la prevalencia del consumo de alcohol y de las drogas ilícitas y de sus efectos adversos, entendiendo su consumo como un fenómeno integrado en el modelo de sociedad.”*
 - *“Detectar el abuso del consumo de bebidas alcohólicas y reducir los problemas derivados del mismo.”*

Se subvencionan: a) programas de promoción de la salud y/o relaciones de auto ayuda, y b) programas de prevención comunitaria y planes municipales de drogodependencias. Dentro de los estilos de vida, propone un Plan de lucha contra el tabaquismo pero no contra el alcoholismo. Los programas de tratamiento y rehabilitación contra el alcoholismo siguen sin tener en cuenta a la mujer.

7.2.1.2 Divulgación informativa y políticas de actuación

a) España

- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España**

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad pone en el punto de mira los estilos de vida no saludables. Para contrarrestarlo y disminuir su consumo no solo realiza campañas concretas contra el alcoholismo sino contra otras conductas de riesgo como el tabaquismo, relaciones sexuales, sida, obesidad, alimentación... Cuenta con un presupuesto que le permite realizar campañas de prevención. En el tema del alcoholismo estas campañas tienen carácter anual y son las siguientes (ver anexo):

Campaña 2006 – El alcohol puede llevarte lejos: Tenía dos objetivos: 1) reducir el consumo juvenil de alcohol e incrementar la percepción del riesgo que supone para la salud. 2) Sensibilizar a los jóvenes entre 13 y 18 años sobre los riesgos y disminuir las consecuencias sanitarias y sociales derivadas del abuso del alcohol.

Campaña 2007 – Alcohol y menores: El alcohol te destroza por partida doble: La población diana era los menores de edad y sus objetivos fueron: 1) prevenir el consumo de alcohol en adolescentes, 2) retrasar la edad de inicio, 3) informar a los adolescentes de los peligros del consumo de alcohol, 4) reducir los daños asociados al consumo de alcohol, y 5) incrementar la percepción del riesgo. También tenía como segunda diana a los padres, madres y responsables de la educación del menor adolescente, cuyo objetivo era alertar de los peligros y las consecuencias que el consumo de alcohol tiene en la salud de sus hijos e hijas y fomentar la comunicación para tratar precozmente el problema.

Campaña 2010 – Embarazadas cero alcohol: El rol de madre responsable se pone de manifiesto en esta campaña. Destinada a mujeres en periodo de gestación, realizaba un análisis sobre la conveniencia de consumir alcohol durante dicha etapa y sus posibles repercusiones. Señalaba también el papel que el progenitor o progenitora desempeña en esta etapa reproductiva.

Campaña 2011 – Esto no debería ser normal: Tenía como población objetivo los adolescentes. Se centraba en la edad de inicio en el consumo de alcohol entre los adolescentes, en su normalización social y en las repercusiones futuras que la ingesta podría ocasionar. Ponía énfasis en la importancia de los programas formativo-educativos, en el ámbito familiar, comunitario, laboral, legislativo y en el papel que desempeñan los medios de comunicación.

La respuesta ofrecida por los servicios de atención sanitaria al alcoholismo femenino no refleja ninguna diferenciación por género en su tratamiento, más allá del proceso de diagnóstico y rehabilitación para el conjunto general de casos. En la cartera de servicios facilitada por el Ministerio se expone la actuación en el ámbito ginecológico y lactante, y se hace hincapié en la prevención y protección de la salud a través de los estilos de vida. Solo la Ley De igualdad de Género hace referencia a la diferenciación en el tratamiento entre hombres y mujeres.

- **Cruz Roja Española**

Institución humanitaria, de carácter voluntario y de interés público, que como tal, recibe subvenciones del gobierno. Su ámbito de actuación se centra en la intervención social con los colectivos vulnerables como personas mayores, refugiados/as, inmigrantes, población afectada de Sida, drogodependientes, infancia y juventud, población reclusa, discapacitados/as, mujeres en dificultad social... Por otro lado desarrolla programas internacionales como cooperación al desarrollo, ayuda humanitaria y cooperación institucional. Trabaja en distintas áreas, no se centra solo en el área de drogodependencia, que es donde se enmarca el alcoholismo. Debido a esta diversificación el presupuesto destinado a políticas y campañas de prevención es limitado. Entre ellas destacan las siguientes (ver anexo):

Campaña 2010 - Yo Controllo: Recurso informativo y de sensibilización dirigido a la prevención del consumo de drogas y a la reducción de los riesgos asociados a dicho consumo entre la población adolescente y joven entre 15 y 29 años. No se aborda desde una perspectiva de género.

Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención 2010: Guía destinada a profesionales especializados en la prevención de consumo de drogas en la juventud y a aquellos que atienden a jóvenes que mantienen cualquier patrón de consumo relacionado con ellas (edad de inicio, frecuencia...). Lo importante de esta guía es que señala la importancia de abordar la problemática del alcohol desde el punto de vista de género. Se afirma que permite realizar un mejor diagnóstico de la realidad, así como un mejor diseño de intervenciones estratégicas. Propone la no reproducción de estereotipos de género para acercarse a la población joven, la formación de profesionales especializados y la adecuación de programas y recursos. Con ello se conseguirá poner de manifiesto la complejidad de situaciones de discriminación estructural que las mujeres se ven abocadas en el plano terapéutico sanitario (y general).

Campaña 2011 - Sigamos caminando por la igualdad: Entre los objetivos de intervención, se encuentra el diseñar acciones de sensibilización que contribuyan al abandono de estereotipos y fomenten la igualdad de género, así como promover la educación desde la igualdad de valores. Si bien no es específica contra el alcoholismo femenino, sí que dirige su mirada a distintas áreas como la salud y plantea la posibilidad de abordarla desde una perspectiva de género.

