

El alcoholismo femenino, una verdad oculta

J. GÓMEZ MOYA

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Valencia. Valencia. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Describir los aspectos fundamentales de los problemas derivados del alcoholismo cuando los sujetos que lo padecen son mujeres.

Material y métodos. Se analiza cualitativamente el discurso de 15 mujeres alcohólicas y 6 profesionales expertos en el abordaje de los trastornos adictivos. Las técnicas utilizadas han sido la entrevista focalizada para recoger la información de los profesionales y el relato de vida para las alcohólicas. Asimismo, se ha realizado una revisión bibliográfica y análisis de datos secundarios.

Resultados. Una de las características más habituales en el alcoholismo femenino es su ocultismo, fruto en muchas ocasiones de un gran sentimiento de culpa. Esta forma de beber en la clandestinidad por parte de las mujeres evidencia la necesidad de diagnosticar precozmente las conductas de riesgo que pueden conducir a la dependencia, pues una vez instaurada ésta, es más difícil el abordaje del problema del alcoholismo. Las mujeres suelen desarrollar también una dependencia hacia otras personas, llevándolas a ocuparse de los demás, pensando que de este modo evitan estar solas.

Por lo general la mujer alcohólica no obtiene el apoyo de su pareja cuando intenta ponerse en tratamiento, y son pocos los hombres que acompañan a sus mujeres en el proceso de rehabilitación. Sin embargo, las mujeres acuden a la consulta presionadas por otros familiares como pueden ser ma-

dres, hermanas o hijas mayores que desempeñan un papel importante en la toma de decisiones.

Conclusiones. La percepción social del alcoholismo femenino, a diferencia del alcoholismo de los hombres, explica en parte aspectos del perfil adictivo de la mujer alcohólica. Por tanto es necesario seguir investigando las características de tipo social en razón del género de la persona, como factores influyentes en la manifestación de la conducta adictiva.

PALABRAS CLAVE: adicción, alcoholismo, dependencia, mujer, rehabilitación, socialización.

Feminine alcoholism: a hide problem

ABSTRACT. *Objective:* To describe the essential aspects, from a social view, of the alcoholism problem when the one who suffers it is a woman.

Material and method. The discourse of 15 alcoholic women and 6 experts is analysed by a qualitative method. The techniques used are the focused interview, for researching the information of the professionals, and the life story for the alcoholic women. A bibliographical review and an analysis of secondary facts have also been done.

Results. One of the most usual characteristics of feminine alcoholism is that woman hide their addiction, mainly because of the guilt feeling. This clandestine drinking of women, shows the necessity of an early diagnosis of risky behaviours that can lead to dependency. Women usually develop also a dependency on other persons, taking care of them, thinking this is the way not to feel alone.

Generally, the alcoholic woman does not receive support from her couple when she tries to start treatment, and only a few men go with their wife in the rehabilitation process. Women usually go to medical centres pressed by other members of the

Correspondencia:

J. GÓMEZ MOYA.
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Edificio Departamental Occidental.
Campus Los Naranjos. Universidad de Valencia.
Avda. de los Naranjos, s/n.
46022 Valencia. España
Correo electrónico: josefa.gomez@uv.es

Recibido: 23-01-2006

Aceptado para su publicación: 19-07-2006

family such as their mum, sisters or elder daughters, who play an important roll in decisions.

Conclusions. The social perception of feminine alcoholism, which is different from men alcoholism, partly explains the addictive characteristics of the alcoholic woman. It is necessary to continue researching the social characteristics from a gender perspective, because there are influential elements in the addict behaviour.

KEY WORDS: addiction, alcoholism, dependency, woman, rehabilitation, socialization.

Introducción

Con frecuencia utilizamos palabras que tienen un significado sobre el que no se ha recapacitado. Alrededor de la palabra alcoholismo existen también otras muchas que lo definen, y según la que se utilice, se le atribuye una determinada carga social a aquello que estamos nombrando. Con el transcurso de los años, tanto desde los ámbitos profesionales como de la sociedad en general, ha ido cambiando dicho significado, ya que el concepto de alcoholismo nace unido al concepto de vicio. Se consideraba desde esta perspectiva que las personas o las situaciones se convertían en problemas sociales cuando interferían con el funcionamiento normal de la sociedad orgánica¹. Esta interferencia constituía una enfermedad o patología. Así, para los patólogos sociales, los obstáculos para el progreso social se situaban tanto en los desajustes de tipo individual como en el mal funcionamiento de tipo institucional. Estos planteamientos todavía hoy en día permanecen en el pensamiento de muchas personas. El concepto de «vicio» está superado por la comunidad científica, pero no excluido de la comunidad social.

Por otro lado, las investigaciones realizadas desde la óptica de las teorías cognitivas y/o motivacionales se han centrado en el estudio de la relación entre el consumo de alcohol y el intento de afrontar sentimientos o vivencias negativas. Otra área de interés, en los estudios sobre la relación entre expectativas y consumo de alcohol, ha sido analizar la influencia que sobre dicha relación pueden ejercer las diferencias individuales, fundamentalmente las debidas al género. Los hombres tienden a manifestar mayor consumo de alcohol, mientras que las mujeres tienden a manifestar mayor necesidad de consumir alcohol².

