



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

El problema de la adicción al alcohol, consecuencias e intervención desde el trabajo social

Alumno/a: Alba María Pérez López

Tutor/a: Anna María Rucabado Sala
Dpto: Psicología

Mayo, 2019

RESUMEN

En este Trabajo Fin de Grado se presenta una revisión bibliográfica sobre “El problema de la adicción al alcohol, consecuencias e intervención desde el trabajo social”, la adicción es un fenómeno social que afecta de manera directa o indirectamente a las diferentes comunidades y a los diferentes agentes sociales. Desde este trabajo se pretende realizar un acercamiento hacia sus consecuencias, ámbitos y actuaciones, así como el papel del trabajador social en dicho entorno.

El objetivo principal de este trabajo se centra en estudiar las consecuencias físicas, sociales y cognitivas del alcoholismo desde la perspectiva del trabajo social.

Palabras clave: Alcohol/ Alcoholismo/ Adicción/ Abstinencia.

ABSTRACT

In this Final Project a bibliographic review is presented on "The problem of alcohol addiction, consequences and intervention from social work", addiction is a social phenomenon that directly or indirectly affects different communities and different social agents. From this work we intend to make an approach towards its consequences, areas and actions, as well as the role of the social worker in that environment.

The main objective of this work focuses on studying the physical, social and cognitive consequences of alcoholism from the perspective of social work.

Keywords, alcoholism, addiction and abstinence

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. CONCEPTOS PREVIOS	6
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGÍA	8
5. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN ÁMBITOS	9
5.1. Ámbito Familiar.....	9
5.2. Ámbito Laboral.....	11
5.3. Ámbito Económico	12
5.4. Ámbito Judicial/ delictivo.....	12
6. LOS EFECTOS DEL ALCOHOL Y LAS ACTUACIONES BAJO SUS EFECTOS	13
6.1. Proceso de fases de la persona adicta al alcohol.....	13
6.2. La convivencia familiar	19
6.3. Efectos del alcohol.....	23
6.4. Diferencias por género	24
7. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A PERSONAS CON ADICCIÓN ALCOHÓLICA	29
7.1. Intervención con el usuario y familia, desde el Trabajo Social	30
8. INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA.....	31
9. CONCLUSIÓN	33
10. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. INTRODUCCIÓN

La adicción al alcohol, “también llamada enfermedad alcohólica”, constituye a día de hoy un grave problema para el sistema socio-sanitario (Ortega, 2015), de modo que equipos multidisciplinares en el ámbito de la salud y del trabajo social aúnan sus energías y experiencia en conocer de manera precisa los factores de riesgo del consumo compulsivo de alcohol y sus consecuencias a nivel físico, social y cognitivo (Ameen, 2018).

Este concepto, se traslada a la vida diaria en poder determinar el riesgo de los usuarios según su consumo, diferenciándose entre: sin consumo habitual (abstemio), bebedor moderado (ingesta de menos de 17 unidad de bebida estándar (UBE) a la semana en varones y menos de 11 UBE en mujeres), debemos resaltar que cada unidad supone de 8-13 gramos de alcohol puro, bebedor de riesgo (28 y 17 UBE semanales respectivamente) o de manera un poco más específica, el global día de un hombre adulto no debiera superar alrededor de los 30 gr/día y la mujer 20gr./día, (Programa de Salud Infantil, 2009).

Esta realidad es tratada como un problema de salud público, que requiere la puesta en marcha de acciones preventivas y de la formación adecuada tanto de los profesionales como de la población general; es fundamental en este aspecto tener en cuenta que el alcohol es una droga socialmente aceptada, al igual que se acepta su consumo como vehículo de socialización, por lo que aumenta el riesgo a consumirse (Ahumada et al., 2017). Actualmente, se han diseñado y puesto a disposición de los especialistas en atención social y sanitaria un conjunto de herramientas que permite detectar de manera relativamente temprana el riesgo a la adicción al alcohol. Así, la anamnesis correcta y la exploración clínica, junto con el uso de cuestionarios diagnósticos y los análisis de sangre para detectar marcadores biológicos que son esenciales en el diagnóstico del alcoholismo. (Ochoa et al., 2009).

Por su parte, son numerosas las investigaciones que tratan de conocer las causas y consecuencias de la adicción al alcohol (Tsuruya, 2016; Thapa, Selya y Jonk, 2017), un problema social que afecta a la adquisición de competencias básicas en el ámbito social, afectivo, cognitivo y físico. A través de esta revisión haremos una evaluación del material científico más relevante y actual sobre las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol en la adolescencia. Para ello Las bases de datos a las que se recurrirá son ScieLo, Google Academic, PubMed, y Web of Science. Pretendemos llegar a una discusión de

resultados que nos permita comprender porque el consumo de alcohol y estupefacientes es una conducta de riesgo cada vez más preocupante en la sociedad actual, sobre todo cuando la llevan a cabo los individuos más vulnerables a nivel de desarrollo corporal y psíquico como es el caso de los niños y los adolescentes (Ortega, 2015). Autores como Jessor, Costa, Kreuger y Turbin (2006), confirman que, en el contexto evolutivo y social de la adolescencia, la sociedad normaliza el consumo de alcohol como una sustancia asociada al ocio, a la diversión y a la socialización, factores que actuarán como predisponentes próximos del consumo.

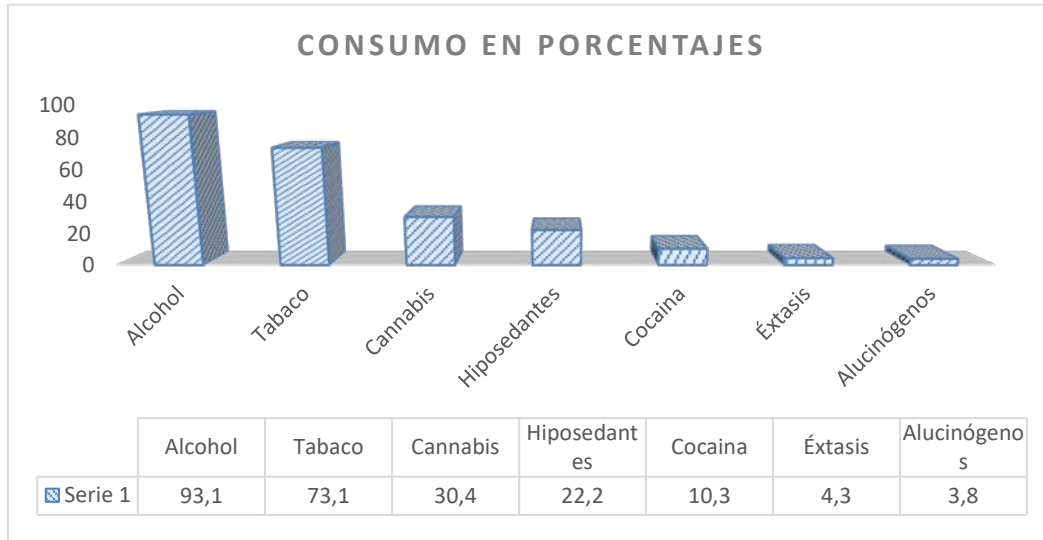
Existen factores que afectan en mayor o menor medida a la persona para que tenga que recurrir a la conducta de consumo (Ortega, 2015). Un gran número de estudios afirman que es en la adolescencia, en la que despierta la identidad del individuo y la conducta autónoma, y que además es en este período en el que se manifiestan y consolidan hábitos que conformarán el estilo de vida del adolescente, entre los que destacamos, el consumo de alcohol. Tal y como demuestran las investigaciones Fernández et al. (2015); Ray y Bukarski (2016) y Thapa, Selya y Jonk (2017), el consumo de sustancias produce un impacto negativo para la salud del individuo y cada vez hay una mayor preocupación por los más jóvenes, ya que en España hacen un elevado consumo del alcohol y el tabaco, con la intención de manejar algunos aspectos que afectan a su vida y sus relaciones con los padres, amigos, compañeros y entorno escolar (Ortega, 2015).

Como apuntan Goldman y Darkes (2004) las expectativas positivas hacia el alcohol incluyen expectativas "de activación" y "de sedación". Las primeras se refieren a la dimensión de la desinhibición y facilitadora social de las bebidas alcohólicas, mientras que las segundas hacen referencia a la capacidad ansiolítica de éstas. En este mismo sentido, Cortés, Espejo y Giménez-Costa (2008), comprueban que las expectativas que caracterizan el beber abusivo es experimentar euforia, asumir comportamientos relacionales más arriesgados y sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo (Mackintosh, Earleywine y Dunn, 2006).

En lo que respecta a la prevalencia en el consumo de esta sustancia, Europa es uno de los continentes del mundo donde se consume más alcohol. Tal y como muestra el Plan Nacional sobre Drogas (2013) el promedio de alcohol consumido entre los adultos europeos mayores de 15 años ronda los doce litros, cantidad superior a la de cualquier otra parte del mundo.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), realizada cada bienio por el Plan Nacional sobre Drogas (2013), considera que entre la población cuya edad está comprendida entre los 15 y 64 años predomina el consumo de alcohol por encima de otras sustancias adictivas (Figura 1).

Figura 1. Consumo de diversas sustancias adictivas en población comprendida entre los 15-64 años expresado en porcentajes



Fuente: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estadísticas (2018).

Por todo ello, en el presente Trabajo Final de Grado, se pretende realizar un análisis con el cual se quiere conocer la repercusión del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad. En la actualidad se propone cambiar el término de “síndrome de dependencia del alcohol” por el de alcoholismo (Tsuruya et al., 2016). Nuestras competencias en el ámbito del trabajo social son esenciales en los procesos de tratamiento de la adicción al alcohol, y en las consecuencias, así como en la prevención de la misma y en la posterior necesidad de inserción social de la persona adicta. De todo lo expuesto con anterioridad, surge la necesidad de analizar las consecuencias actuales del alcoholismo en adolescentes españoles, un hecho que, sin duda, delimitará el desarrollo físico, personal, social y laboral del individuo y donde el papel del trabajador social resulta esencial en la prevención y tratamiento de la población.