Juego interactivo – Con las drogas no te la juegues (2012): A pesar de no entrar dentro de la metodología del estudio, se ha incluido este juego dadas sus características. Está destinado a jóvenes de entre 13 y 18 años para prevenir el consumo de sustancias. Al jugador se da la opción de elegir entre tres opciones: tabaco, alcohol y drogas ilegales. Lo que decida a lo largo del juego determinará el desenlace. No se hace alusión alguna al tema del género.

Además de estas actuaciones más concretas en materia de alcoholismo, hay que hacer mención a otras iniciativas como pruebas voluntarias de alcoholemia para prevenir accidentes en distintos municipios de España, y la organización de jornadas de violencia de género en las que se expone la problemática actual en materia de salud y del resto de áreas.

Las políticas de actuación sobre el alcoholismo están dirigidas al logro de la abstinencia en personas con alto grado de dependencia de alcohol. Hay que remarcar

que el tratamiento lo llevan a cabo equipos multidisciplinares que evalúan cada caso de forma individual y proponen el tratamiento que consideran más adecuado a las circunstancias personales de la persona. Tanto el tratamiento como el seguimiento individualizado se realizan en régimen ambulatorio. Otras medidas en personas con drogodependencia son las siguientes:

- Centros de emergencia social y de acogida inmediata.
- Programas de acercamiento a drogodependientes.
- Pisos de reinserción.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria.
- Centros de actividades para la socialización.
- Atención a menores drogodependientes.
- Programas de reducción de daños.
- Atención a familias.
- Atención a drogodependientes en Instituciones Penitenciarias, Juzgados y Comisarías.

- **Fundación ayuda contra la drogadicción (FAD)**

Institución privada, sin ánimo de lucro, no confesional e independiente de toda filiación política, de carácter benéfico-asistencial. Tiene como misión fundamental la prevención de los consumos de drogas y sus consecuencias. Sus principales destinatarios son padres y madres como responsables de la educación de los hijos/as, profesorado, profesionales y jóvenes. Predominan las campañas de prevención de consumo de drogas en las que el alcoholismo no ocupa un papel tan predominante como las drogas ilegales pero sí que es abordado.

Campaña 2000 - Drogas. Mejor sin ellas. Su público objetivo son los jóvenes de 14 a 25 años. El objetivo de la campaña es mostrar los efectos de diferentes sustancias (alcohol, cocaína, hachís y pastillas) sobre distintos jóvenes en situaciones cotidianas.

Campaña 2010 – No siempre se tiene tanta suerte, no juegues con drogas. Tiene como destinatario el colectivo joven. Hace patente que todo consumo de drogas implica

un riesgo y que, en cualquier momento, ese riesgo puede desencadenar consecuencias no deseadas. No sólo en el ámbito sanitario, sino también en el ámbito social (accidentes, situaciones violentas, problemas escolares y/o familiares, etc.) No se hace alusión al género.

Campaña 2011 - Sabes dónde empieza la diversión, pero no dónde puede acabar.

Nuevamente los jóvenes de 15 a 24 años eran su población objetivo. La campaña trata de hacer patente que todo consumo de drogas implica potencialmente un riesgo y que, en cualquier momento, ese riesgo puede desencadenar consecuencias no deseadas. La problemática de género no está presente.

Campaña 2011 - ¿Qué debemos hacer con el alcohol?. Se centra en la población en general y tiene el objetivo de sensibilizar y propiciar la reflexión sobre el consumo de alcohol. No hay anuncios que tengan en cuenta el género.

Campaña 2012 – El tiempo que le dedicas al alcohol, se lo quitas a todo lo demás.

Campaña de sensibilización dirigida a la población en general con el objetivo de sensibilizar sobre el consumo de alcohol, sin haber caído en situaciones de dependencia o conflicto extremo. Con ella se quiere hacer ver que el alcohol puede llegar a ocupar un espacio y tener un impacto que interfiere en las relaciones personales (familiares, de pareja, amigos/as, etc.) y la vida de muchas personas. Consta de vídeos y de carteles informativos.

A diferencia de Cruz Roja España, no se hace referencia al papel del género en el tratamiento ni a su posible personalización. Las políticas de actuación se dividen en dos modalidades: a) los denominados Programas Libres de Drogas, cuyo objetivo es la abstinencia y el cambio en el estilo de vida del drogodependiente, y b) los Programas de Reducción de Daños cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida del consumidor sin pretender su abstinencia. Los tratamientos son llevados a cabo por equipos multidisciplinares de distintos ámbitos de actuación, principalmente el sanitario, el educativo y el social. Se incluye personal médico, psicológico, trabajadores sociales, educadores, monitores, enfermeras, etc. A 15 de mayo de 2012, en la página web se ofrecen servicios de información, orientación y apoyo sobre:

- Diferentes sustancias de consumo, sus formas de uso y efectos: alcohol, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc...
- Las diversas posibilidades de tratamiento y los recursos de la red asistencial.
- Analizar los problemas relacionados con los propios consumos para saber cómo actuar ante ellos disminuyendo la sensación de impotencia.
- Detectar situaciones de riesgo o de consumo y, apoyar y ayudar, ante estas situaciones (amigos, compañeros, familiares...) teniendo en cuenta pautas de actuación adecuadas para ello.
- Canalizar de forma adecuada las situaciones de tensión y angustia generadas ante los problemas de consumo de drogas.
- Conocer y valorar aquellas formas de consumo de menor riesgo.
- Realizar una adecuada elección ante los recursos asistenciales existentes.

b) Navarra

- **Departamento de Salud del Gobierno de Navarra**

A diferencia del Ministerio y de los organismos analizados hasta ahora, no hay referencias a campañas preventivas de carácter periódico sobre el alcoholismo en la web de salud del Gobierno de Navarra. Sólo se consiguió localizar una, que es la siguiente:

Campaña 2006 – No pierdas el control. Dirige tu propia vida: Dirigida principalmente a jóvenes pero también a familias y educadores. Pretende mostrar el carácter alienante de las bebidas alcohólicas. Se lanzó esta campaña con motivo del aumento de casos por embriaguez en Urgencias del Hospital de Navarra y del Hospital Virgen del Camino. Previamente también se había detectado que la edad de inicio de consumo en los jóvenes se había reducido.