Las características sobre el consumo y abuso de alcohol en la mujer han sido estudiadas por diversos autores desde los años sesenta, época en que el alcoholismo

empieza a interesar como problema médico y social en los ámbitos profesionales.

En una exhaustiva revisión sobre el consumo de alcohol en la mujer se concluye que:

1. Para valorar adecuadamente los hechos, debe distinguirse entre el aumento del hábito de beber en la mujer, la incidencia de alcoholismo femenino y la incidencia de las bebedoras graves.

2. Que los motivos por los que una mujer se convierte en una bebedora recurrente pueden ser muy diversos, y a menudo hay más de una causa que impulsa al consumo pareciéndose cada vez más al consumo masculino, es decir, un alcoholismo ligado a la búsqueda del placer y la diversión³.

Estudios recientes ponen de relieve la importancia de los factores sociales en la percepción que se tiene de la mujer alcohólica con relación al hombre alcohólico, así mientras que el 50% de las personas desaprobaría rotundamente a una mujer bebida en una fiesta, sólo el 30% desaprobaría a un hombre bebido, existiendo una mayor sanción social para las mujeres⁴.

Otros estudios inciden en la relación del consumo de drogas y el papel de la mujer como madre⁵⁻⁸.

En definitiva, el enjuiciamiento social y el papel que se le atribuye a las mujeres desarrollan unas expectativas de cumplimiento de un rol social que se manifiesta en la evolución y la conducta de la alcohólica. El objetivo del presente estudio es describir los aspectos fundamentales, desde el punto de vista social, del problema del alcoholismo cuando los sujetos que lo padecen son mujeres.

Material y métodos

En este trabajo, al hablar de alcoholismo femenino, se parte de la base de considerarlo como un problema social por dos motivos. De una parte, no puede excluirse el contexto del origen del alcoholismo, ya que las personas se socializan en un medio social determinado, y ese medio establece una relación con las diferentes sustancias psicoactivas capaces de crear dependencia. Por otro lado, las consecuencias derivadas del alcoholismo repercuten directa o indirectamente en dicho contexto social.

Asimismo, se considera que una mujer alcohólica es una mujer que ha instaurado una dependencia hacia el alcohol y que su consumo le ocasiona problemas físicos, psicológicos y/o sociales.

La elección de diferentes perspectivas de investigación para recoger los datos posibilita que se compen-

sen las debilidades de unas con las potencialidades de las otras, y de este modo se enriquece la investigación.

En función de la mencionada estrategia de integración, se han utilizado técnicas cuantitativas y cualitativas y se ha empleado el análisis de datos secundarios, revisión bibliográfica, el relato de vida y la entrevista enfocada.

La población sobre la que se ha realizado la investigación ha sido: profesionales que trabajan con mujeres alcohólicas y mujeres alcohólicas en proceso de recuperación.

Se han tomado decisiones muestrales persiguiendo la representación de todos los perfiles de profesionales que intervienen en el proceso de rehabilitación desde los diferentes centros de atención a las mujeres alcohólicas, seleccionando un perfil distinto en cada uno de ellos. En la Unidad de Deshabitación Residencial se ha entrevistado al educador (entrevista 1). En el Centro de Día al trabajador social (entrevista 2) y al psicólogo (entrevista 3) en la Asociación de Alcohólicos. En la Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Alcoholología se ha entrevistado a los médicos (entrevistas 4 y 6 respectivamente) y por último en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria al Diplomado en Enfermería (entrevista 5).

Para la categoría de mujer alcohólica, donde, por razones obvias, es imprescindible estudiar el discurso de la mujer cuando no está bajo los efectos del alcohol, se ha establecido una tipología atendiendo a diferentes períodos de abstinencia y contextos en los que se produce la rehabilitación.

Se ha practicado la selección estratégica de casos procediendo según pautas de muestreo teórico al modo definido por Glaser y Strauss⁹. Siguiendo estas consideraciones, se han seleccionado para la categoría de mujer alcohólica en tratamiento y rehabilitación los centros que cumplen este fin, procurando la representación de todas las modalidades de centros de atención de la Comunidad Valenciana. Seguidamente, y siguiendo el criterio de saturación o redundancia, se ha configurado un grupo de 11 mujeres que estuvieran entre un día y dos años sin beber, completándose según etapas de abstinencia del siguiente modo: 4 de ellas en fase de desintoxicación, entre un día y un mes de abstinencia, 2 ingresadas en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y 2 en tratamiento ambulatorio en una Unidad de Conductas Adictivas. Otras 4 mujeres que componen este agregado estaban abstinentes varios meses hasta un máximo de 6, por lo que se puede considerar fase de deshabitación, bien en una Unidad de Alcoholología, bien combinando un centro médico con una asociación. Las tres mujeres restantes que

completan este grupo se han considerado en fase de rehabilitación por estar más de 6 meses abstinentes, pero no más de dos años, por lo que todavía reciben un apoyo psicoterapéutico grupal en una asociación.