2. CONCEPTOS PREVIOS

Con el fin de reunificar las ideas más importantes de este trabajo para hacer más fácil su comprensión, se va a proceder a una definición de conceptos que se consideran adecuados, los cuales son: drogas, alcohol, alcoholismo, síndrome de abstinencia y alcoholismo en el género femenino:

Una droga es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

También, según Fernández-Espejo (2002):

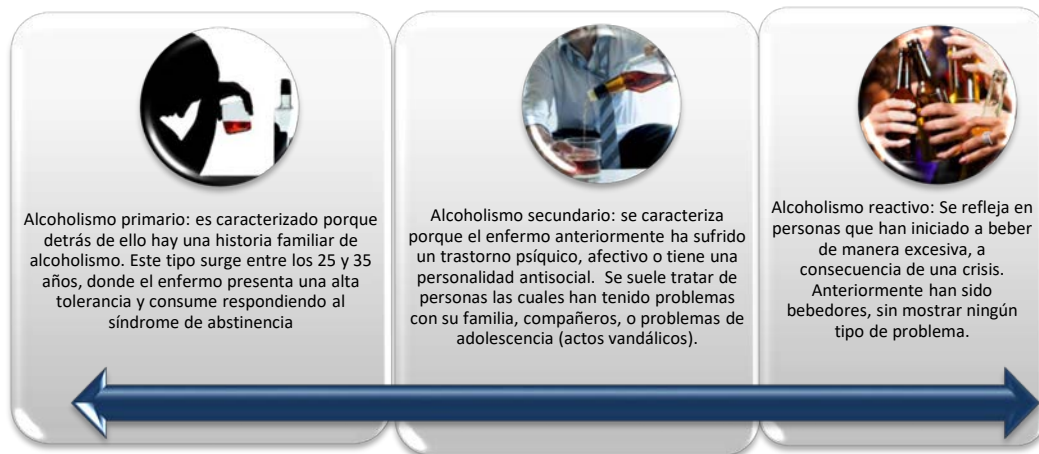
“las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc., Es así como se define droga para hacer referencia a toda sustancia que ocasiona alguna alteración en el estado de ánimo y pueden provocar en la persona que lo consume una adicción” (p.36).

Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipnóticos y sedantes...) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

Es relevante destacar la definición de *alcoholismo* ya que es una “enfermedad primaria y crónica de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales. Dicha enfermedad genera una fuerte dependencia del consumo del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando su ingesta no es posible” (Moreno, 2007).

Según la investigación realizada por Cándida Acero Sáez (1995) existen tres tipos de alcoholismo que pueden ser: primario, secundario y reactivo, las características principales se muestran de manera detallada en la Figura 1.

Figura 1. Tipos de alcoholismo y características.



Fuente: Elaboración propia a partir de Acero Sáez (1995).

Respecto al síndrome de abstinencia, se destaca la definición de Hermida (2015):

“El síndrome de abstinencia alcohólica, supone una serie de síntomas que sufren las personas cuando dejan de beber. Este tipo de síndrome lo presentan personas que tienen o han tenido problemas con el excesivo consumo de bebidas alcohólicas durante un cierto tiempo, ya sea semanas, meses o años. Este tipo de síntomas no deben afectar a personas que consumen alcohol de manera esporádica” (p.69).

Los síntomas más severos que se pueden producir en una persona la cual ha dejado de beber por múltiples razones o simplemente no se encuentra en ese momento consumiendo alcohol, son fiebre, convulsiones y delirium trémens o algunos otros como temblores, sudoraciones, dolores de cabeza, náuseas y vómitos, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, disminución del apetito y cambios en la frecuencia cardíaca (Tsuruya et al., 2016).

Es importante hacer hincapié en el alcoholismo por el consumo de mujeres, dicha definición se ha extraído del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH), en la cual es el alcohol presenta otro desafío más para la salud de las mujeres. Aun en cantidades pequeñas, el alcohol afecta a las mujeres de manera diferente que a los hombres, y el beber en exceso es, fisiológicamente, mucho más arriesgado para las mujeres que para los hombres (2005). En el apartado de efecto del alcohol se explica detalladamente los diferentes en efectos tanto en el género femenino como masculino.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo se centra en: estudiar las consecuencias físicas, sociales y cognitivas del alcoholismo desde la perspectiva del trabajo social.

Para la consecución del objetivo principal hace necesario plantear una serie de objetivos específicos, que son los expuestos a continuación:

- Identificar los factores de riesgo del alcoholismo.
- Dar a conocer cómo afrontan tanto familia como individuo el problema.
- Conocer el papel del trabajador social frente a un adicto alcohólico y la intervención frente al usuario y la familia.

4. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos propuestos en el estudio se realizó una revisión bibliográfica de la literatura enfocado a la adicción al alcohol o alcoholismo, especialmente desde la perspectiva social y muy específicamente desde la actuación del trabajo social, para la cual se emplearon diferentes recursos (artículos, libros, capítulos de libros, tesis, etc.). Las bases de datos a las que se recurrió fueron ScieLo, Google Academic, PubMed, y Web of Science. Los términos utilizados en la búsqueda fueron “alcoholism AND effects OR consecuencias”, “neuropsychology AND alcohol”, “memory AND alcohol”, “attention AND alcohol”, “language AND alcohol”, “emotion AND alcohol”.

Por lo tanto, se trata de una revisión bibliográfica donde se ha recogido, evaluado y seleccionando una serie de artículos científicos cuyo tema central ha sido el alcoholismo y las consecuencias asociadas a tal adicción.

Para ello se establecieron criterios de inclusión y exclusión como fue la fecha de publicación del artículo, acotada en los últimos 25 años, así como el idioma, español e inglés y el tipo de estudio, experimental.

La selección de artículos científicos se ha realizado en base a los distintos puntos que se han tratado en el trabajo. Se analizaron, además, las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados a fin de recuperar diferentes estudios potencialmente adecuados para la revisión. Tras los diferentes periodos de búsqueda, y la correspondiente lectura de los artículos emergentes, se excluyeron aquellos registros que no resultaron ser relevantes para el objetivo de esta revisión.

Otro de los métodos de extracción de información ha sido acudir a una cita con la Trabajadora Social de la asociación Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA), en la cual facilita información de su experiencia profesional y del conocimiento experto del problema y, además, hace entrega de folletos y guías, referenciados a lo largo del trabajo y motivando a la investigación acerca de este colectivo.

5. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN ÁMBITOS

Las consecuencias sociales son las que más se relacionan con el consumo de alcohol, dando lugar a una relación proporcional entre los niveles de consumo de alcohol y la aparición de los problemas en los diferentes ámbitos como pueden ser familiares, labores, económicos y judiciales en los que la persona se puede ver afectada. Este tipo de efectos son los que más se asocia con un daño a otras personas (Jiménez, Pascual, Flórez y Contel, 2007; Lisboa et al., 2013 y Sergeev, 2004).

5.1. Ámbito Familiar

Según el autor Torres Hernández (2018), en su artículo *El alcohol y la familia*: “Las personas con adicción al alcohol han sido, y son, una fuente de conflictos y problemas en el seno de la familia (y las consecuencias de que también lo son fuera de ella)” (p. 46).

Las situaciones que se ven alteradas por esta problemática y se centran, fundamentalmente, en el cambio de roles en la estructura familiar modificando las funciones y papeles de los miembros de la unidad familiar, lo que supone una alteración de tareas y de responsabilidades. Además, pueden prevalecer dificultades para establecer rutinas y planificación de la familia por la acción del enfermo alcohólico, no poder contar con él en el día a día familiar, ni en las situaciones de relaciones sociales de la familia, se cree una situación de inseguridad en todos sus miembros. Por otro lado, resulta importante saber que la persona con problemas de alcoholismo suele tener problemas de comunicación, se mantiene en silencio frente a la sociedad, sosteniendo su problema en secreto el cual se ira agravando, este problema puede ser motivo de disputa, problemas de convivencia, etc. (Torres Hernández, 2018).

Según un artículo sobre esta problemática de la visión familiar del alcoholismo de Irls (2001), abunda en lo que Jacob y Johnson (1999) analizan en el suyo sobre el importante papel de la familia en el desencadenamiento de conductas de abuso, consumo y adicción. Según estos autores, la familia es el elemento central, más importante tanto a nivel de

intervención, como preventivo, en relación con el consumo de alcohol, está comprobado que el sistema familiar desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso, y de adicción (Jacob y Johnson, 1999).

El papel del cónyuge en el consumo de alcohol es muy importante en el mantenimiento del problema, en ciertas ocasiones el comportamiento del consumo de alcohol en uno de los miembros de la pareja está limitado por la conducta del otro, es por ello que es de relevante importancia la presencia del otro en el tratamiento del alcoholismo.

Siguiendo a Aubrión (1994), en su ensayo sobre el papel de los cónyuges en el desarrollo y mantenimiento del alcoholismo, se identifica al llamado “cónyuge inductor”, en el que con diferentes estrategias facilita la conducta de abuso de alcohol en su pareja, este tipo de compañero se sitúa frente al “cónyuge tipo o cónyuge colaborador” el cual se presenta preparado a trabajar con el profesional para resolver el problema. Por otra parte, se contempla otro tipo de pareja que sería el “cónyuge disruptivo” el cual incita de forma indirecta a la persona alcohólica, este se divide en cinco subtipos según Aubrión (1994):

- Cónyuge inadaptado: suele ser una persona con muy buenas intenciones en lo que al tratamiento se refiere, pero con pocas estrategias para resolver el problema.
- Cónyuge masoquista: En este caso se entendería el masoquismo como una filosofía de vida que caracteriza a determinados colectivos, que entienden la vida como periodo de sufrimiento obligado, o tal vez este “masoquismo” del que habla Aubrión (1994) sea realmente patológico, con lo que, a la hora de iniciar un tratamiento, habrá que intervenir sobre los dos miembros de la pareja.
- Cónyuge beneficiario: Es simplemente la no oposición al consumo de alcohol de la pareja, por una serie de motivos personales que implican un beneficio, ya sea la dominación de la pareja o una manera de alejarlo del funcionamiento familiar.