Aparte de esta campaña, únicamente se ha encontrado un pequeño apartado de dos líneas en la sección alimentación recomendando el consumo de dos vasos de vino al día. Las únicas referencias al alcoholismo se han encontrado dentro del apartado de estilos de vida no saludables, pero no hay un apartado específico para el tema del alcoholismo. Solo se señala cómo el alcohol afecta en la vida cotidiana de las personas y

sus repercusiones futuras, así como la importancia de educar en salud. Tampoco se ha encontrado ninguna campaña de sensibilización sobre la implicación del alcohol en la mujer.

Al no encontrarse material significativo se procedió a analizar el catálogo de materiales de promoción de la salud del Gobierno de Navarra con el fin de confirmar si esta tendencia era generalizada o si aportaba cualquier otra información relevante. Se constató que está tónica es la predominante. En todo el catálogo se consiguió encontrar un libro de Mujer y Drogas perteneciente al Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo, pero no se señalaban ideas, factores o conceptos.

A continuación, se procedió a investigar cuales son los protocolos o políticas de actuación, con idéntico resultado. Las únicas indicaciones en este aspecto son las que aparecen en los Planes y Estrategias señaladas en el punto de legislación.

A modo de resumen, lo que se ha observado en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, es que solo se da importancia al conjunto de estilos de vida, el alcohol no está presente en campañas, carteles informativos, spots... , solo hubo una campaña de manera puntual. No es ya hablar de si diferencia o no por género, sino que no informa del alcohol, no se le concede la importancia que requiere.

- **Alcohólicos Anónimos (A.A.)**

Se procedió a localizar la página web de Alcohólicos Anónimos de Navarra, pero los servicios de búsqueda redirigían a la página web nacional. Es una entidad enteramente privada. Su programa se basa en la consecución de doce pasos o etapas para conseguir la completa rehabilitación. Este organismo apenas cuenta con campañas de sensibilización, las escasas que ha lanzado tenían carácter principalmente publicitario y generalizado, no iban dirigidas a ningún sector en concreto. En cambio, sí que cuentan con un importante catálogo de publicaciones periódicas entre las que destacan las siguientes:

A.A. para la mujer: Relato desde la mirada de una mujer alcohólica. Destaca por encima de otras publicaciones debido a que en ella se exponen los factores sociales

implicados en el alcoholismo femenino. Aborda la invisibilidad, el papel maternal, los sentimientos de culpabilidad, el temor a ser descubierta, los remordimientos o las relaciones familiares. Permite, de una manera clara, visualizar el problema que nos atañe.

Un mensaje a los jóvenes: Guía dirigida a jóvenes cuyo fin es concienciar y sensibilizar de las consecuencias de consumir alcohol. Se señalan las opciones de tratamiento de las que pueden obtener respuesta, poniendo énfasis al papel que esta organización tiene. No hace distinción por género.

Carta a una mujer alcohólica: Sigue la estela de A.A. para la mujer y aborda nuevamente la perspectiva de género en el alcoholismo, aunque no tuvo tanto impacto. Aborda de manera especial el secretismo, la vergüenza y la culpabilidad presentes en la vida diaria de las mujeres alcohólicas.

A pesar de tener en cuenta los factores condicionantes de género en el alcoholismo, las políticas de actuación se basan en grupos de terapia generales, sean hombres o mujeres. No se hacen sesiones en función del género. Aquellos miembros que por cuestiones de movilidad no puedan desplazarse tienen la opción de exponer su situación a través de cartas o boletines.

- **Cáritas**

Organismo oficial de la Iglesia cristiana en Navarra. Su labor está orientada y centrada hacia la persona. Desarrolla una intervención social e integral en equipo acompañando procesos educativos, buscando desarrollar el máximo de autonomía y calidad de vida posible. Trabajan en red desde la complementariedad, derivando o coordinándose con otras entidades, instituciones, servicios o agentes sociales, informando o asesorando sobre los diversos recursos tanto externos como propios.

Cuenta con numerosas campañas de sensibilización, concienciación y captación, aunque ninguna de ellas lo hace desde la perspectiva de género. Sí que tienen guías que describen la situación del alcoholismo dentro de lo que son los estilos de vida, similar a

lo que ofrece el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, pero no profundizan en ello.

Todo lo contrario ocurre con las políticas de actuación en la mujer alcohólica, que está más desarrollada. Cáritas Diocesana de Pamplona-Tudela cuenta con el Programa de Mujer, que tiene como objetivo: a) acoger a mujeres en situación de demanda social para ellas y/o sus hijos/as, b) prevenir el deterioro personal o social, en sus distintos niveles y c) acompañar la promoción humana, cultural y sociolaboral mediante el trabajo con ellas no sólo en su dimensión individual, sino en su potencialidad participativa y de actuar como mujer en grupo.

Cáritas Diocesana dispone en Pamplona de dos centros ocupacionales para la atención de mujeres. Estos son el Centro Bretania y el Centro Las Flores. En ellos se ofrece un espacio de acogida y acompañamiento donde se trabajan los siguientes aspectos:

- La motivación para su promoción personal y social.
- La coordinación con otros recursos socio-sanitarios para la búsqueda de alternativas y apoyos a los problemas que presentan.
- La estimulación para la creación de lazos mediante las relaciones grupales, tanto con el equipo como con otras compañeras en situaciones similares.
- El entrenamiento y capacitación pre-laboral y cultural, todo ello con el fin de reforzar el proceso de cambio de cada una de estas mujeres hacia el logro de su propia autonomía personal.