Para la categoría de alcohólica recuperada se han seleccionado 4 casos, 2 de ellas pertenecen a grupos de ayuda mutua o a algún tipo de organización o asociación de ayuda, y las otras 2 no realizan ningún tipo de actividad que tenga relación con el alcoholismo; todas ellas con más de dos años de abstinencia.

El diseño de la investigación se basa principalmente en la perspectiva cualitativa. En este punto se hace referencia a la base teórica del análisis cualitativo que está fundamentada en la *Grounded Theory* de Glaser y Strauss⁹. Su enfoque de la teoría fundamentada tiene la finalidad de dirigir la atención del investigador al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales frente al procedimiento de la inducción analítica¹⁰.

Resultados y discusión

Alcoholismo femenino: evolución del concepto

La panorámica del alcoholismo femenino en nuestro país ha variado en los últimos 20 años, sobre todo por el aumento de mujeres alcohólicas con relación a los hombres, y la disminución de la edad de inicio al consumo. La mayoría de los estudios en el alcoholismo femenino están referidos a mujeres que han acudido a centros de asistencia y rehabilitación, y coinciden en la descripción de un determinado perfil de mujer alcohólica¹¹⁻¹³: mujer de entre 35 y 50 años, con una media de 10 años transcurridos entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento, lo que indica el encubrimiento que impide la detección precoz del problema. Asimismo, estudios más recientes incluyen el maltrato en el perfil de mujer alcohólica. Esta situación se da tanto en las propias usuarias como en las que acuden para apoyar a sus parejas. Estos trabajos estiman que la incidencia de problemas de alcohol en familias que experimentan violencia puede situarse entre un 50 y un 75%¹⁴.

Según los expertos las mujeres beben de forma clandestina, en secreto y en solitario y han vivido años de gran aislamiento social. «..Normalmente te llegan porque los hijos ya mayores se plantan y la delatan y la traen al tratamiento... en general lo ocultan bastante más que el hombre... yo creo que necesitan un plus más de esfuerzo o valentía que pueda tener un hombre». (Entrevista [E] 4).

La posición de la mujer alcohólica en nuestra sociedad es difícil, porque si bien es cierto que aparecen al-

gunas modificaciones en la actitud social o el enjuiciamiento moral del alcoholismo, éstas, en todo caso, apuntan hacia una mayor tolerancia del alcohólico varón, pero no en la misma medida para la mujer alcohólica¹⁵⁻¹⁹. Este hecho, unido a la idea de que la persona alcohólica «de verdad» es un hombre, tiende a hacer secundarios los problemas de las mujeres, por lo que la mujer alcohólica es una gran inadaptada social, ya que es una persona que ha fracasado ante los estímulos que el medio social le ofrece y se encuentra al margen de la «normalidad» con referencia al colectivo social.

Como expresa Elizabeth Etorre²⁰ «A las mujeres que somos alcohólicas, muy a menudo, se nos pone entre la espada y la pared. Si bebemos se nos ve como personas débiles emocionalmente, pero, cuando lo dejamos, muchas empezamos a hacernos fuertes, desarrollamos nuestra fuerza como mujeres. Pero una mujer fuerte no se ajusta a la norma. Por eso, a menudo, en la recuperación nos encontramos como cuando empezamos, con una etiqueta negativa. Esta etiqueta ya no es la de mujer alcohólica, sino la de mujer fuerte».

Una de las condiciones básicas para diferenciar los diagnósticos estaría estrechamente relacionada con la dependencia. La dependencia es un factor clave para determinar de qué tipo de problema estamos hablando. En un momento en el que la preocupación social gira en torno a disminuir los daños asociados al consumo, porque al parecer no hay forma de controlar el consumo de determinadas sustancias, y sobre todo entre los más jóvenes, es lógico que se valore a diferente nivel a aquellos que ya han instaurado una dependencia. De ahí quizás proviene la búsqueda de nuevos conceptos para definir a la persona alcohólica. Sin embargo, con referencia al alcoholismo, el factor de la permisividad social desempeña un papel tan importante que no se traspasa la barrera de lo patológico hasta que realmente ya hay una conducta manifiesta y claramente dependiente. El reto consiste, por tanto, en diagnosticar precozmente y evitar la dependencia «...Cada vez hay más gente joven, cada vez aparecen más con cuadros de abuso de dependencia y eso quizá es por una acción preventiva y por una acción de sensibilización». (E. 2). Incluso abordar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol antes de que se instaure la dependencia o se califique a un sujeto de alcohólico «...Yo me inclinaría más por un concepto moderno, lo que se llama PRA, es decir, problemas relacionados con el alcohol... y es una cosa mucho más operativa y más dinámica que no decir usted es un alcohólico que al fin y al cabo no deja de ser un juicio...». (E. 6).

Existen también otros tipos de dependencias asumidas y adjudicadas a las mujeres, que están sobreañadidas a la dependencia hacia el alcohol, pues según los expertos las mujeres alcohólicas creen que necesitan depender de alguien para sentir que existen. «...Visto socialmente, la mujer respecto al consumo de drogas tiene un papel dependiente. Hay pocas mujeres con un grado de autonomía por formación, o por estudios, que le permita no buscar una dependencia con un chico para el consumo.» (E. 1).