En casos de un mal funcionamiento familiar, es difícil establecer la causalidad única y última, ya que en ocasiones será el problema de alcoholismo el que genere una mayor disfunción en la pareja, y la aparición de cuadros psicopatológicos en ambos (Rothenberg, Hussong y Chassin, 2017).

Repercusión del alcohol parental en los hijos. Las familias con progenitores alcohólicos o con una historia reciente de alcoholismo desarrollan una dinámica familiar capaz de repercutir negativamente en la personalidad de los hijos (Pérez 1992), pero sin embargo se

enuncia que la existencia de padres alcohólicos no correlaciona con el desarrollo de rasgos de personalidad patológicos en la familia posterior. Aparte de las investigaciones sobre las actitudes hacia el alcohol por parte de hijos de alcohólicos (HDA) apuntan que estos tienen una opinión mayoritariamente negativa del alcohol. La proporción en que los HDAs beben alcohol es notablemente inferior a la de los hijos de padres no alcohólicos, así mismo los HDAs muestran un fuerte rechazo ante la presión social (Rooney 1988).

Por lo tanto, ser hijo de alcohólico/a supone un factor de protección de la bebida, sin embargo, la familia del alcohólico presenta un gran número de problemas que favorecen la presencia de psicopatología en ambas partes tanto en el cónyuge como en la descendencia, siendo esto un factor de riesgo para el consumo abusivo de alcohol (2001).

5.2. Ámbito Laboral

En España se calcula que entre el 15-25% de la siniestralidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen 3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad (Navarro, 2008); por otro lado, el consumo reiterado de alcohol incrementa las tasas de absentismo laboral, el bajo rendimiento y el riesgo de que se produzcan accidentes laborales. La siniestralidad laboral en España se encuentra entre las más destacadas de toda Europa por causa del alcohol. (Arriero, Pastor, Menéndez, & Guillamón, 2007). Resulta evidente que, si un trabajador consume alcohol de manera regular, aunque este consumo se produzca fuera del horario de trabajo, puede terminar afectando al entorno laboral, ya que se ve afectado su estado biológico y psíquico.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019) “los efectos nocivos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar del trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol u otras drogas”. Esta misma organización reconoce ya hace tiempo la gravedad de los consumos de alcohol y/u otras drogas en el medio laboral y considera que este consumo es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores. Señala que la seguridad profesional y la productividad de la empresa se pueden ver afectado por empleados bajo el influjo del alcohol o las drogas. Además, se afirma que el hecho de consumir alcohol por trabajadores produce una fuerte repercusión que afecta a la familia y compañeros de trabajo en términos de: pérdida de ingresos, clima, estabilidad laboral y baja moral. Por ello, el consumo de

alcohol es un problema el cual afecta no solo al consumidor sino también al entorno laboral y la eficacia de la empresa (Confederación Regional Empresarial Extremeña, 2016).

Estudios como el realizado por Navarro (2008) confirma que el 55,7% de los trabajadores consideran que el alcohol es un problema importante en el mundo laboral. Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros, son las principales razones por las que el alcohol sea considerado un problema en el mundo laboral.

La repercusión que el consumo de alcohol produce en el medio laboral es muy importante. Se estima que los trabajadores que consumen alcohol presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol tienen un coste 3 veces mayor a las del resto de los empleados. El 20-25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos u a otros. El consumo de alcohol afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo (Howland, Almeida, Rohsenow, Minsky y Greece, 2006).

5.3. Ámbito Económico

El consumo de alcohol es la causa principal de varias enfermedades como ha quedado planteando en el epígrafe anterior, pero también es la causante de consecuencias económicas. De este modo, el alcoholismo deja una huella muy importante (Jiménez, Pascual, Florez, & Contel, 2007) en la humanidad y gran parte de los costes son indirectos. El alcohol en la sociedad produce un distintivo económico muy cuantioso.

5.4. Ámbito Judicial/ delictivo

Si relacionamos el consumo excesivo de alcohol con el ámbito judicial podemos observar que existe una elevada prevalencia de conductas violentas. Una persona que ha consumido alcohol une los efectos que desinhiben de la intoxicación alcohólica lo que favorece una respuesta violenta, se observa que la mayor parte de los crímenes violentos comprometen a personas que han consumido alcohol anteriormente (40% y 50%), sobre todo en el caso de las agresiones sexual y de homicidio. En el caso de un consumo

episódico y excesivo se relaciona de manera independiente con el riesgo de agresión. Además, la conducción bajo los efectos del alcohol: los accidentes de circulación se incrementan de forma igualitaria al número de veces en los que se consume alcohol de forma desmedida. Se estima que un 0,5g/l incrementa en 38% el riesgo de accidentes y niveles de 1g/l lo incrementa un 50%. Se puede decir que la mayoría de las personas que fallecen por accidentes de circulación se encuentran bajo efectos de sustancias psicoactivas, siendo las bebidas alcohólicas las más frecuentes (Arriero, Pastor, Menéndez, & Guillamón, 2007).

6. LOS EFECTOS DEL ALCOHOL Y LAS ACTUACIONES BAJO SUS EFECTOS

6.1. Proceso de fases de la persona adicta al alcohol

La transformación de la personalidad o carácter de la personas adictas uno de los principales aspectos a tener en cuenta en esta enfermedad, pues el desconocimiento de este fenómeno puede impedir el reconocimiento temprano del problema (Hesselbrock et al., 2017). Para ello se va a plantear un escueto estudio del alcoholismo a través del proceso de fases; en realidad se ha dividido en cuatro grandes fases:

A. Fase Pre-alcohólica

Cuando el individuo inicia su “carrera” alcohólica, ni la propia persona es consciente.

El primer contacto del futuro enfermo con el alcohol es consumo ocasional de alivio (se considera las bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora y placentera), el aficionado bebe una cantidad regular con el objetivo de socializar, divertirse o abstraerse de los problemas cotidianos. Sin embargo, el uso constante del alcohol modifica el metabolismo químico del organismo y aumenta la tolerancia al mismo. Esto provoca que cada día, el metabolismo de la persona alcohólica, acepte mayores cantidades de alcohol. Este estado provoca que el bebedor crea que cada día “aprenda más a beber”. (Jellinek, 1960).

B. Fase Prodrómica

Esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera alcohólica (Jellinek, 1960).

- **Palimpsestos alcohólicos:** relación con la mente del alcohólico, quien tras un periodo de borrachera es incapaz de recordar lo sucedido en el momento en el que se encontraba ebrio, apareciendo “lagunas mentales”.
- **El consumo subrepticio:** en esta fase el alcohólico trata de ocultar su problema frente a las demás personas que le rodean, escondiéndose para beber. El alcohólico se esconde porque si bebiera en exceso delante de las personas que lo rodean, estas no lo comprenderían, ya que se siente diferente a otras personas.
- **La preocupación por el alcohol:** en este caso la persona alcohólica tiene una gran preocupación si no ingiere tanto alcohol como quisiera en ese día o le es imposible ingerirlo.
- **El consumo ávido:** en este tipo de fase la persona alcohólica ingiere las copas más rápidamente para después tener un consumo moderado y tranquilo con las siguientes.
- **Sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor:** la persona bebedora comienza a darse cuenta de su consumo excesivo de alcohol y las consecuencias que está teniendo en su vida, familiar, laboral y social e individual.
- **Evita toda referencia al alcohol:** la persona bebedora, muestra un rechazo hacia expresiones como alcohólico o borracho, ya que lo toman como un insulto, se aleja de conversaciones que hablan de conductas desordenadas de personas alcohólicas ya que se lo toma como una ofensa personal. Si una persona le ataca queriéndole hacer ver a realidad de golpe la persona alcohólica responde de manera evasiva, excusándose en que bebe de manera normal y por pasar un buen rato.
- **Frecuencia de los palimpsestos alcohólicos:** Ya al final de la fase Prodrómica, La fase prodrómica puede durar de seis meses a cinco años, según la constitución física y la preparación cultural de su poseedor, las relaciones sociales, la personalidad ética del enfermo contribuyen a que se alargue esta fase. Hacemos referencia de nuevo a esas “lagunas mentales”, pues el alcohol comienza a deteriorar o dañar el sistema nervioso de la persona. El individuo comprende que es alcohólico y que no debe beber (Jellinek, 1960).

C. Fase Crítica

En esta fase se desarrolla y se observa como la persona alcohólica sigue su curso hasta llegar a su destrucción (Jellinek, 1960).

- **Pérdida de control:** La pérdida de control comienza cuando la persona adicta ingiere una pequeña cantidad de alcohol, esto provoca la necesidad de seguir bebiendo desmesuradamente, la cual no finaliza hasta que queda embriagado. Cuando se recupera la persona sigue consumiendo por la susceptibilidad emocional.
- **Presiones sociales:** La persona alcohólica sufre todo tipo de recriminaciones tanto en su familia, trabajo y relaciones sociales con amigos. Ante la presión del medio social el individuo acentúa "racionalización conductual", poniendo toda clase de excusas y tratando de sacar a flote su personalidad.
- **Ilusión de grandeza:** La persona adicta comienza a percatarse de que es menospreciado por todo su círculo social. Estas actitudes negativas que provocan los demás le hacen adoptar una actitud jactanciosa respecto a sus posibilidades sociales y económicas.
- **Conducta marcadamente hostil:** Las argumentaciones de la persona alcohólica lo llevan a pensar que su conducta no es culpa de él sino de los demás, y comienza a alejarse de su círculo.
- **Remordimiento persistente:** la persona adicta compara su actitud pasada con la actual y percibe que su potencial energético, físico y mental va camino hacia la disipación y el desperdicio, el cual le hace reflexionar positivamente.
- **Periodos de abstinencia total:** Las presiones sociales y el remordimiento hacen que el adicto se vea capaz de demostrar que tiene "fuerza de voluntad" y deja de beber durante cortos o largos periodos, pero tarde o temprano vuelve a recaer en el alcohol. En el caso de que lograra conservar su abstinencia, su vida emocional sería muy complicada, debido a las tensiones que el síndrome de abstinencia provoca.
- **Trastornos psicosomáticos:** Según el gabinete de psicólogos y psiquiatras del Centro Manuel Escudero (2017), "el trastorno psicosomático consiste en una alteración física en la cual no existe una causa fisiológica que la produzca. Los síntomas están relacionados principalmente con algún conflicto de tipo psicológico, por ejemplo, existen factores psicológicos que desencadenan una sintomatología orgánica. En este tipo de trastornos los factores psicológicos tienen mucha

importancia. Es común que el término psicossomático abarque la combinación de factores biológicos, ambientales, sociales y psicológicos”.