Concretamente es el Centro Bretania, el encargado de acoger y atender a mujeres y transexuales en situación precaria a nivel personal, familiar, socioeconómica y de salud. Las problemáticas que presentan las personas que acuden a este centro tienen que ver frecuentemente con la prostitución marginal, la drogodependencia, el alcoholismo y los procesos de salud crónicos (físicos y mentales) con escaso apoyo social o familiar. Los servicios que ofrece son los siguientes:

- Acompañamiento personal y plan de seguimiento individualizado.
- Actividades culturales, educativas y ocupacionales.
- Asistencia social.

- Otros servicios: Asesoría jurídica, búsqueda de vivienda, etc.
- Orientación y coordinación con los CSM y las unidades de barrio.

El Centro Las Flores, sí bien atiende a mujeres con problemas de alcoholismo también, va dirigido en mayor medida a mujeres en situación de vulnerabilidad social y familiar (hijos/as, separaciones, malos tratos,...), económica (Pensión no Contributiva, Renta Básica,...) y salud (Minusvalías Físicas y/o Psíquicas, salud mental,...). Entre los servicios que ofrece destacan: a) la formación educativa permanente para adultos, y b) la formación personal en materia de estilos de vida, salud, aspectos sociosanitarios. El Centro San Miguel Orientación, como unidad de apoyo a estas dos unidades principales, ofrece programas de desintoxicación, comunidades terapéuticas y de orientación.

A diferencia de otras comunidades, Cáritas Navarra no ofrece la posibilidad de participar en el Proyecto Esperanza. Se trata de un programa enfocado al alcoholismo femenino que trabaja fundamentalmente desde acciones directas, centradas en generar procesos educativo-terapéuticos que fomentan la rehabilitación, y generan cambios que incidan en la mejora de la calidad de vida, de las personas, en las familias y a nivel social. Si bien en la página web no se expone ningún motivo para que no se imparta, el autor cree que puede ser debido a la autonomía y descentralización con la que cuentan las distintas secciones territoriales de este organismo, que le da vía libre para implantar o no un programa.

7.3 Síntesis

Dada la ingente información vertida en los apartados anteriores se ha realizado una tabla de doble entrada que resume los puntos principales de la investigación, y que atiende a los organismos analizados y a los distintos aspectos que se han analizado desde una perspectiva de género. La legislación de alcohólicos anónimos no ha sido incluida al no encontrarse información al respecto.

Tabla nº 4. RESPUESTA DE INSTITUCIONES Y ORGANISMOS AL PROBLEMA DE GÉNERO EN EL ALCOHOLISMO FEMENINO

	Ministerio S.S.S.I. España	Dpto. Salud Gobierno Navarra	Cruz Roja	F.A.D	Alcohólicos anónimos	Cáritas
Legislación (leyes, decretos, estatutos...)	✓	X	X	X		X
Campañas de sensibilización: folletos, carteles...	X	X	✓	X	✓	X
Publicaciones (Guías...)	X	X	✓	X	✓	✓
Políticas de actuación	X	X	✓	X	X	✓

Fuente: Elaboración propia

- Se pone de manifiesto la brecha existente, en la respuesta al alcoholismo femenino, entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas segundas le conceden mayor importancia y realizan políticas y campañas adecuadas a este problema. El único que no ha establecido ninguna actuación es Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

- Las instituciones gubernamentales únicamente actúan en materia de legislación, con la mencionada Ley de Igualdad de Género como máximo exponente a nivel nacional. A nivel regional, Navarra no ejerce ni regula de manera autónoma una legislación específica sobre ello. Si hay una expresión que resume esta situación es “*la invisibilidad de los visible*” que diría Foucault.

- En Navarra no es que no haya ya campañas, publicaciones o políticas de actuación que diferencien por género, sino que no hay un apartado específico sobre el alcohol a nivel general, como sí lo tiene el tabaquismo. Solo se le hace mención dentro del apartado de estilos de vida.

- Las campañas de sensibilización se centran en la educación y prevención del consumo de alcohol en la juventud. En contadas ocasiones, van dirigidas a familias y educadores. Sólo Cruz Roja y Alcohólicos Anónimos cuentan con campañas concretas

contra el alcoholismo femenino. Algo más extendida se encuentra dicha diferenciación en las guías e informes publicados.

- No se han encontrado diferencias sustantivas entre las campañas y políticas realizadas a nivel nacional y regional por los organismos no gubernamentales. Las regionales siguen las directrices de las nacionales pero cuentan con la suficiente autonomía para realizar las medidas que consideren oportunas.

- Las políticas y protocolos de actuación tampoco especifican la manera de abordar esta problemática en la mayor parte de los casos. Nuevamente son las instituciones no gubernamentales las que lo tienen en cuenta.

- Se podría concluir que la institución pionera en este asunto es la Cruz Roja Española al enfocar su mirada al género como nueva problemática social. El resto de instituciones no gubernamentales apenas han empezado a perfilar nuevas políticas sobre el alcoholismo femenino desde una mirada de género.

8. CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio se ha puesto de manifiesto la multidimensionalidad del alcoholismo femenino. Los factores asociados al consumo de alcohol son de carácter individual y social, además de aquellos de tipo personal, como la edad y la propia salud física y psicológica del sujeto (mayor intolerancia al alcohol, presencia de enfermedades no presentes en el caso del hombre...). Factores como el consumo de otras sustancias psicoactivas legales e ilegales, el nivel de comunicación y relación con los padres, los problemas familiares, la disciplina parental existente, la influencia de los amigos, el consumo de alcohol por parte de padres y amigos bebedores, y la disponibilidad de alcohol en el entorno social. Se comprueba, por tanto, la hipótesis de que el entramado social en que se halla la mujer alcohólica es determinante. Todos estos factores deben tenerse en cuenta para el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación.