La falta de autonomía personal lleva a las mujeres a ocuparse de los demás, pensando que de este modo evitan estar solas y son necesarias para alguien. Sin embargo, esa carga aumenta la soledad y la toma de conciencia de su inexistencia social, en la medida que les impide ocuparse de sí mismas. «...La mujer siempre ha estado pendiente de alguien, o sea tiene que desarrollar su autonomía en función de otro, o proteger a la familia..., pero no es por educación, a veces es para afirmarse en su propia soledad». (E. 1). Además, cuando está abstinentes, también corre el riesgo de trasladar su necesidad de dependencia hacia otros referentes, como puedan ser los profesionales, los cuales deben prestar especial atención para ayudar a la mujer a modificar sus comportamientos «...Yo lo que quiero es que las personas lleguen a funcionar por ellas mismas, no que dependan de mí...». (E. 3).

Respuesta asistencial al alcoholismo de las mujeres

Los problemas diversos requieren la aplicación de una suma de diferentes remedios, y lo que puede ser apto y aceptable en un tiempo y lugar determinados, puede ser absolutamente nefasto e inapropiado en otra situación.

En nuestros días, los programas y/o políticas asistenciales que no contemplen diferencias específicas en el tratamiento de las mujeres alcohólicas contribuyen a mantener el ocultismo de los problemas que rodean a toda mujer alcohólica. «...Cuando estas personas tienen que normalizar su vida, ser alcohólica mujer es más grave que ser alcohólico hombre...». (E. 4). «La mujer que es atendida dentro del ámbito del alcoholismo puede tener muchas más necesidades y carencias que requieran la intervención de otros profesionales...». (E. 2).

La burocratización ha supuesto realmente la despersonalización del tratamiento en el ámbito de la asistencia al alcoholismo. Se puede afirmar que las respuestas articuladas actualmente por la sociedad para las personas alcohólicas sitúan los recursos en torno a tres ejes paralelos: asistencial, rehabilitador y preven-

tivo. Sin embargo, no existe coordinación entre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales, lo que muestra un claro resultado de la burocratización de las instituciones. La ausencia de coordinación institucionalizada entre los diferentes servicios y programas provoca la despersonalización y parcelación de la globalidad de los problemas de la persona. Como ponen de manifiesto algunos expertos: «...No hay ningún puente entre los Centros de atención médica y los Servicios Sociales generales...». (E. 1).

Es evidente la diferenciación entre centros dedicados a la desintoxicación y centros para la rehabilitación. Desde el punto de vista de los profesionales implicados, en el momento actual, se trabaja desde un modelo medicalizado, basado en la potenciación de los centros médico-asistenciales, como eje fundamental del tratamiento. «...No hay reinserción porque no está contemplada la parte social... Hacen falta recursos para poder continuar con los procesos de deshabituación que son los duros...». (E. 1).

Ocupan un lugar secundario los recursos de rehabilitación y reinserción gestionados por Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y Asociaciones. Por lo que los centros que abordan los aspectos sociales no se sienten identificados ni integrados respecto a la red asistencial institucionalizada.

En la actual estructura del sistema asistencial el gran perjudicado/a ha sido el/la enfermo/a alcohólico/a, porque, tanto desde los centros médicos como desde los sociosanitarios los consumidores de otras sustancias absorben gran parte de la atención y la dedicación de los profesionales por el gran impacto social de los consumos ilegales. Por otro lado, las personas alcohólicas no se identifican como toxicómanas o drogodependientes, y esta cuestión es aún más patente en el caso de las mujeres alcohólicas. «...Yo entiendo que para el alcoholismo habría que crear unidades específicas al margen de las otras sustancias..., y dentro de ellas tratar por separado a las mujeres». (E. 4). El resultado es que la mujer alcohólica no obtiene una respuesta adecuada a la demanda que configura sus necesidades de género, porque las respuestas asistenciales se dirigen de forma prioritaria a toxicómanos de sustancias ilegales y varones.

Las dificultades de las mujeres para acceder a los tratamientos por el temor a que ello desvele su alcoholismo es un hecho. Las mujeres rechazan y temen acudir a los centros. Podemos observar a través de los datos de los Informes del Plan Nacional sobre Drogas una cierta contradicción en que no haya un aumento de la demanda por parte de las mujeres en los centros de tratamiento, en una progresión proporcional al au-

mento del consumo de sustancias tóxicas en el colectivo femenino. Puede comprobarse, según el Observatorio Español sobre Drogas, 2003²¹, que el consumo de alcohol en las mujeres ha aumentado 13 puntos porcentuales de 1995 a 2001. Sin embargo, las mujeres que han sido admitidas a tratamiento por primera vez por consumo de sustancias psicoactivas ha disminuido casi un punto porcentual.

Estos datos nos indican que hay dificultades serias, tanto de índole estructural como personal, que impiden a la mujer acceder a los centros de asistencia para recibir la ayuda necesaria. De hecho, de los discursos expresados por los profesionales se desprende la existencia no sólo de las barreras burocráticas que las mujeres tienen que traspasar, sino también los obstáculos que deben vencer en su interior para encontrar la fuerza suficiente para superarlos y acudir a la rehabilitación. «...Me caben en los dedos de las manos..., o sea hay muy poquitas mujeres... Al hombre le cuesta acudir a la asociación, pero a la mujer le cuesta más... Hay carencias de las mujeres que no se tratan en los grupos...». (E. 3).