Los trastornos psicossomáticos suelen aparecer en las siguientes condiciones en la persona:

- Conductas no adaptativas relacionadas con la salud, tales como consumo de sustancias, sedentarismo o mala alimentación.
- Respuestas fisiológicas asociadas al estrés.
- Estilos de afrontamiento negativos.
- Rasgos histéricos de la personalidad (Escudero, 2017).
- **Modifica sus hábitos de beber:** La persona bebedora percibe que es imposible prescindir del alcohol y comienza a crearse una idea de fracaso en la bebida, comienza a ingerir otras bebidas alcohólicas más suaves las cuales le llevan al mismo estado de embriaguez.
- **Abandono de amistades:** Los esfuerzos que la persona alcohólica hace para dominar el hábito del alcohol, aumenta la agresividad del mismo y son sus propios amigos los que deciden alejarse de él.
- **Dejar empleos:** La persona adicta observa que su manera de beber está afectando a sus actividades laborales, sus jefes y empleados le aconsejan el hecho de renunciar por sus irresponsabilidades en el mismo ámbito laboral; existen casos extremos en los que la persona bebedora es despedida de su cargo, esta experiencia lo incitan más a la bebida.
- **Subordinación completa al alcohol:** la persona bebedora concibe que la vida es imposible sin alcohol, lo que provoca una dependencia psicossomática.
- **Apatía hacia otros intereses exteriores:** Las personas alcohólicas pierden el interés por aquello que le alentaba cualquier tipo de distracción, como practicar cualquier tipo de deporte, salir de comprar, la lectura, el aprendizaje etc.
- **Marcada conmiseración de sí mismo:** Conmiseración significa "sentir lástima de sí mismo" y eso le sucede a la persona adicta. Su estado de salud es precario en esos momentos y siente lastima por su persona refugiándose una vez más en el alcohol.
- **Proyectos de fuga o su realización:** En este momento la persona adicta se siente acosada por su propio círculo social, piensa que alejándose de ese tipo de ambiente y empezando una nueva vida en un nuevo estado o país le hará dejar su adicción al alcohol, la persona alcohólica piensa que debe recuperar su prestigio perdido y

proyecta una “fuga geográfica. Existen personas que se ven con la valentía de realizar este tipo de fuga otras sin embargo quedan en un simple proyecto debido a sus propios miedos.

- **Cambio en las costumbres familiares:** en este caso la familia del alcohólico con la cual la persona adicta tuviera relaciones sociales activas, ahora se sientan retraídas para evitar este tipo de situaciones, la familia del alcohólico ve a la persona adicta como la vergüenza de la familia llevando a esta sufrir varios problemas de salud por el continuo martirio que produce esta enfermedad llegando a crear enfermedades psicosomáticas como por ejemplo hipertensión.
- **Resentimientos irrazonables:** La "conmiseración de sí mismo" da el lugar hasta convertirse en resentimiento, llegados a este punto estamos hablando de la cúspide de la “enfermedad moral”. La persona bebedora se encuentra indefensa que pueden llegar a destruirse totalmente, la persona se encuentra llena de rencor y envidia, ni puede perdonar ni quiere que le perdone nadie, ha comenzado a destruirse moralmente.
- **Protección de su abastecimiento:** En este estado la persona bebedora comienza a esconder bebidas alcohólicas en lugares poco esperados.
- **Descuido de la alimentación:** el consumo insistente de alcohol produce irritabilidad en las paredes gástricas, lo que a lo largo del tiempo conlleva a la falta de apetito, tampoco tendrá un control alimenticio y llegará el momento en el que esta falta de alimentación le produzca trastornos por carencia de vitaminas o debilidad en general.
- **Primera hospitalización:** el constante consumo de alcohol en la persona puede llevar a obtener auxilios médicos, no tiene por qué ser ingresada, puede ser atendida en su propia casa. El motivo puede ser cuando se produzca una intoxicación o por cualquier enfermedad física o psíquica creada por los efectos del alcohol.
- **Disminución del impulso sexual:** Uno de los síntomas que tienen las personas alcohólicas es la disminución del impulso sexual. Estos síntomas se dan en el 50% de los casos.
- **Celos de los alcohólicos:** la impotencia sexual que sufren las personas adictas al alcohol o las constantes discusiones en el hogar, predisponen al enfermo a creer que su pareja puede serle infiel. Se crean celos.

- **Bebida regular matutina:** El estado de ansiedad de la persona adicta provoca el malestar tanto físico como psíquico, hacen que la persona se vea incapaz de pasar un día sin ingerir su dosis de alcohol. Esta “subfase” señala el final de la fase crítica y es el prelude de la fase crónica.

D. Fase crónica

La ingesta diaria de bebida alcohólica obtiene la necesidad de mayor ingesta para calmar sus tensiones emocionales y lo necesita constantemente en situaciones de ayuda. El "hábito-necesidad" se vuelve constante y se está ya en la fase crónica, o sea, la borrachera continua, sin poder interrumpir aquella carrera por su propia inercia.

- **Periodo de embriaguez prolongada:** La ingesta diaria de bebidas alcohólicas debilita su capacidad física teniendo como consecuencia una ingesta sin interrupción.
- **Deterioro ético marcado:** Las experiencias de la persona alcohólica han destrozado su moral. En sus momentos de lucidez vuelve a recordar lo que es, lo que podía haber sido y lo que será.
- **Disminución de las capacidades mentales:** el desmesurado uso de las bebidas alcohólicas durante bastante tiempo ha producido constantes estados de intoxicación en el cerebro lo que provocará que su sistema nervioso en general vaya en completa decadencia.
- **Psicosis alcohólicas:** Trastorno mental como consecuencia del alcoholismo, que implica una lesión cerebral orgánico.
- **Bebe con personas socialmente inferiores:** El hecho de que la persona bebedora se sienta superior, comienza a relacionarse socialmente con personas que han caído moral y materialmente. Su aspiración es recordar sus buenos momentos del pasado.
- **Consumo de productos industriales:** Las compañías de las que hablábamos anteriormente consumen sustancias “más fuertes” que las bebidas autorizadas por la ley, con un grado de toxicidad mortal.
- **Disminución de la tolerancia al alcohol:** El hecho de una ingesta desmesurada anteriormente lo hacía llegar a estado de embriaguez más tardío, en esta fase la persona bebedora se embriaga de manera más rápida con poco alcohol que consume. Esto provoca impotencia tanto física como mental.

- **Temores indefinibles:** Su vida psíquica se encuentra enferma y destruida, y da lugar a fobias, la mayor parte alucinatorios. La persona adicta siente miedo a causa de su angustia, remordimiento y culpabilidad.
- **Temblores persistentes:** El sistema nervioso del alcohólico depende de las bebidas alcohólicas que ingiere, lo cual hace que lo demande con mayor necesidad cuando le falta, a través de temblores que persistentes (corto- circuitos nerviosos)
- **Inhibición psicomotora:** El sistema nervioso va decayendo; ya sea por causas emocionales o físicas se van creando centros de irradiación inhibitoria en la "corteza cerebral" donde el alcohólico se encuentra descoordinado y fuera de lugar y su voluntad no es obedecida por su cuerpo. Se puede comparar esta decadencia con la teoría de (Gavrilov y Gravilova, 2006) donde el mero hecho de vivir nuestras vidas desgasta nuestros cuerpos es decir los cuerpos están contruidos con cierta redundancia, con reservas en los órganos y procesos de reparación para vencer los inevitables asaltos del tiempo, polución, enfermedades y lesiones.
- **La ingestión del alcohol toma un carácter obsesivo:** El alcohol en esta fase se apodera de la mente de la persona adicta, el alcohólico no puede prescindir de su ingesta diaria y es capaz de hacer cualquier cosa por conseguir su dosis.
- **Vagas aspiraciones religiosas:** afán de encontrar un escape espiritual a su situación.
- **Todo el sistema racionalista se quebranta:** la persona enferma comprende su depresivo y triste estado.
- **Hospitalización definitiva:** Existen personas alcohólicas que pasan sus últimos días en un hospital mientras otras mueren abandonadas de la sociedad.

6.2. La convivencia familiar

Convivir con un enfermo alcohólico es una de las experiencias que más desgaste emocional puede causar a una familia, ya que pone a todos sus miembros ante situaciones límite de manera constante. Las repercusiones las sufre la esposa, los padres, y también los hijos. El consumo desmesurado de bebidas alcohólicas por parte de una de las personas de los miembros de la familia aporta de forma irremediable una serie de perjuicios en el resto de los componentes del núcleo familiar. Las consecuencias varían dependiendo de quién sea el que tenga los problemas con la bebida, los trabajos de investigación realizados desde hace muchos años reflejan siempre los efectos del alcohol cuando el afectado es el cabeza

de familia, padre y marido quien abusa del alcohol y se habla como causante o detonante o incluso mantenedor, de la mala dinámica familiar, de las discusiones, peleas (Lloret, 2001).

Por ello, podemos decir que el alcoholismo no es un sufrimiento solitario y tiene un impacto muy importante en la familia. Uno de los hechos que indica que una familia funciona correctamente es la coherencia, los hechos que más destacan en una familia alcohólica son lo incoherente y lo impredecible. Conforme transcurre el tiempo en que los problemas que rodean al alcoholismo van produciendo más y más incoherencia e impredecible en el hogar, provoca en los miembros de la familia de la persona alcohólica la necesidad de volver a estabilizar el sistema familiares, los cuales actúan y reaccionan de maneras que hacen que la vida sea más fácil y menos dolorosa para ellos (Black, 1991).