En el apartado del diagnóstico, con el fin de ver la situación del alcoholismo en la actualidad, se ha hecho una “fotografía” en función de varios parámetros. Se observa como la edad de inicio de consumo varía según sexos, siendo los hombres los que comienzan a consumir antes. En 2008 la edad media de inicio era en los hombres de 13,6 mientras que en las mujeres era de 13,8, cifra que se ha mantenido estable en los últimos años. Este hecho se podría atribuir al mayor número de hombres que beben que de mujeres pero también al papel social del alcohol establecido en la sociedad. Tradicionalmente, beber ha sido siempre considerado como algo de hombres, no es una conducta típicamente femenina. Si hay algo que caracteriza al alcoholismo femenino joven en España es su mayor consumo regular con respecto al masculino. En 2008, las mujeres jóvenes que consumieron alcohol superaban a los hombres en las categorías de consumo en los últimos 12 meses, 30 días y fines de semana en los últimos 30 días. En cambio, la frecuencia de borracheras es menor en las mujeres que en los hombres en el caso de 3-5 veces o más de 5, pero en el caso de 1-2 veces nuevamente se observa una mayor proporción femenina. Se acepta por tanto la hipótesis de que el consumo de alcohol femenino se está masculinizando, pero no solo eso, sino que lo supera también. No se ha podido demostrar que este hecho responda a factores como la progresiva incorporación laboral de la mujer o a la progresiva igualdad de oportunidades entre hombre y mujer.

La clase social se configura como un factor discriminante en el consumo de alcohol, pero no según lo planteado inicialmente, hay diferencias según sexo. En los hombres hay mayor número de consumidores en las clases sociales menos cualificadas, mientras que en la mujer ocurre todo lo contrario, a mayor nivel de cualificación más consumo. Entre los factores que influyen en ello figuran, entre otros, el mayor nivel de exigencia, que desemboca en un mayor estrés y en un mayor riesgo de depresiones. En las mujeres que trabajan como empleadas en el hogar hay una mayor incidencia del alcoholismo atribuible en principio a una mayor soledad percibida en comparación con otros trabajos.

Se confirma el alto grado de correlación entre mortalidad y alcohol. En 2010 el número de defunciones en España por esta enfermedad ascendió a 5.505, de las cuales el 71% fueron hombres y el 29% mujeres, si bien el número de muertes disminuyó con respecto a años anteriores. Hay que señalar que la mortalidad por cirrosis no es la única

derivada del consumo de alcohol, aunque es importante. Según Regidor (2006) la mortalidad por enfermedades digestivas se sitúa en tercer lugar dentro de este ámbito, ocupando lugar detrás de los accidentes no intencionales y de las neoplasias malignas.

Según lo expuesto en esta investigación, cualquier mujer diagnosticada como alcohólica formaría parte de uno de los siguientes tres grupos:

- a) Mujer alcohólica *Alfa*: aquella que recurre al alcohol como vía de escape ante los problemas de su vida diaria: estrés, trabajo, familia, relaciones interpersonales. Se trata de una dependencia psicológica. El perfil respondería a una madre de familia, con responsabilidades familiares, laboralmente ocupada o no y con poco tiempo para uso personal. Es la imagen prototipo de mujer alcohólica. Equivaldría a la fase de retraimiento de Merton.
- b) Mujer alcohólica *Beta*: aquella que como consecuencia del contexto social en el que se encuentra recurre al alcohol. Bebe porque es lo que hacen los demás sujetos y porque si no lo hace corre el riesgo de ser considerada antisocial. Es la predominante en mujeres jóvenes pero también está presente en las demás franjas de edad. Equivaldría a la fase de conformismo de Merton.
- c) Mujer alcohólica *Epsilon*: aquella cuyo consumo de alcohol no es habitual pero que cuando consume lo hace en grandes cantidades. Estaría entrelazada con la mujer alcohólica Beta ya que esa gran ingesta de alcohol suele realizarse en los momentos de normalización social, lo que en inglés se denomina *social binge drinking*.

Hay claramente un sesgo de género en el alcoholismo. Por una parte, tradicionalmente ha sido considerado como una conducta de hombres, no había una percepción de que las mujeres pudieran ser consumidoras debido a los propios cánones sociales. Las mujeres eran y siguen siendo educadas y socializadas en conductas de seguridad, de cuidado, de precaución, de mantenimiento de sus roles femeninos en la familia y en la sociedad. Estos valores tradicionales chocan con las situaciones que se dan en la actualidad, donde esta imagen clásica no se corresponde con la realidad y el perfil de mujer que se da es de aquella que se excede en el consumo, es muy joven en su

consumo de inicio y bebe de forma intermitente y compulsiva. Este comportamiento en la mujer no es bien visto en la sociedad ya que parece que solo está permitido ejercerlo por los hombres. Hay una serie de estereotipos que inundan el imaginario social y profesional: a la mujer se le tacha de promiscua, irresponsable, egoísta, viciosa, de no desempeñar su rol social, lo que Goffman denomina como *fachada*. El patrón de consumo de alcohol puede ser el mismo o parecido en hombres y mujeres, pero no se percibe socialmente igual, pues los roles que debe desempeñar cada uno son muy diferentes. El estigma al que Goffman hace alusión, provocado en la mujer alcohólica, hace que el consumo se oculte y se evite así la sanción social. Otras causas que les inducen a buscar la evasión en el uso abusivo de alcohol son: la incorporación de la mujer al mercado laboral, el estrés, las jornadas laborales, el trabajo doméstico, las situaciones de tensión por no poder superar las dificultades y problemas, la pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción y el intentar calmar la ansiedad que sufren (el alcohol como evasión).