Se pueden encontrar referencias sobre esta misma cuestión en un trabajo de Carmen Meneses²² en el que habla, precisamente, de la baja representación de las mujeres en los programas de tratamiento.

Un apoyo importante para lograr vencer esta batalla interna podría ser la familia, pero en el caso de la mujer alcohólica la familia de ésta mantiene una actitud de ocultismo derivada de la vergüenza que le acarrea la enfermedad de la alcohólica, o cuando menos, la vergüenza por los problemas que se originan como consecuencia de las ingestas alcohólicas de la mujer. Según manifiestan las propias mujeres, la familia de origen presiona más que la pareja para que se ponga en tratamiento, y el interés para que acuda a un centro suele ser, en definitiva, por parte de la madre o hermanas, que al parecer son más capaces de forzar esa decisión. «...Forzada por mi madre que no podía más, fui a desintoxicarme y rehabilitarme...». (Relato [R] 7).

Por su parte, los profesionales que tratan a las mujeres alcohólicas saben que la familia no colabora en muchos de los casos, y también saben que pueden existir relaciones violentas en la pareja que se van a mantener ocultas durante el proceso de tratamiento, porque ni siquiera en esa situación la mujer podrá desprenderse del temor a desvelar la auténtica relación con su pareja. El vínculo establecido y la dependencia hacia el hombre, junto con el miedo al poder y a la fuerza de éste, generan esas actitudes de ocultismo de la realidad. «...Hay que andar con muchísimo cuidado... Tienes a alguien delante que no sabes cómo va a

reaccionar con esa persona que está intentando rehabilitarse... El problema de la mujer alcohólica con problemas de malos tratos... Me encuentro con que ahí hay algo que no funciona, que no estamos atendiendo bien, que no estamos ofreciendo la ayuda que necesitan, que estamos a veces dejando muy desamparadas a algunas mujeres.» (E. 3).

Dentro de una red asistencial, no especializada en la atención a la mujer, este tipo de problema puede pasar desapercibido, a menos que la sensibilidad de los profesionales y su interés por un trabajo bien hecho detecte estas situaciones y las trabaje desde el punto de vista terapéutico de manera adecuada. De lo contrario algunas intervenciones podrían resultar más perjudiciales que beneficiosas.

Alcoholismo, mujer y socialización

Como dice Cucó J, Nemesio R, Serra I²³, la parte más fundamental del aparato del control social en cualquier sistema no es la red de organismos que comprende. Es más bien una parte invisible de la vida cotidiana. De modo que el mecanismo más importante de control social es la interiorización de las normas y valores de la sociedad a la que se pertenece. A través del proceso de socialización, la sociedad va preparando a la persona para que ajuste su conducta a las normas de forma espontánea y en la mayoría de las ocasiones de forma inconsciente. Los mecanismos de autocontrol o de control interno aprendidos a lo largo del proceso de socialización del individuo son los más eficaces.

Guy Rocher²⁴ define la socialización como el proceso por cuyo medio la persona aprende e interioriza en el transcurso de su vida los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.

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

En segundo lugar, la integración de la cultura en la personalidad, puesto que en la definición se afirma que, como consecuencia de la socialización, algunos elementos de la sociedad y de la cultura pasan a ser parte integrante de la estructura de la personalidad

psíquica, hasta el punto de convertirse en materiales o en una parte del contenido de dicha estructura.

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

Berger P y Luckman T distinguen entre la socialización primaria y la secundaria²⁵. La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez; por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad, mientras que la socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad.

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

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

La familia como institución social ha sufrido grandes cambios en su estructura, en su funcionamiento y en sus propios roles, pero como dice S. Froufe Quintás, conserva dos funciones principales: asegurar la supervivencia física del individuo y la construcción de su identidad a través de la interacción/aprendizaje de los valores²⁶.

Las relaciones e intercambios entre los miembros de una familia en la que la mujer alcohólica es madre y esposa dificultan el aprendizaje de los valores del sistema social más amplio, y tiene a su vez consecuencias en el núcleo familiar. Las mujeres saben y te-

men esas consecuencias, pero se sienten impotentes para solucionarlo a menos que reciban la ayuda específica precisa a su condición de mujer alcohólica.

En realidad, la alcohólica es una persona mal socializada, se convierte en sujeto desviado por un proceso de aprendizaje (asociación diferencial), y cuando ha sufrido malos tratos o abusos sexuales encuentra en el alcohol un alivio y una salida a su situación. «...Solamente vivía para él, pero él me destruyó... Empezó a hacerme beber porque decía que me volvía muy divertida...». (R. 2). «... No recuerdo tener adicción al alcohol, todo era normal hasta los 22 años en que conozco a un señor vividor de la noche...». (R. 8). «...Actualmente comparto mi vida con [...] el cual comparto mi devoción por el alcohol... La única persona que me proporciona afecto y se preocupa por mí...». (R. 1).

