

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

MUJERES EN REHABILITACIÓN ALCOHOLICA

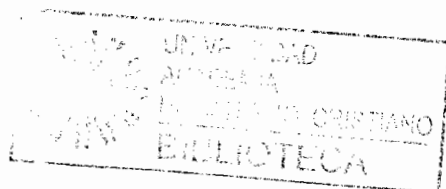
**Alumnas: Marcela Rebolledo Astorga
Millicent Reyes Cofré**

Profesora Guía: Jeanette Hernández

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL**

Santiago-Chile

Julio, 2004



INDICE DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento del Problema	1
2. Preguntas de investigación	3
3. Objetivos	4
4. Variables	5
5. Estrategia Metodológica	6

I PARTE

MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1

LA MUJER ALCOHOLICA

1.1 El alcoholismo en las mujeres	10
1.2 Comprendiendo al género	12
1.3 ¿Es el género femenino el más débil?	15
1.4 Consecuencias del alcoholismo	20
1.5 Los problemas	22
1.6 Mujer alcohólica	24
1.7 ¿Quien es un alcohólico?	28

CAPÍTULO 2

LA FAMILIA ADICTA

2.1 Visión de familia	30
2.2 Comunicación familiar	36
2.3 La familia drogadicta	37
2.4 Disfunción familiar	38
2.5 Rol en la familia de un adicto	40
2.6 Herencia familiar	43

CAPITULO 3

LA PARTICIPACIÓN EN LA REHABILITACIÓN

3. 1 La incógnita de la recuperación	46
3. 2 Mujeres y hombres ¿hay diferencias?	47
3. 3 Otros estudios	49
3. 4 La participación en la rehabilitación	50
3. 5 Los usuarios	53
3. 6 Agrupaciones de familiares	54
3. 7 El camino hacia un tratamiento	56

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 4

EL MINISTERIO DE SALUD,

¿CÓMO ENFRENTA EL TEMA DEL ALCOHOLISMO?	61
4. 1 Programa de tratamiento de abuso y dependencia de alcohol y drogas	63
4. 2 Atención primaria de las personas con abuso y dependencia de alcohol y drogas	65
4. 3 Atención especializada de las personas con abuso y dependencia de alcohol y drogas	67
4. 4 Actividades de tratamiento y rehabilitación	69
4. 5 Prioridades del programa	70
4. 6 Regulación	71
4. 7 Conclusiones del Ministerio con respecto al tema	75

CAPITULO 5

UNIÓN REHABILITADORA DE ALCOHOLICOS

DE CHILE

5. 1 Las mujeres de Urach	78
5. 2 Intervención de Urach	80
5. 3 Modelo de grupo rehabilitador	83

CAPITULO 6

OTRAS INSTITUCIONES

6. 1 Alcohólicos Anónimos (AA)	88
6. 2 Comunidad Terapéutica Ambulatoria	89

III PARTE

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO 7

EL PORVENIR DE UNA MUJER ALCOHOLICA

Introducción	95
7. 1 La batalla de las alcohólicas	96
7. 2 Su motivación y la importancia con la familia	98
7. 3 La discriminación hacia la alcohólica	102
7. 4 Contra viento y marea en la rehabilitación	106
7. 5 La mujer vulnerable	114

CAPITULO 8

LA FAMILIA, UN PILAR FUNDAMENTAL

Introducción	118
8. 1 Una familia ejemplar	119
8. 2 La negación de un familiar	120
8. 3 Sin compromiso	122

CONCLUSIONES 126

TRABAJO SOCIAL Y REHABILITACIÓN
DE MUJERES ALCOHOLICAS 135

BIBLIOGRAFIAS

ANEXOS

Número 1: Operacionalización de Variables

Número 2: Instrumentos de Recolección de Información

- Pauta de entrevista a mujeres en rehabilitación
- Pauta de entrevista a familiares de mujeres en rehabilitación

INTRODUCCIÓN

Debemos comprender que el alcoholismo es un problema que se traduce en una compulsión física, combinada con una obsesión mental por beber. En este sentido, el alcohólico presenta características que lo diferencian de un bebedor normal, éstas se identifican por su incapacidad para detenerse, lo que implica que se ha ido desarrollando tolerancia, aumentando la dosis y la imposibilidad de suspender el consumo de alcohol por síntomas de privación, desencadenando un hábito y una dependencia física.

De acuerdo al V estudio realizado por CONACE en el año 2002, los hombres duplican a las mujeres en su problema asociado al uso de bebidas alcohólicas; no obstante, se observa un aumento en el consumo de alcohol a nivel nacional del sexo femenino. La prevalencia de consumo de alcohol más alta para el género femenino se encuentra liderado entre los 35 y 44 años de edad.

Debido a las graves consecuencias del abuso de alcohol en las personas, muchos de estos buscan ayuda llegando a iniciar un proceso de rehabilitación, tanto por opción propia o por estar obligados por distintas entidades.