El papel de la familia y de las redes sociales en la rehabilitación es vital para la paciente aunque en el caso de las mujeres alcohólicas el apoyo de la familia es menor que en los hombres debido a que al dar a conocer su alcoholismo se experimenta un grado de aislamiento progresivo respecto al círculo social y deriva en sentimientos de soledad y depresión. Más que la pareja, son las madres y las hermanas de la paciente las que la ayudan a incorporarse a los programas de tratamiento. La maternidad también es vista como una posibilidad de futuro para ellas, sin embargo, a la vez supone una barrera de acceso al tratamiento ya que estos no contemplan las responsabilidades como madre. Aunque la mayor motivación para el abandono del consumo sea, para muchas mujeres, la maternidad, tiene que ser un proceso paulatino, enfocando el programa desde el principio a su situación como mujer antes que como madre, si bien los programas de apoyo a los hijos e hijas durante la recuperación, ha demostrado aumentar la presencia de mujeres y mejorar los resultados beneficiosos en ella.

Por otra parte se confirma la hipótesis de que este sesgo también está presente en los programas de tratamiento y rehabilitación ofrecidos por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Éstas incorporan discursos y metodologías, en ocasiones inconscientemente, desde una perspectiva masculina que ha sido la pauta predominante. Una perspectiva en la que las mujeres no son contempladas debido al

ocultismo del problema que deriva en un menor número de mujeres en las terapias. Se señala que los abandonos y recaídas de ellas, está estrechamente relacionado con el diseño y desarrollo del programa. El autor insiste nuevamente en que es necesario adecuar los programas de tratamiento y contemplar espacios terapéuticos homogeneizadores en los que ambos sexos tengan espacios separados y aborden problemas que se correspondan con la situación social que viven. De esta manera se dejarían de lado los sesgos de género presentes en grupos mixtos en los que los hombres pueden ejercer una posición predominante.

Las instituciones públicas no conceden la importancia que debieran al alcoholismo femenino. A nivel nacional parece haber indicios que se está tomando alguna medida. A este respecto la Ley de Igualdad de Género parece haber sido el detonante. Pero a nivel de Navarra, este nuevo movimiento institucional no parece haber llegado todavía. El Gobierno no ha realizado ningún impulso que favorezca el tratamiento que se solicita desde aquí. Es más, la prioridad que se le concede al alcoholismo en las políticas y estrategias es nula. Toda prevención de la salud y tratamiento del alcoholismo queda reducido al apartado de estilos de vida, su papel es simplemente anecdótico. A nivel general las campañas de prevención que se realizan periódicamente en las instituciones se pueden englobar en tres tipos:

- a) General: aquella destinada al público en general que destaca el carácter etiológico del alcohol y en la que se señalan los efectos de su consumo.
- b) Temáticas: aquellas que van dirigidas a colectivos concretos. La mayor parte de este tipo de campaña se suele centrar en jóvenes con el fin de retrasar la edad de inicio de consumo. Las campañas contra el alcoholismo femenino deberían ir aquí. La única campaña concreta que se encontró sobre la mujer iba dirigida a mujeres embarazadas, es decir, se hacía desde una perspectiva de género pero en el sentido más tradicional, desde el rol de madre, de cuidadora y protectora de la familia.
- c) Mixtas: aquellas que fijan su población objetivo en al menos dos colectivos. Un ejemplo son las campañas de alcoholemia de tráfico, dirigidas a un público general con probabilidad de ser conductores y en la que señalan las

consecuencias que pueden llegar a obtener. Otro ejemplo son aquellas campañas que alertan del impacto de la combinación de alcohol y otras drogas.

En Navarra, está por ver si el nuevo Plan Foral de Drogodependencias, cuyo borrador está pendiente de aprobación, aborda el alcoholismo desde una perspectiva de género. Las primeras noticias que se han dado a conocer indican que sí, pero habrá que ver de qué manera se realiza o si finalmente no se incluye. Un análisis posterior debería permitir visualizar si efectivamente la terapia por género está bien adecuada e implantada.

Un aspecto que no se ha podido demostrar en el estudio, es que da la sensación de que en el tratamiento del alcoholismo femenino hay un traspaso de responsabilidades de las instituciones públicas a instituciones privadas. Al margen de la situación de coyuntura económica que está viviendo el país, que se traduce en recortes de programas, presupuestos y una menor investigación científica, parece que el tratamiento por género no es un aspecto a considerar. Es por ello que da la impresión de que las instituciones dejan caer el peso financiero y terapéutico en organismos e instituciones privadas.

Ahora bien, como dice Goffman, dejar el tratamiento únicamente en manos de las instituciones sanitarias no conlleva una recuperación plena. El estigma social que experimentan las mujeres alcohólicas no desaparece aun habiendo estado en proceso de tratamiento y de rehabilitación. Quedan marcadas por lo que fueron y no son reconocidas por su entorno como “sanas” o “normales” por lo que deberían orientarse en subsanar tanto este aspecto como en la homogeneización de los programas terapéuticos. Los nuevos programas que se pongan en marcha deberían ser capaces de ver el problema en su conjunto e incluir a todos los actores que se encuentran implicados. Solo así se conseguirá una recuperación satisfactoria.

9. BIBLIOGRAFÍA

ALLISON KR, SILVERMAN G, DIGNAM C. (1990), *Effects on students of teacher training in use of a drug education curriculum*, J Drug Educ.;20(1):31-46.

ALTELL, G. FERRER, X. Y NOGUÉS, V. (2002), *Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención*, Generalitat Valenciana, Consejería de Bienestar Social.

ÁLVAREZ, FJ., DEL RÍO. MC. (2000), *Alcohol y accidentes de tráfico: ¿hemos progresado en estos últimos 25 años?*, Madrid, Revista Española de Drogodependencias;25:377-384.