La socialización adquiere un valor primordial en el análisis de la etiología del alcoholismo femenino, así como en la reinserción de las personas alcohólicas. En la actualidad, los cambios socioculturales no han producido las modificaciones deseadas en la socialización de las mujeres. Por ello, se produce un conflicto entre la interiorización de las normas sociales, más liberales y abiertas tras la incorporación al mundo laboral y social, y las que le transmite la propia familia, que continúa adjudicando a la mujer roles más tradicionales. Aparece entonces una contradicción entre lo que se espera de ella como mujer en su antiguo rol y las posibilidades que le ofrece la sociedad actual. La mujer ha tenido que incorporarse a los cambios, encontrando el equilibrio entre sí misma como persona y como ser social. «Dejé de ser yo para convertirme en alguien que realmente ni yo conocía, seguía siendo la mujer simpática, sociable y agradable que yo creía que a la gente le gustaba, pero todo era una máscara y tenía siempre que llevar alguna copa de más para yo sentirme de esa manera». (R. 11).

El proceso de socialización de la mujer alcohólica abarca dos tiempos: el primero, referido a su infancia y adolescencia, previo a la instauración de la dependencia alcohólica. Este proceso de socialización, vital para la formación de la identidad de las personas, resulta dañino para un correcto desarrollo, tanto de los aspectos afectivos como de los aspectos cognitivos, cuando está condicionado por factores y contextos socioculturales desfavorables.

El segundo, denominado resocialización, es cuando inicia la alcohólica su recuperación. Es éste un momento en que debe socializarse de nuevo. Frente a la norma de beber alcohol, se impone la conducta abstemia²⁷.

La rehabilitación de la mujer alcohólica

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

Los estudios sobre eficacia del tratamiento no son concluyentes, aunque en una revisión de 23 estudios en los que se habían incluido mujeres, en 18 de ellos no se encontraron diferencias con los hombres, y en 4, las mujeres tenían mejor pronóstico²⁸. No obstante, tras dicha revisión se identificaron tres importantes barreras que podían reducir la eficacia del tratamiento en mujeres:

1. Las expectativas por parte de los terapeutas de que las mujeres, debido a su comorbilidad con trastornos depresivos, respondían peor al tratamiento.

2. La creencia por parte de los terapeutas de que las mujeres tenían un menor potencial para el cambio que los varones.

3. La falta de información sobre el pronóstico del alcoholismo femenino llevaba a algunos terapeutas a considerar que el tratamiento iba a ser ineficaz. Esto nos da una idea de las dificultades a las que las mujeres se enfrentan, añadidas al propio proceso de recuperación.

Alrededor de la decisión de ponerse en tratamiento, las mujeres manifiestan un profundo vacío afectivo al que el alcohol les ha conducido, que les hace sentir la necesidad de recuperar el amor y la comprensión de los más allegados. Por ello, dejar el alcohol por la familia les parece una razón suficiente, incluso más que dejarlo por una misma: «...comprendiendo lo que estaba haciendo de mi vida y la de mi familia, tomé la decisión más importante de mi vida, dejar de beber...». (R. 11).

El hecho es que, cuando una mujer comienza un tratamiento, se percata de inmediato de que va a afrontarlo en solitario. Vuelve a sentir la soledad que la ha acompañado a lo largo de los años y desea encontrar apoyos en los nuevos personajes que emergen en su vida. En muchas ocasiones ese sentimiento de soledad no es sólo interno, sino que, de hecho, el abandono o la falta de colaboración de familiares cer-

canos llevan a la alcohólica a emprender su reto personal en solitario. «...Los primeros días estando abstinentemente son casi una pesadilla, empiezas a darte cuenta de la realidad...». (R. 9).

Sería importante que los programas de alcoholismo en los que están incluidas las mujeres tuvieran ciertas características específicas, tales como: proporcionar información sobre los riesgos específicos que presentan las mujeres ante la ingestión de bebidas alcohólicas, evitar críticas que puedan incrementar los sentimientos de baja autoestima y ocultamiento del problema, intentar que la primera visita la realice una mujer y potenciar grupos de autoayuda para mujeres. Cuando una mujer se incorpora por vez primera a un centro, o a un grupo, suele acudir asustada y avergonzada, pensando que van a enjuiciarla por el hecho de ser mujer alcohólica. Por lo general los grupos de autoayuda mixtos despliegan al máximo su capacidad de acogimiento y comprensión cuando se incorpora un nuevo miembro, y aunque la mujer se siente aceptada por sus iguales alcohólicos, el nivel de acercamiento al grupo sería mucho mayor si, además de estar unidos por el alcohol, les uniera también la homogeneidad de género. «...La primera vez que entré en una asociación lo primero que vi fue un grupo de gente que se dedicaba a ayudar a los demás... Me apoyaron y ayudaron cada uno a su medida...». (R. 12).

Es evidente que a partir de un determinado momento los programas deben procurar homogeneizar los grupos terapéuticos en función del género. Este tipo de grupos permitiría a las mujeres abordar sin reticencias aspectos como los abusos sexuales, los malos tratos y las recaídas, sin estar expuestas al acoso sexual y a las interpretaciones que determinados hombres puedan hacer de su historia personal. «...Para mi buena suerte fui escuchada y atendida y después un grupo de terapia...». (R. 8).