Como consecuencia la familia adopta diferentes roles distintos que los llevan a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros. A continuación, se presenta una breve descripción de los roles disfuncionales en la familia del alcohólico:

- **El rescatador:** este miembro es aquella persona que se encarga de salvar al adicto de los problemas que provoca su adicción, podemos decir que son aquellos que se encargan de cubrirlo cuando faltan al trabajo, cuando deben dinero, cuando hay excusas de por medio, etc.
- **El cuidador:** este miembro es aquel que se atribuye el papel de cuidador del adicto asumiendo todas las responsabilidades y tareas que pueda, es decir que el adicto no tenga así ninguna responsabilidad y si la tiene que sea mínimas. Las consecuencias que esto conlleva es la sobrecarga de responsabilidades y tareas, las cuales comienzan a afectar a la salud. Esto tiene una consecuencia fatídica para la persona adicta y es la falta de conciencia que provoca el deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.
- **El rebelde:** la función de este miembro es básicamente llamar la atención de la familia sobre el mismo obviando a la persona adicta. La familia desemboca toda su ira y frustración en este tipo de miembro.
- **El héroe:** este miembro también tiene una función parecida a la del miembro rebelde y es la de desviar la atención de la familia hacia su persona, a través de logros positivos, el cual también distrae a la familia del problema.

- **El recriminador:** este miembro se encarga de culpabilizar al adicto de los problemas familiares, lo que provoca el enfado de la persona adicta, provocándole una excusa para consumir.
- **El desentendido:** normalmente se le asigna a este papel a una persona que es menor de edad, el cual se mantiene “al margen” de la situación familiar. En realidad, es una careta que cubre la tristeza, la cual no puede expresar.
- **El disciplinado:** esta persona muestra la idea de que lo que falta en el núcleo familiar es disciplina y carga contra la persona alcohólica, ya sea física y/o verbalmente. Esta ira es la frustración acumulada en la familia del adicto (Aizpún, 2006).

En 1985, uno de los grandes especialistas en los problemas de adicción alcohólica, el Dr. Brown, junto con otros colaboradores, creó y fundó el tratamiento con las familias alcohólicas, partiendo de la premisa de que la familia con un miembro alcohólico no se trata de una familia disfuncional, sino de una familia que ha aprendido a vivir con un enfermo. La familia comienza a volverse disfuncional en el momento en el que la persona adicta comienza el tratamiento y comienza a cambiar el papel que tiene en la familia. Las personas cercanas a la persona con problemas pretenden ayudarlo de cualquier manera, pero no saben ni como, ni cuando hacerlo (Brown, 1985).

La familia se ve afectada cognitivamente y emocionalmente, llegando al punto de dudar de sus intuiciones y observaciones. En varias ocasiones sus mecanismos de defensa obtienen capacidades tan patológicas como las del adicto. El intento de ayudar al alcohólico y que sea fallido los lleva a realizar conductas “facilitadoras” que no detienen la enfermedad si no que la prolongan (Cermak, 1986).

La facilitación se genera en un nivel automático e inconsciente por diferentes razones, entre las que destacan:

- Proteger o ayudar al alcohólico.
- Evitar el altercado en la vinculación con el alcohólico.
- Suponer que esquivar el problema es la mejor manera de solucionarlo.
- Satisfacer necesidades propias vinculadas con la sobreprotección, la dependencia y el control.
- Tener aspectos no resueltos personales o familiares sobre el uso de alcohol o drogas (Cermak, 1986).

Conforme la gente avanza en el alcoholismo, lo más normal es que el cónyuge se preocupe cada día más de la conducta del alcohólico esta preocupación que se presenta se llama co-alcoholismo y hoy en día se llama codependencia (Black, 1991).

La codependencia como cuadro disfuncional se inicia en las familias con dependencia química y/o disfuncional, en la que personas como los niños consiguen percepciones distorsionadas como el amor, seguridad y la (Johnson, 1986).

Es importante especificar que el impacto del alcoholismo no solo abarca a la pareja del alcohólico, sino también a los demás miembros del sistema familiar (Alazraki, 2006).

Según el artículo de Llorets (2001), sobre el alcoholismo desde una visión familiar. La familia es el elemento central, más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de alcohol (Jacob, Johnson, 1999).

Las familias con progenitores alcohólicos o con una historia reciente de alcoholismo desarrollan una dinámica familiar capaz de repercutir negativamente en la personalidad de los hijos (Pérez 1992). La existencia de un de padres alcohólicos no correlaciona con el desarrollo de rasgos de personalidad patológicos en la familia. Los resultados de las investigaciones sobre las actitudes hacia el alcohol por parte de hijos de alcohólicos (HDA) apuntan que estos tienen una opinión negativa del alcohol. La proporción en que los HDAs beben alcohol es notablemente inferior a la de los hijos de padres no alcohólicos, así mismo los HDAs muestran un fuerte rechazo ante la presión social (Rooney 1988).

Según el DSM-5 (APA, 2013) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) el alcoholismo se encuadra en este manual como Trastorno por consumo de alcohol, definido como un modelo problemático de consumo de alcohol que genera un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes criterios diagnósticos en un plazo de 12 meses:

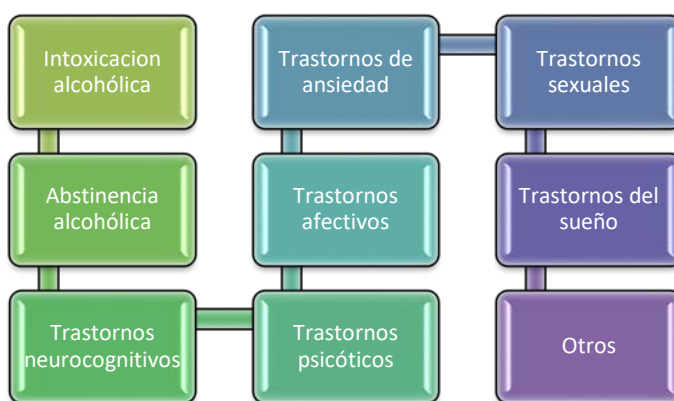
- Consumo de alcohol frecuente y en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto
- Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol

- Se invierte mucho tiempo en aquellas actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Afán o necesidad de consumir alcohol
- Consumo reiterado que conlleva un incumplimiento de los deberes en diferentes ámbitos de la vida del individuo
- Consumo continuado de alcohol pese a sufrir problemas en diferentes áreas
- El consumo de alcohol provoca el abandono de actividades sociales, profesionales o de ocio
- Tolerancia
- Abstinencia

6.3. Efectos del alcohol

Tal y como propone la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales, que utilizan los Psicólogos y Psiquiatras, para la calificación de trastornos, el DSM-5 (APA, 2013), cualquier trastorno derivado de alguna adicción va a estar ligado al abuso y a la dependencia de la misma, y no será menos en el caso del alcohol. Sin embargo, no nos detendremos en tales aspectos y comenzaremos por abordar la intoxicación y la abstinencia alcohólica para seguidamente especificar que trastornos psicológicos se encuentran relacionados con el alcohol (Figura 2) y en especial los síntomas y los procesos cognitivos que pueden verse implicados.

Figura 2. Alteraciones psicológicas asociadas al consumo de alcohol



Fuente: Elaboración propia a partir del DSM-5.

En las bebidas alcohólicas se encuentra presente en diferentes proporciones una sustancia psicoactiva que es el alcohol etílico o etanol, concretamente en el vino se encuentra en una proporción en torno al 13 %, en la cerveza menos de la mitad y en los

licores y aguardientes puede llegar hasta un 70%. Puede afectar al sistema nervioso central y es el responsable de llegar en casos de excesos al coma etílico ver Medline plus (2018).

Según las características que presente la persona que consume, aparecen una serie de efectos u otros, cuya aparición varía según la cantidad que se ingiera, pero contamos con otro tipo de circunstancias que lo pueden acelerar o empeorar (Amaro, 2016):

- La edad: las personas jóvenes son más susceptibles a los efectos del alcohol en ejercicios que se relacionan con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más “duros” frente a los efectos sedantes y descoordinación motora que las personas adultas.
- Los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más “resistentes” que los adultos a los efectos sedativos y a la descoordinación motora.
- El peso y el sexo: el consumo de alcohol afecta a las personas con menor masa corporal; por ello, menores cantidades de alcohol generan daños psico-orgánicos más rápidamente, además de desarrollar problemas con el alcohol con más facilidad que otras personas.
- La cantidad y rapidez de la ingesta: la ingesta de alcohol se considera según su cantidad de tres tipos, bajo riesgo, alto riesgo o peligroso. En cuanto a una mayor ingesta de alcohol en menor tiempo más posibilidad de intoxicación.
- La combinación de la ingesta de alcohol con otras sustancias, ya sean, sedantes, tranquilizantes u analgésicos, potencia los efectos sedantes del alcohol. Si el alcohol es combinado con sustancias como el cannabis se incrementa los efectos sedantes de ambas sustancias, en el caso de la cocaína que es una sustancia estimulante lo contrarresta, pero la virulencia de ambas sustancias es mucho mayor que si se consumieran por separado.

6.4. Diferencias por género

El consumo excesivo de alcohol puede causar o exacerbar numerosas enfermedades. Además, es importante hacer hincapié en el alcoholismo con el consumo de mujeres, dicha definición se ha extraído del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH), en la cual es el alcohol presenta otro desafío más para la salud de las mujeres. Aun en cantidades pequeñas, el alcohol afecta a las mujeres de manera diferente que a los

hombres. Y el beber en exceso es, de alguna manera, mucho más arriesgado para las mujeres que para los hombres.