ARÉVALO, J.M., MASIP, G.P., Y ABECIA, L.C. (1997), *Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios*, Madrid, Revista Española de Drogodependencias, 22, 15-34.

ÁVILA ESCRIBANO,J.J.; GONZÁLEZ PARRA, D. (2007), *Diferencias de género en la enfermedad alcohólica*, Adicciones, 4.

BERGER, P. Y LUCKMANN, T (1968), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu,

BOGANI, E. (1987), *Evolución del alcoholismo femenino en los últimos veinte años*, Bach, Bach L. Alcoholismo, mujer y familia.

CÁRITAS DIOCESANA PAMPLONA-TUDELA (2002), *Estatuto de Cáritas Pamplona-Tudela*, Pamplona

CERDÁ Y COLLS (2010), *El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes*, Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías, ISSN 1575-0973, Vol. 12, Nº. 2, 2010 , págs. 65-71.

COMAS ARNAU, D. (1999), *Nuevas pautas en la utilización del Tiempo libre en los jóvenes en Nuevas pautas de ocio de los jóvenes*, Diputación Foral de Guipúzcoa. Departamento de Juventud y Deporte.

COMISIÓN EUROPEA (2001), *Estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol del año 2001*.

CONSEJO EUROPEO (2001), *Recomendación del Consejo sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, y en particular, niños, niñas y adolescentes del año 2001*.

COOLEY, C.H. (1998), *On self and social organization*, Chicago. Universidad de Chicago.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA (1997), *Reglamento General Orgánico de Cruz Roja Española, del 28 de junio de 1997*, Madrid.

DÍAZ, A., PALLARÉS, J. Y BARRUTI, M. (2002), *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil*, Barcelona: Institut Genus.

DURKHEIM, E. (1973), *De la división del trabajo social*, Buenos Aires, Schapire.

ELZO IMAZ, J. (2005), *El grito de los adolescentes* en Libro de ponencias del Congreso Ser Adolescentes hoy, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ESCOHOTADO, A. (1989), *Historia general de las drogas*, Madrid, .Espasa.

ETTORRE, E. (1998), *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?*, Madrid, Ediciones Narcea.

F.A.D. (2011), *Estatutos fundación de ayuda contra la drogadicción.*, Madrid, Texto refundido.

- FRARI GALERA SA, ROLDÁN BERNAL MC. (2005), *Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia*, Rev Latino-Am Enfermagem.; 13:1118-26.
- FROUFE QUINTÁS S. (1995), *El protagonismo de la familia ante la transmisión de los valores sociales*, Docum Soc. 1995;98:61-71.
- GIL, E. et al. (1992), *Estudios de los estilos de vida de la población adulta española*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2007), *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, Madrid.
- GOBIERNO DE NAVARRA (1992), *Plan Foral de Drogodependencias*, Pamplona, Departamento de Salud.
- GOBIERNO DE NAVARRA (2000), *Plan foral de atención sociosanitaria*, Pamplona, Departamento de Salud.
- GOBIERNO DE NAVARRA (2001), *Plan de Salud de Navarra 2001-2005*, Departamento de Salud, Pamplona.
- GOBIERNO DE NAVARRA (2006), *Plan de Salud de Navarra 2006-2012*, Departamento de Salud, Pamplona.
- GOFFMAN, E. (1970), *Estigma, la identidad deteriorada*, Buenos Aires. Amorrortu.
- GÓMEZ MOYA, J. (2006), *El Alcoholismo Femenino: una verdad oculta*, Revista Trastornos Adictivos. 2006;8(4):251-60.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2006), *Encuesta Nacional de Salud 2006*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010), *Defunciones según la Causa de Muerte 2010*.
- JELLINEK E.M, (1977), *The symbolism of drinking : A culture-historical approach*, Journal of studies on Alcohol, n°38, pp 849-866.
- KANDEL DB, YAMAGUCHI K, CHEN K. (1992), *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory*, J Stud Alcohol, 53:447-57.
- LÓPEZ, ABENTE, G., POLLÁN, M., ESCOLAR, A., ERREZOLA, M., ABRAIRA, V. (2001), *Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992*, Madrid, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LÓPEZ, J.M (2005), *Impacto social y económico del abuso del consumo del alcohol*, Revista Española de Economía de la Salud, Marzo-Abril, pp. 82-83.
- LORENTE, M. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso. Entre la realidad social y el mito cultural*, Granada, Editorial Comares.
- LUCKMAN, T., BERGER, P (1968), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- MEAD, G.H. (1982), *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*, Barcelona. Paidós.
- MERTON, R.K. (1992), *Teoría y Estructuras Sociales*, México: FCE.
- MONRAS, ARNAU, M. (2010), *Características diferenciales del alcoholismo femenino*, Adicciones; 5.