La mujer va a buscar un sustitutivo a su relación íntima con el alcohol. Se pregunta qué se le puede ofrecer que alcance el grado de satisfacción que le daba el alcohol, y va a encontrarlo precisamente en la ausencia de éste. Las compensaciones que irá valorando cada día que permanece abstinente son el mejor refugio contra las vacilaciones. «Respecto a mi rehabilitación, una sola frase la puede definir: ha sido como abrir una ventana y recibir aire fresco, después de estar largo tiempo en una habitación contaminada». (R. 7).

Todo este proceso de la rehabilitación en el que la mujer ha de sopesar los pros y los contras de su abstinencia no puede percibirlo por sí misma, necesita alguien que la oriente y le enseñe cómo lograrlo. «...Empecé a acudir a terapias individuales y en gru-

po. Tengo que decir que los profesionales hicieron un buen trabajo...». (R. 12).

El grado de vinculación y la calidad de los vínculos influyen de forma decisiva en las posibilidades de rehabilitación de las mujeres alcohólicas. La relación con el medio es muy importante porque, en la mayoría de las ocasiones, la mujer enferma lo es tanto que no tiene voluntad para buscar su propia curación, desempeñando estos vínculos un papel esencial. «...Yo por no perder a mis hijos he hecho todo lo posible para salir adelante y le doy las gracias a la médico y a la psicóloga...». (R. 3).

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

Al mismo tiempo que la alcohólica ha estado inmersa en un proceso ascendente de su dependencia alcohólica, el propio núcleo familiar ha tenido que reestructurar su funcionamiento en función de las nuevas situaciones provocadas por la conducta inesperada de la madre bajo el efecto del alcohol. Este hecho proporciona al resto de los miembros una gran inestabilidad debido al papel tan importante que la mujer tiene asignado en el interior de la familia, tanto en el aspecto afectivo como de organización, por lo que el alcoholismo de la madre se convierte en el eje de la estructura familiar, centrando la atención de todos los miembros. «Ahora ya hace un año y mi vida ha cambiado un cien por cien. Vuelvo a trabajar, salgo, me río, mi relación con mi marido es estupenda y con mi hijo, genial. Le hacía falta una madre.» (R. 10).

Con referencia a la posibilidad de recuperación de la mujer alcohólica, como señala B. Cañuelo, cuando el consumo se da en la mujer el problema adquiere unas connotaciones especiales, ya que presenta una mayor vulnerabilidad y enmascaramiento²⁹; hay por tanto una mayor dificultad, sobre todo cuando el problema se ha perpetuado en el entorno familiar, apareciendo en estadios avanzados y con fracasos en anteriores intentos de tratamiento. «...Creo que siempre perseguí sueños y nunca tendré los pies sobre la tierra. Yo no sacaba en claro más que disgustos con el alcohol..., y sin embargo... después de prometerme que nunca más... volvía a caer en el hechizo de olvidar la tristeza, la depresión... y dormir profundamente...». (R. 6).

No faltan explicaciones en el momento de analizar las desproporciones en los juicios morales entre el alcoholismo del hombre y de la mujer. Las características que la función de cada sexo imprime en nuestra

sociedad están en el origen de la diferencia. La mujer todavía en algunos medios es considerada como una persona de segundo orden, y sus posibilidades de iniciativa e independencia pueden estar limitadas. A la mujer se le adjudica aún la sumisa dependencia, y por el contrario, al hombre se le supone dinámico, energético, decisivo e independiente.

La degradación personal a causa del alcohol llega a repercutir también en el ámbito de relaciones, el nivel cultural y educacional y en el trabajo; en definitiva, trasciende al medio de la persona que paulatinamente va degradándose socialmente y comienza su marginación. «...Después de 10 años no tenía amigos, no conocía a nadie, mis hermanos tenían su vida... Fue el infierno...». (R. 2).

El círculo de relación se va estrechando porque los intereses de la mujer alcohólica no coinciden con los de las personas que la rodean. Se va aislando y aparece el fantasma de la soledad, que a la vez la margina.

Cabe preguntarse, como lo hizo E. Bogani en 1971³⁰, ante este modo de enfermar de las mujeres, que quizá algunas de las alcohólicas no hubieran llegado a serlo si hubieran reflexionado sobre las posibles consecuencias de sus ingestas, a través de una buena acción profiláctica que las hubiera informado de los riesgos que corrían.

Una de las cosas que apuntan las mujeres es que necesitan aprender a ayudarse a sí mismas para hacer aquello que les proporciona la fuerza para recuperarse. Así, necesitan evitar situaciones en las que saben que terminarán sintiéndose mal con ellas mismas. Las mujeres necesitan evitar a las personas que les hacen sentirse inferiores, avergonzadas o no merecedoras de ayuda. «...Tengo 40 años y creo que empiezo a vivir, a ser normal, a disfrutar de lo que me rodea. He aprendido a escuchar, comprender y razonar...». (R. 8).