La autora Blázquez García (2012), alcohólica en rehabilitación y Psicopedagoga de Grutear, Alcalá de Henares (Madrid) destaca una serie de diferencias entre los varones y las mujeres como son:

Diferencias fisiológicas

Antes de entrar a distinguir entre hombres y mujeres, hay que decir que por motivos hereditarios se divide a las personas que metabolizan el alcohol y derivados de forma más rápida y eficaz y otros son más lentos y menos eficaces. Estos últimos ante una misma ingesta, acusarán mayores síntomas de intoxicación, también influye la masa corporal del individuo y, sobre todo, su proporción de agua corporal. A mayores sean estas dos, menos síntomas.

Por último, no nos podemos olvidar de la importancia que tiene la habituación alcohólica.

Diferencias socioculturales

Las mujeres son socializadas en el cuidado, pero también en el mantenimiento del vínculo y la relación, y en cuanto a las mujeres adictas, tienen mayor probabilidad de mantener las conductas de consumo para no separarse o seguir vinculadas con sus parejas consumidoras (Castaño et al., 2007).

Sin embargo, es en este mismo proceso de socialización diferencial, y a través de los mandatos de género, que las mujeres que presentan conductas de consumo serán estigmatizadas o consideradas malas mujeres, malas madres y/o no femeninas por haber incumplido con el modelo de mujer socialmente establecido y con las expectativas sociales asignadas. Serán, por ello, mucho más penalizadas socialmente que los hombres, incluso a pesar de presentar el mismo tipo de conducta (Instituto Vasco de la Mujer y Emakunde, 2016; Lemus, 2015). En ellos el consumo no supone tanta transgresión respecto de sus mandatos de género.

Esta es una de las razones por las cuales las mujeres ocultan su consumo, y por lo que habitualmente se señala que el consumo femenino está invisibilizado. Y es que las mujeres son conscientes de que, atendiendo a la socialización diferencial, su consumo o las

conductas de riesgo que practican las hacen más vulnerables al estigma, ya que esta conducta no concuerda con lo que a nivel social y cultural se espera de ellas. En este sentido, esa invisibilización de la adicción al alcohol dificulta enormemente su diagnóstico y tratamiento (Martínez Redondo, 2010).

En esta línea, señala Arostegi y Urbano (2004) que, a causa del incumplimiento de dichos mandatos de género, las mujeres que presentan conductas de consumo experimentan enormes sentimientos de vergüenza y culpa, lo que a su vez se asocia a un autoconcepto bajo y distorsionado de ellas mismas.

Existe, por tanto, una diferente connotación cultural y social en relación con los consumos realizados por hombres y mujeres. En ellas se produce una doble penalización, tanto por el propio consumo, que ya es por sí mismo motivo de estigma y exclusión social tanto en hombres como en mujeres, pero también por el incumplimiento de sus roles femeninos, de ahí el doble etiquetaje. Por esta razón, el nivel de estigma atribuido a una mujer drogodependiente se aplicará, también, por partida doble (Márquez y Lorenzo, 2015).

Diferencias en el proceso terapéutico.

El retraso en la demanda de tratamiento que caracteriza a las mujeres obedece al hecho de que es frecuente que estas carezcan de información sobre los propios tratamientos de dependencias en mayor medida que los varones (Kail y Elberth, 2002). Si los conocen, suelen mostrar más miedo y preocupación que los varones ante la previsión de la “dureza” de los mismos; sus expectativas hacia los recursos son más negativas y anticipan problemas derivados de desarrollar un tratamiento junto con varones (Kline, 1996), por la vergüenza de abordar ante ellos o ante profesionales masculinos sus experiencias de abuso, sobre todo las de carácter sexual (Wu y Ringwalt, 2004).

Castaños et al. (2007) mencionan otras dos barreras que afectarían a la entrada de las mujeres al tratamiento: la falta de horarios flexibles en los recursos, que son especialmente difíciles de conciliar cuando las mujeres son madres y los dispositivos no cuentan con guarderías o espacios de atención a las/os niñas/os (Zamudio, Ayala y Arana, 2013), o cuando ejercen de cuidadoras de otras personas de la familia en el cumplimiento de sus roles sociales (amas de casa, cuidadoras de familiares enfermos/as, etc.). La segunda barrera que señalan las autoras se observa cuando el recurso no da una respuesta inmediata a la demanda, lo que provoca que las mujeres abandonen su idea y convicción inicial de ingresar.

Un estudio cualitativo de Fonseca, Gilchrist, y Torrens (2012) concluye, a partir de los testimonios que le ofrecen las mujeres alcohólicas, que ellas sitúan las dificultades para acceder a los tratamientos en los horarios de apertura, las listas de espera y la ubicación geográfica de los recursos.

A pesar de todo lo anterior, hay mujeres que sí inician un tratamiento, pero una vez en él perciben obstáculos que dificultan su permanencia y adherencia en el mismo.

La falta de trabajo sobre contenidos de género relacionados con la construcción de su identidad y que afectan a su consumo son algunos de los aspectos más relevantes que reclaman las mujeres. Cuestiones como la sexualidad, la maternidad, la imagen corporal o los malos tratos no son habitualmente objeto en el trabajo terapéutico, o si surgen se tratan en grupos mixtos (Castaños et al., 2007).

En general, como ya se ha mencionado, en los recursos no siempre se contempla el trabajo sobre los abusos ni sobre las violencias actuales ni pasadas, es decir, que en los recursos es habitual que todos estos temas que afectan directamente a la mujer, en mayor medida que a los varones, se queden sin trabajar; o que la incomodidad que experimentan estas mujeres al plantear estos temas en los grupos mixtos les haga plantearse su continuidad en el tratamiento (Torres, 2018).

Como se ha mencionado anteriormente, los obstáculos que dificultan el acceso, la utilización y el mantenimiento de las mujeres en los recursos destinados a atender los problemas relacionados con el consumo de drogas son de distinta índole, mientras unos aluden a las barreras personales de la mujer, otros tienen que ver con las dificultades o barreras de acceso relacionados con los propios dispositivos asistenciales.

En relación con los aspectos personales que afectan al acceso y adherencia al tratamiento por parte de las mujeres, se da una conjunción de aspectos sociales, culturales y psicológicos (invisibilidad del problema, escasez de información sobre los recursos, vergüenza y estigma, responsabilidades familiares, temor a perder la custodia de los hijos e hijas, rechazo por parte de la pareja) que se convierten en obstáculos para pedir y recibir ayuda, muchas veces hasta el punto en que las consecuencias sobre su salud o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal, que las hace insostenibles (Schaeffer, 1998 y Torres, 2018).

Respecto a la maternidad, la posibilidad de sentirse descalificadas y etiquetadas como malas madres, así como las consecuencias que ello puede conllevar, como la pérdida de la

custodia de sus hijos, supone una importante razón para no solicitar tratamiento, o, por el contrario, ser una motivación para iniciar el mismo (Blanco, 2000).

En cuanto a los factores que están directamente relacionados con los aspectos personales y sociales de las mujeres demandantes de los recursos que obstaculizan el acceso a los tratamientos de adicciones o interfieren en la adherencia a los mismos, apuntamos los siguientes (Blanco, 2000):

- Percepción de las mujeres de que los tratamientos no responden a sus necesidades sociales y personales
- Falta de servicios de atención a sus hijos/as (guarderías) dentro del horario de los tratamientos
- Falta de apoyo en la crianza de sus hijos/as
- Influencia o interferencia de las parejas también consumidoras para acceder o continuar dentro del tratamiento: miedo a la ruptura
- Menos conocimientos de los recursos y servicios disponibles
- Menos apoyo familiar o social para comenzar un tratamiento, por haber abandonado las relaciones familiares, aislándose para consumir
- No considerar la adicción como un problema prioritario
- La presencia del estigma percibido por las mujeres alcohólicas: obstáculo por el que no se ponen en contacto con recursos de tratamiento (sentimiento de culpa, vergüenza, fracaso personal, impotencia, incapacidad etc.)

La falta de autonomía personal en algunas mujeres las lleva a ocuparse de los demás, lo que provoca el pensamiento de que no están solas y que son importantes para alguien, en este caso hablamos de dependencia emocional. Esto aumenta la soledad en la mujer y condiciona la efectividad del tratamiento (Torres, 2018).

Es relevante destacar uno de los conceptos más importantes, como es **el trabajo social en adicciones**:

A pesar de las múltiples funciones que deben llevar a cabo, tanto para la integración como para el proceso, el/la trabajador/a social, estimula a la persona haciéndola sentir útil socialmente. Siempre se actuará bajo la voluntad de la persona, respetando sus decisiones y su libertad de elección. La búsqueda de empleo, se considera una forma en la que la persona debe descubrir sus posibilidades y habilidades (Molina, 2014).

Podemos observar tres tipos de consecuencias muy importantes a causa del consumo de alcohol: consecuencias físicas, consecuencias psíquicas y por último consecuencias sociales (Jiménez, Pascual, Florez, & Contel, 2007).

7. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL FRENTE A PERSONAS CON ADICCIÓN ALCOHÓLICA

En primer lugar, debemos hablar de la prevención como principal labor del trabajador social. La concienciación de los jóvenes a través de propuestas socioeducativas en colegios y centros educativos suele ser la principal estrategia de prevención.

Por su parte, el trabajador social, al igual que el resto del equipo multidisciplinar que se concentra en los centros de atención a las drogodependencias (CAD) del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, tienen un papel muy importante que cumplir en el proceso de atención integral. El plan de adicciones autonómico explica el proceso en función de unas etapas, las cuales no son fáciles de delimitar en la práctica ya que estas se encuentran relacionadas entre sí y a veces se producen de manera simultánea.

Atención primaria

Las demandas de atención primaria se llevan a cabo en los CAD (Centros de Atención a la Dependencia), existen dos tipos de actuaciones: recepción y acogida. La recepción, es el primer contacto que tiene el drogodependiente con el centro, se lleva a cabo por parte del personal administrativo y en él lo que se incluye es la toma de datos iniciales Y se da cita al usuario con el trabajador social, cuyo primer contacto es una entrevista que sigue las pautas de las tres dimensiones: relación, técnica y proceso.