- NEBOT M, GIMÉNEZ E, ARIZA C, TOMÁS Z. (2006), *Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004*, Med Clin (Barc);126: 159.
- OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER (2006), *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003*, Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2007), *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España* (EDADES), España, Observatorio Español sobre Drogas.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2008), *Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias* (ESTUDES), España, Observatorio Español sobre Drogas.
- OLCINA J. (2000), *Etiología del alcoholismo*, En: Cuevas J, Sanchis M, directores, Tratado de Alcoholología, Valencia: Dupont Pharma. p. 119-40.
- OMS (1995), *Carta Europea sobre el Alcohol de 1995*, París.
- OMS (1995), *Declaración de Estocolmo de 1995*, Estocolmo.
- OMS (1999), *Plan Europeo de actuación sobre el Alcohol 2000-2005*, Florencia.
- OMS (2011), *Plan Europeo de actuación contra el alcohol 2012-2020*, Copenhague.
- PALACIOS, J. (2005), *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*, Tesis (inédita), México: UNAM.
- PARSONS, T. (1951), *El sistema social*, Madrid, Alianza Ed., 1999.
- PONS, J. (1998), *El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes*, Revista Española de Salud Pública, 72, 251-266.
- REGIDOR, E. et cols (2006), *Evolución de la mortalidad atribuible al alcohol en España (2000-2006)*, Universidad Complutense de Madrid.
- REGIDOR. E., BORRELL C., PASARIN M., GUITIERREZ-FISAC J., LOSTAO, L., GALAN I., (2002), *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Alicante, Revista Española de Salud Pública, enero-febrero vol. 76, número 1, Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- ROBLEDO, T.; RUBIO, J. Y ESPIGA, I. (1996), *Consumo de alcohol en jóvenes: un reto para nuestra sociedad*, en E.Gil, T. Robledo, J. Rubio e I. Espiga: alcohol y Juventud 1995: Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ROCHER G. (1990), *Introducción a la Sociología General*, Barcelona: Herder.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M.; CARRILLO, P.; BORRELL, C. (2006), *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003, en España*, Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- ROTHBART MK, AHADI SA. (1994), *Temperament and the development of personality*, J Abnorm Psychol;103:55-66.
- SCHUCKIT, M. A. (1998), *Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: A longitudinal study*, Journal of Studies on Alcohol 59, 485-494.
- SENANTE CARRAU, A. (2010), *Guía de estilo para periodistas: mira a las personas sin hogar*. Madrid, EAPN.
- SMAUSS, G. (1990), *Das Strafrecht und die Frauenkriminalität*, Kriminologisches Journal, 4/90.

STEINGLASS,P.; BENNETT, L.A.; WOLIN, S.J.; REISS, D. (1989), *La familia alcohólica*, Editorial Gedisa, Barcelona. 349 pp.

STEVENS S, PATTON T. (1998), *Residential Treatment for Drug Addicted Women and Their Children: Effective Treatment Strategies. Women and Substance Abuse: Gender Transparency*, en: Steven SJ, Wexler HK, editores. Nueva York: The Haworth Press; p. 235-50.

TORRES HERNÁNDEZ, M.A. et cols (2009), *Historia de las adicciones en la España contemporánea*, Madrid, Ed. Socidrogalcohol.

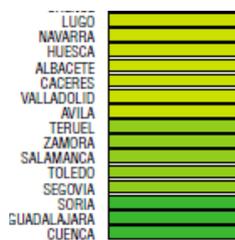
VAN ETTEN ML, ANTHONY JC, (1999), *Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin*. Drug Alcohol Depend, 54:117-25.

VAN ETTEN ML, ANTHONY JC. (2001), *Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status*, J Womens Health Gender Based Med.10:797-804.

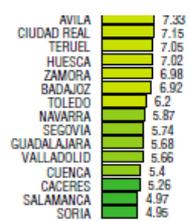
VANNICELLI M, NASH L. (1984), *Effect of sex bias on women's studies on alcoholism*, Clinic Exper. Res.;8:334-6.

10. ANEXO

10.1 Mortalidad por cirrosis hepática en hombres por comunidades autónomas 1978-1992



10.2 Mortalidad por cirrosis hepática en mujeres por comunidades autónomas 1978-1992



10.3. Campañas de divulgación informativa institucionales

Ministerio - Campaña 2006 – El alcohol puede llevarte lejos



Ministerio - Campaña 2007 – Alcohol y menores.
El alcohol te destroza por partida doble





Ministerio - Campaña 2010 – Embarazadas cero

Ministerio - Campaña 2011 – Esto no debería ser normal



Ministerio – Campaña 2005 - Tríptico informativo sobre la conducción bajo efectos del alcohol



Cruz Roja - Campaña 2011 - ¡Sigamos caminando por la igualdad!



Cruz Roja - Campaña 2010 – Yo Controlo



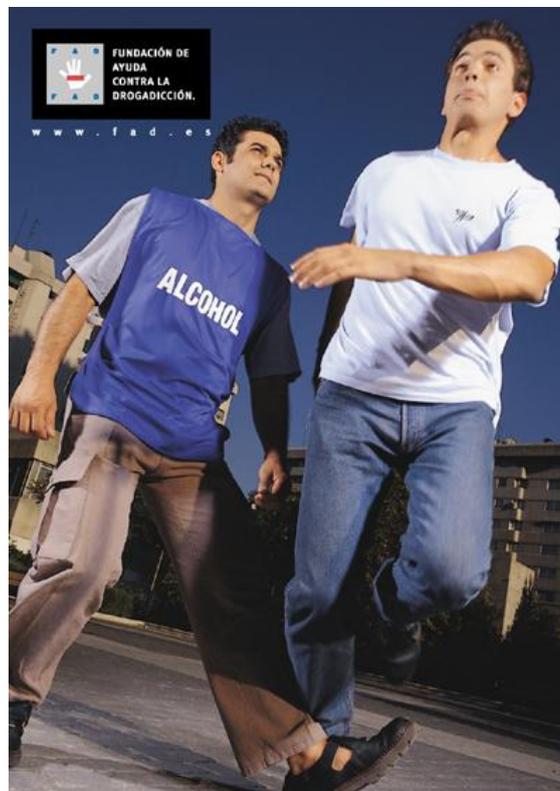
FAD – Campaña 2010 – No siempre se tiene tanta suerte, no juegues con drogas



FAD - Campaña 2012 – El tiempo que le dedicas al alcohol, se lo quitas a todo lo demás



FAD – Campaña 2000 - Drogas. mejor sin ellas



FAD - Campaña 2011 - Sabes dónde empieza la diversión, pero no dónde puede acabar



FAD – Campaña 2011 - ¿Qué debemos hacer con el alcohol?