Ahora bien, la mujer que se ha sentido herida por el alcohol, sufriendo un daño del que no es culpable, encuentra su fuerza en su propia vulnerabilidad. Es decir, cuando una mujer comprende qué es lo que le ha

hecho daño y le ha hecho sufrir, puede empezar a afrontarlo. Una vez lo afronta puede empezar a tratarse y entonces la mujer comienza a sentir su propio poder y ahí comienza su esperanza. «...intento con todo mi ser vivir el presente y disfrutar de esta nueva concepción de libertad...». (R. 15).

Conclusiones

Es, desde luego, posible obtener un tratamiento satisfactorio al margen de las apreciaciones sobre el género de las personas, pero la privacidad que afecta a las mujeres sobre el tema del alcohol, debido al enjuiciamiento social, y relacionada con las desigualdades en razón del género, dificulta claramente el recorrido de su recuperación.

Cuando la familia se siente agotada y piensa que los intentos de ayuda son infructuosos, suelen romper las relaciones con la mujer sumida en el alcohol, lo cual le produce un doble efecto, ya que además de enfrentarse sola a su problema queda de algún modo marcada, justamente por el hecho de estar sola.

El proceso de deterioro no pasa desapercibido para ninguna mujer, ni mientras está bebiendo, ni cuando ha dejado de beber. En el primero de los casos su nivel de autocritica es tan bajo y su deseo de alcohol tan elevado, que no le permite reflexionar y actuar en consecuencia. En el segundo supuesto, recuerda la degradación a la que había llegado y lo utiliza como instrumento o como freno para mantenerse en abstinencia. En ambas etapas de su vida la mujer habla de sí misma con desprecio, pero en realidad lo que en el fondo desprecia no es a sí misma, sino el alcohol y lo que éste consiguió hacer con su vida.

Por tanto, en el abordaje del alcoholismo femenino se requiere un tipo de atención específica, y es necesario seguir investigando en las características de tipo social en razón del género de la persona como factores influyentes en la manifestación de la conducta adictiva.

Bibliografía

1. Clemente M. Psicología social aplicada. Madrid: Endema; 1992.
2. Olcina J. Etiología del alcoholismo. En: Cuevas J, Sanchis M, directores. Tratado de Alcoholología. Valencia: Dupont Pharma; 2000. p. 119-40.
3. Climent MD. Consumo de alcohol en la mujer. Dirección General de Drogodependencias; 1997. (Trabajo de investigación no publicado).
4. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psych Rev.* 2004;24:981-1010.
5. Frari Galera SA, Roldán Bernal MC. Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13:1118-26.
6. Roldán Bernal MC, Galera Frari SA. Mujeres viviendo en el contexto de drogas (y violencia) – el papel maternal. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13:1142-7.
7. Schuchman N. Substance-abusing mothers and disruptions in child custody: An attachment perspective. *J Subst Abuse Treat.* 2005;30:197-204.

8. Ortendahl M. Smoking as a decision among pregnant and non-pregnant women. *Addict Behav.* Article in Press, Corrected Proof; 2006.
9. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine; 1967.
10. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis sociología; 1997.
11. Bogani E. Evolución del alcoholismo femenino en los últimos veinte años. *Rev Esp Drogodepend.* 1987;12:131-2.
12. Bach, Bach L. Alcoholismo, mujer y familia. *Rev Esp Drogodepend.* 1997;22:257-61.
13. Alonso Fernández F. *Los secretos del alcoholismo*. Madrid: Ediciones Libertarias; 1998.
14. Chait L, Zulaica B. Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos.* 2005;7:104-13.
15. Hernández Boado T. *El alcoholismo en la mujer*. Madrid: Fundación Salvador Seguí; 1993.
16. Orte C. Sexualidad en la mujer adicta. I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000. p. 29-40.
17. Rubio G, Blázquez A. *Guía Práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad; 2000.
18. Romo N. *Mujeres y drogas de síntesis*. Donostia: Gakoa; 2001.
19. Echarren C. *Enganchadas*. Barcelona: Plaza Janés; 2002.
20. Ettorre E. *Mujeres y alcohol*. Madrid: Nancea; 1998.
21. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 6. Madrid: Delegación del Gobierno Plan Nacional sobre Drogas; 2003.
22. Meneses Falcón C. ¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate. *Rev Proyecto Hombre.* 2002;43:5-9.
23. Cucó J, Nemesio R, Serra I. Cultura, Personalidad y el Grupo Humano. En: García Ferrando M, compilador. *Pensar nuestra sociedad*. Valencia: Tirant lo Blanch; 1995. p. 89-124.
24. Rocher G. *Introducción a la Sociología General*. Barcelona: Herder; 1990.
25. Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 1984.
26. Froufe Quintás S. El protagonismo de la familia ante la transmisión de los valores sociales. *Docum Soc.* 1995;98:61-71.
27. Gómez Moya J. *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Barcelona-Valencia: Octaedro-Rialta; 2005.
28. Vannicelli M, Nash L. Effect of sex bias on women's studies on alcoholism. *Alcohol. Clinic Exper Res.* 1984;8:334-6.
29. Cañuelo B. Alcohol y exclusión social. *Adicciones.* 2002;14:251-60.
30. Bogani E. *El alcoholismo, enfermedad social*. Barcelona: Pulso Editorial; 1971.