El trabajador social plantea las siguientes actuaciones y técnicas:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención y minimice los abandonos en estas fases iniciales, que suponen un mayor riesgo.
- Motivar al usuario para iniciar el proceso de atención.

- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

Según el protocolo de intervención desde el Trabajo social de la comunidad de Madrid, 2012 (Madrid Salud, 2012), el miembro del equipo multidisciplinar que realice esta acogida (sea el Trabajador Social u otro profesional del equipo) deberá, ejecutar un primer análisis del usuario y su familia, tanto como de su motivación y expectativas frente al tratamiento, ayudándole y apoyándolo a escapar de su ambivalencia inicial.

Asimismo, recogerá información sobre otras variables del usuario y cumplimentará los siguientes instrumentos:

- RAD (Registro Acumulado de Drogodependientes) Sanitario
- RAD Social
- Historia de consumo
- Sustancia principal
- Vía y motivo de acceso

A partir de aquí se fijan los objetivos, elaborando entre ambos un proyecto individualizado de intervención, así como los tiempos del proceso de intervención con el usuario, de forma que ambos estén de acuerdo y se considere compromiso de acción.

7.1. Intervención con el usuario y familia, desde el Trabajo Social

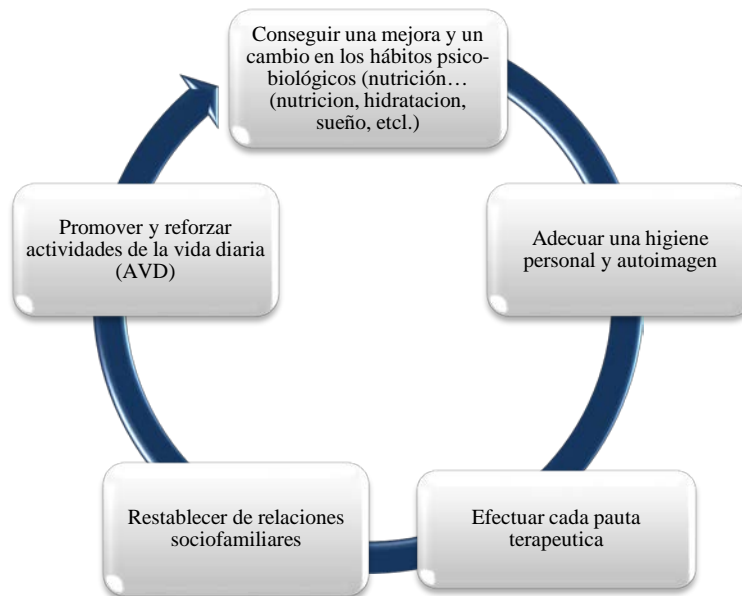
El trabajador social que ejerce la profesión en el ámbito de la adicción al alcohol, parte de un diseño de intervenciones que son altamente personalizada, elaborando en cada caso un proyecto basado en unos objetivos que se adecuarán a su caso y a su entorno, es el llamado Proyecto Personalizado de Intervención (PPI), cuya respuesta pretende reducir o minimizar los problemas específicos que presentan los usuarios. Esta respuesta organizada (proyecto), que se concreta en objetivos, actividades y recursos, es el instrumento resultante de la valoración interdisciplinar y multidimensional y del consenso con el deseo del usuario, en virtud del cual se organizan las diferentes acciones terapéuticas en orden a la rehabilitación y reinserción social. El PPI interviene en su consecución en los siete ejes recogidos de la evaluación multidimensional. (Salud y auto cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio), al igual que ocurre con el resto del equipo técnico.

Los objetivos del Trabajador Social para la consecución de los objetivos del PPI en las dimensiones señaladas.

- Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo.
- Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el usuario.
- Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.
- Conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuada, satisfactorio y estable.
- Lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable.

Por ello, algunos de los objetivos establecidos a los trabajadores sociales para el cuidado y atención de usuarios pueden visualizarse a continuación en la Figura 4.

Figura 4. Objetivos del trabajador social en el apoyo y recuperación de usuarios adictos.



Fuente: Elaboración propia (2019).

8. INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Una de las formas de trabajo más extendidas en el campo de la intervención de las drogodependencias es la herramienta grupal. Frente a la modalidad individual, en algunos estudios se afirma que la aplicación de la terapia en un formato grupal obtiene mejores resultados terapéuticos porque impulsa el cambio, ofrece apoyo y facilita la identificación con otras personas (Verinis, 1996; Monras, Freixa, Ortega, Lligoña, Modon y Gual, 2000).

Por su parte, los grupos de ayuda a través de la familia, otro tipo de herramienta grupal con un carácter menos técnico pero también eficaz, permiten a la persona alcohólica el desarrollo de una interdependencia, trabajando a su vez la responsabilidad y favoreciendo una identidad positiva dentro del grupo (Pascual Molla, 2017).

La intervención del usuario con la familia es un paso muy importante en el proceso de ayuda, es posible que la intervención con la familia no se lleve siempre con todos los usuarios ya sea bien porque el usuario no esté de acuerdo con la idea o bien por dificultad o falta de motivación por parte de la familia.

La entrevista es una técnica fundamental a la hora de trabajar con una unidad familiar, ya sea con familias las cuales tienen un miembro en el centro de atención a la drogodependencia o ya sean familias que solicitan y quieren informarse (Fernández, 2016).

Intervención individual

Las reuniones que se tienen con la familia de la persona alcohólica deben ser una unión con ambiente de escucha, confianza y tranquilidad en donde predomine una comunicación tranquila y fácil. En esta intervención se indaga en el problema que se presenta y las actuaciones de los familiares frente a este, para poder obtener unas pautas claras de conducta, la búsqueda de soluciones comunes a los conflictos que se hayan podido plantear, así como la negociación o puntos de acuerdo que permitan la continuidad del tratamiento con el usuario.

Intervención grupal

Al inicio del epígrafe de familias plantea que se mantienen dos formas de intervención paralela y simultánea a veces, de tipo individual / familiar y de tipo grupal, en la que intervienen las familias, y que lo van a plantear por separado, pero pueden darse de forma simultánea si se requiere para el tratamiento.

Con las familias se trabaja también de forma grupal, existiendo diferentes tipos de grupos de familias adaptadas en las diferentes etapas del tratamiento y en función de los objetivos que se pretenden conseguir, tanto de las familias como del usuario. También existe a posibilidad de realizar terapias grupales con familias y usuarios a la misma vez (Arevalo, 2012).

9. CONCLUSIÓN

Las consecuencias físicas, sociales y cognitivas del alcoholismo desde la perspectiva del trabajo social forman parte de los trastornos, por abuso de sustancias alcohólicas, con mayor prevalencia entre la población, debido al recurrente hábito dirigido a la búsqueda y consumo de alcohol.

Este trabajo ha puesto en evidencia que un elevado porcentaje de la población ingiere alcohol de manera regular. En esta línea, se han diferenciado dos subgrupos motivacionales; la motivación explícita, que incita al consumo de alcohol y la motivación implícita, que reduce dicho consumo. Además, la justificación del consumo como estrategia para la interacción social y la escasa autonomía individual en la toma de decisión del consumo o no, incrementan los niveles de ingesta de alcohol, provocando los graves efectos de salud señalados en el presente trabajo, tanto a nivel agudo como crónico.

Podemos concluir que el consumo de alcohol afecta al desarrollo físico, cognitivo y psicosocial de las personas adictas, afectando además al desempeño educativo e incrementando la ansiedad de los menores, asociándose a desórdenes de diversa severidad. Por ello, puede concluirse que es preciso que los menores se sensibilicen en relación a dichos riesgos y perciban el consumo como un foco de efectos perjudiciales, en detrimento de los supuestos beneficios en los que se escudan para su ingesta.

El papel del trabajador social resulta un pilar fundamental en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del adicto, evitando posibles recaídas y brindándoles un apoyo fundamental en el terreno personal y sociosanitario, promoviendo el empoderamiento sobre su propia salud y el autocuidado. Además, el trabajador social constituye un eje fundamental en el apoyo integral a familiares, que directamente presencian y mejoran la evolución de la persona alcohólica. Por todo ello, podemos concluir que el trabajador social juega un rol muy importante puesto que se ocupa de ambos tanto de este colectivo y de su entorno social. Además de observar la evolución del tratamiento en la que su función se basa en la ejecución de memorias en las cuales se especifica tanto cualitativa y cuantitativamente las actividades, personas atendidas, proyectos y tratamientos llevados a cabo para cada persona.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Aizpún, G. (2006). Los roles de la familia del adicto. Fundación de investigadores sociales A.C. *Alcohol-informate*, 1-2.
- Alazraki, C. (2006). La dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico. *Fundación de investigación sociales A.C.*, 1-6.
- Álvarez-Perea, A. (2007). Xataka ciencia. Recuperado el día 20 de noviembre del 2018, de <https://www.xatakaciencia.com/medicina/le-hace-a-las-mujeres-el-alcohol-mas-efecto-que-a-los-hombres>.
- Amaro V, Fernández J, González M, Pardo M, Zunino C, Pérez W. (2016). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: Una mirada desde el tercer nivel de atención. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87, 40-47
- Ameen, S. (2018). Cognitive behaviour therapy for alcoholism. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(5), 42-42.
- Árboles, J. (1995). *Sociología y causas del alcoholismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.2000.
- Arevalo, M. (2012). *Protocolo de intervención*. Madrid: Edición digital.
- Arias R. (2011). Reacciones fisiológica y neuroquímica del alcoholismo. *Diversitas*, 1 (16), 138-147.
- Arostegi, E., Urbano, A. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Arriero, M. J., Pastor, F. P., Menéndez, G. F., & Guillamón, M. C. (2007). *En Alcoholismo. Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Aubrion, J. (1994). Ensayo sobre la función de algunos cónyuges en la inducción de la conducta alcohólica. *Revista Española de Drogodependencias* . 19 (4) 350-353
- Black, C. (1991). *No hablar, no confiar, no sentir*. Mexico : Conceptos S.A.
- Blanco, P. (2000). *Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia*. Libro del I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid. Fundación Spiral..
- Blazquez, L. (2012). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y Drogas*, 5 (2), 81-97.

- Brown, S. (1985). *El tratamiento del alcohólico: un modelo de recuperación del desarrollo*. Nueva York : Con la ayuda de la editorial Jill Mellick.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosticar y tratar la codependencia*. Minnesota: Pamela Espeland.
- Confederación Regional Empresarial Extremeña, (2016). *Prevención de riesgos laborales*. Recuperado el 22 de diciembre del 2018, de <http://www.creex.es/3.X/3190-alcoholismo-en-el-entorno-laboral>.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez-Costa, A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.
- Daniel Llorets Irlas, (2001). Alcoholismo: una visión familiar, *Revista Española de Drogodependencias* 1(1), 113-118.
- Díez Hernández, I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. Recuperado el 10 de Julio del 2018, de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>.
- El Comité Ejecutivo de la Federación internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2014). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado el 15 de agosto del 2018, de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>.
- Emakunde. (2016). *La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género*. Informe 37. Vitoria-Gasteiz. Instituto Vasco de la mujer.
- Fernandes Lopes, R. M., Menezes, R. C., Farina, M., Moraes, A., & Bastos, A. S. (2015). Alcoholism and cognitive interferences in attention and perception processes. *Cuadernos De Neuropsicología-Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(3), 35-43. doi:10.7714/cnps/9.3.203
- Fernández Hermida, J, (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), 2-10.
- Fernández-Espejo. (2002). CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS. Obtenido de www.gadeso.org: http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/sp_10000257.pdf
- FITS y AIETS, (2014). Consejo General del Trabajo Social. Recuperado el día 17 de Agosto del 2018, de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>.

- Fonseca, F., Gilchrist, G. y Torrens, M. (2012). Integrating addiction and mental health networks to improve access to treatment for people with alcohol and drug-related problems: A qualitative study. *Advances in Dual Diagnosis*, 5 (1), 5-14.
- Francisco, P., & Josep, G. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. Oviedo: Socidrogalcohol.
- Freedman A, K. H. (1992). *Alcoholismo y psicosis alcoholica*. En C. M. Morris E (Ed.), *Alcoholismo y psicosis alcoholica*. La Habana: Editorial Científico- Técnica.
- Gavrilov, Leonid A. y Natalia S. Gavrilova, 2006, *Teoría de la confiabilidad del envejecimiento y la longevidad*, en Edward J. MASORO y Steven N. AUSTAD (eds.), *Manual de la biología del envejecimiento*, Elsevier Academic Press, San Diego.
- Gobierno de la Rioja (2018). Infodrogas. Recuperado el 24 de septiembre del 2018, <https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol?showall=&start=0>.
- Goldman, M. S. y Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.
- Hermida, A. (2015). Familydoctor.org. recuperado el 10 de agosto del 2018. <https://es.familydoctor.org/sindrome-de-abstinencia-del-alcohol/>.
- Hesselbrock, M. H., Hesselbrock, V. H., Chan, G., Bucholz, K. K., & COGA Colleagues. (2017). Severity of alcoholism and its consequences among older adults. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 41, 68A-68A.
- Howland J, Almeida A, Rohsenow D, Minsky S, Greece J. How Safe are Federal Regulations on Occupational Alcohol Use? *Journal Public Health Policy* 2006.
- Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA). . Alcohol y mujeres, 10 (2005). Recuperado el 17 de julio de 2018 www.niaaa.nih.gov/publications/aa10.htm.
- Jellinek, M. (1960). scribd. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/19375290/Fases-de-la-Enfermedad-Alcoholica>.
- Jessor, R., Costa, F. M., Kreuger, P. M. y Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 86-94.
- Jiménez, Pascual, Florez, & Contel. (2007). *Alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Johnson, V. (1986). *Cómo ayudar a alguien que no quiere ayuda*. Minnisota: Johnson Institute Books.

- Kail, B. y Elberth M. (2002). Moving the Latina substance abuser toward treatment: The role of gender and culture. *J Ethnicity Subst Abuse* 1, 3–16.
- Kline, J. (1996). *Listening Effectively*. Air University Press. Maxwell Air Force Base, Alabama
- Lemus, Á. (2015). *Estudio de caso acerca de la incorporación de perspectiva de género en el tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas en un centro de salud mental comunitaria*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Humanidades. Universidad de Santiago de Chile. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116065/Lemus%20Alvaro_2013.pdf?sequence=1 (Consultado el 25 de abril de 2019).
- Lisboa, J., Correia, P., Andrade, M., Castro, D., & Moutinho, O. (2013). In BenRafael Z. (Ed.), *A second trimester uterine rupture, a consequence of alcoholism?*.
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1(1), 113-119.
- López, J. M. (Marzo- Abril de 2002). Universitat de València. Recuperado el 10 de mayo del 2018, de <https://www.uv.es/=atortosa/Costessan%20alcohol.pdf>
- Lorente, A. M y González, M.C. (2012). *Características del alcoholismo femenino. En federación de Asociaciones y Centros para la Prevención y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones “Al- Ándalus”*. Guía para el tratamiento de las mujeres adictas. Andalucía.
- Mann, Marty (1974). *Nuevo concepto sobre alcoholismo*. Segunda edición en español EE.UU. Editorial imprenta y Litografía Lehmann.
- Márquez Sánchez, L. y Lorenzo Aparicio, A. (2015). *Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género*. Barcelona. Editorial
- Martínez Redondo, P. (2012). *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Salamanca ASECEDI,. Recuperado el 1 de enero de 2019, de Drogas y Género:
- Molina A.B. (2014). *Trabajo social e inclusión socio-laboral: una aproximación a la empleabilidad en personas alcohólicas*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Jaén.
- Moreno, H. (2007). Dialnet. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2359889>.

- Navarro J. (Coord.) EDIS S.A. (Equipo de Investigación sociológica). La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad de Madrid 2006. Observatorio Drogodependencias. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. 2008
- Observatorio Español sobre Drogas (2001). Informe nº4. Marzo 2001. Madrid: Ministerio Del Interior/ DGPNSD. Recuperado el 10 de Agosto del 2018, de <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/oed-4.pdf>.
- Observatorio Español sobre Drogas (2003). Informe nº6. Noviembre 2003. Madrid: Ministerio del Interior/ DGPNSD. Recuperado el 10 de Agosto del 2018, de <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/domiciliaria2001.pdf>.
- Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med Segur Trab*, 55(214), 26-40.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Infodrogas. Recuperado el 19 de noviembre del 2018, de <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes, *Adicciones*, 14(1):123-131.
- Pelissari Dos Santos, C., Gadoni Borges, G., Perillo Rosin, F. C., & Correa, L. (2017). Effects of chronic alcoholism on dendritic cells of the oral mucosa during wound healing. *Virchows Archiv*, 471, S153-S153.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 16 de febrero de 2019 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Programa de salud infantil AEPap. Prevención y detección del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia. (2009). 301-317.
- Ray, L. A., & Bujarski, S. (2016). Mechanisms of topiramate effects: Refining medications development for alcoholism *Addiction Biology*, 21(6), 1233-1233. doi:10.1111/adb.12431
- Rosenthal, A. I., Mayott, L., Lyons, D. J., Providence, K., Scott, A., Smart, Y., & Katz, C. L. (2017). Community effect of alcoholism: A photo voice study in Saint Vincent and the Grenadines. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 423-434. Doi: 10.1007/s11126-016-9447-x
- Rothenberg, W. A., Hussong, A. M., & Chassin, L. (2017). Modeling trajectories of adolescent-perceived family conflict: Effects of marital dissatisfaction and parental alcoholism. *Journal of Research on Adolescence*, 27(1), 105-121. doi:10.1111/jora.12259

- Sáez, C. A. (1995). *Trabajo social y Alcoholismo*. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense de Madrid.
- Sánchez Pardo, L. (2001). Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España, *Trastornos Adictivos*, 3(2), 85-94.
- Sánchez-Mejorada Fernández J. (2007). Concepto de alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Rev Med UV*, 7(1), 27-35.
- Santo- Domingo (2012). Introducción: evolución del alcoholismo y su asistencia en España. En F. Pascual Pastor y J. Guardia Serecigni (Coords.), *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 15-43). Oviedo: Socidrogalcohol.
- Schaeffer, B. (1998) *¿Es amor o es adicción?*. Barcelona: Apóstrofe.
- Sergeev, V. (2004). The role of social-psychological factors in forming emotional personality disturbances in post-traumatic epilepsy and other consequences of craniocerebral trauma complicated and non-complicated by alcoholism. *Epilepsia*, 45, 87-87.
- Sociedad y Drogas: una perspectiva de 15 años. Madrid: AD. p. 77-94 recuperado el 12 de Septiembre del 2018, de <http://www.Fad.es/estudios/index.htm>.
- Thapa, S., Selya, A. S., & Jonk, Y. (2017). Time-varying effects of parental alcoholism on depression. *Preventing Chronic Disease*, 14, E136. doi:10.5888/pcd14.170100
- Torres Hernández, M. (2018). Fundación de investigaciones sociales A.C., Alcohol-Infórmate. Recuperado el 20 de noviembre de 2018, de www.alcoholinformate.org.mx.
- Torres, L. (2018). Effect of an orientation to treatment group on the retention of alcoholics in outpatient treatment. *Substance use and misuse*, 31, 1423-1431.
- Tsuruya, A., Kuwahara, A., Saito, Y., Yamaguchi, H., Tsubo, T., Suga, S., akayama, T. (2016). Ecophysiological consequences of alcoholism on human gut microbiota: Implications for ethanol-related pathogenesis of colon cancer. *Scientific Reports*, 6, 27923. doi:10.1038/srep27923
- Wu, L. (2014). Alcohol Dependence and Use of Treatment Services Among Women in the Community, *American Journal Psychiatry*, 2(13), 16-36.
- Zamudio, F. J., Ayala, M. R. y Arana, R. I. (2013). Mujeres y hombres. Desigualdades de género, *Journal of Drug Issues* 30, 789-800.