Cuando se toma la decisión de iniciar un proceso de rehabilitación, encontramos distintas instituciones encargadas del tema. Una de ellas es Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), asociación de corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, fundada en Julio del 1969, que tiene como misión federar a nivel nacional todas las agrupaciones y clubes de rehabilitadores alcohólicos.

Actualmente en Santiago, se está trabajando con 24 clubes de rehabilitados alcohólicos, que según las estadísticas de URACH, la participación de las mujeres en estos, aún sigue siendo baja y difícil de tratar por su condición de género.

El interés en el alcoholismo, especialmente en el abuso de éste, ha cobrado cada vez más importancia en nuestro país, dado el creciente aumento en las cifras de consumo.

Como se sabe, el alcoholismo es uno de los principales problemas sociales y de salud que enfrenta el país, no sólo por la elevada incidencia, sino además por las diversas y complejas consecuencias que tiene sobre la persona, la familia y la sociedad en general.

Actualmente, el alcoholismo no discrimina por sexo o edad, detectándose un aumento en la ingesta de alcohol en las mujeres y comprobándose que la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas se ha igualado prácticamente en ambos sexos, sin embargo, el patrón de dependencia todavía sigue siendo mayor en los hombres.

El rol social de la mujer ya no es el mismo, ha pasado de estar dedicada exclusivamente a las labores domésticas, a integrarse de forma permanente y activa en los sectores sociales y económicos de nuestra comunidad; de esta forma también sus pautas de consumo y conductas se han adaptado a este cambio. La mujer actualmente se iguala en su modo de actuar al hombre, y dentro de su adicción al alcohol, llega a equipararse a modelos de consumo masculino, sin necesidad de justificarse ante nadie, aunque se sigue manteniendo una cierta tendencia a la ocultación o negación del problema.

A pesar de todos estos cambios, la relación alcoholismo y mujer adquieren connotaciones especiales dada por sus particulares características, tales como el consumo de alcohol de mujeres embarazadas, las repercusiones que éste tiene en el feto y la mayor incidencia negativa sobre su salud física y mental. La adicción en la mujer tiene efectos bio-psico-sociales que la hace diferente a la de los hombres; su estructura anatómica y su funcionamiento es distinto, así como el manejo emocional de eventos y situaciones. Sus relaciones con la familia y con los demás tampoco

son iguales, debido al rol que ocupa tanto dentro de la sociedad como en la familia. Estas diferencias, hacen que resulte conveniente el estudio de ésta afección, así como su tratamiento, de forma independiente a la del hombre.

Es por lo anteriormente planteado, que ha surgido la necesidad de realizar esta investigación, en virtud a la escasa información que se tiene con respecto al alcoholismo en las mujeres, el proceso de rehabilitación, los efectos del problema en la familia y cómo ésta, al ser partícipe de la rehabilitación influye de manera positiva en una pronta mejora del individuo.

Por lo anterior, creemos que esta investigación, aportará nuevos antecedentes a los tratamientos de rehabilitación de alcohólicos, para que estos estén dirigidos según la naturaleza y especificidades de las mujeres, con el fin encontrar nuevas herramientas que las motiven a iniciar el tratamiento, y que éste al mismo tiempo, considere las características propias de su género.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país, las bebidas alcohólicas se han encontrado presentes, y en forma destacada, en la mayoría de nuestras actividades sociales, asociándose el consumo de alcohol a factores culturales, religiosos, socioeconómicos, etc. Además, el consumo de alcohol influyen una serie de valores culturales y normas sociales, lo que nos permite hablar de una “cultura del beber”, que se manifiesta, entre otros, en los múltiples valores que se le atribuyen al alcohol, por ejemplo, que es digestivo, que ayuda a dormir bien, a relajarse, que ayuda a combatir el resfrió, etc.

Esta cultura del beber se manifiesta también en las connotaciones valóricas que se le atribuyen al beber, que es cosa de hombres, que bebiendo se conoce a los verdaderos amigos. Pero es en las normas que rigen el beber social donde ésta se expresa con mayor claridad, por ejemplo, la cerveza que se bebe con el grupo de amigos en la esquina, el vino que acompaña las comidas familiares o a la salida del trabajo con los amigos, en bautizos, matrimonios, etc.

Sin embargo, esta relación del hombre con el alcohol no ha estado libre de dificultades y contratiempos. En Chile existe una larga historia de investigaciones orientados al control y manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Pero son pocas las investigaciones relacionadas con la mujer alcohólicas, donde el alcoholismo en la mujer merece consideraciones aparte porque, si bien se encuentran características comunes con el alcohol en el hombre, se distingue por los factores socioculturales que determinan el status de la mujer en nuestra sociedad. Los grupos sociales son menos indulgentes con las mujeres. Así se trata de un alcoholismo más secreto, solitario y controlado por el sentimiento de pudor que desencadena culpabilidad. El alcoholismo degrada más rápida y profundamente a la mujer en su status y sus papeles femeninos y maternales que al hombre en su status y papeles masculinos y paternales. El rechazo y la intolerancia social es más viva y precoz para la mujer que para el hombre.

La ingesta de alcohol en la mujer es “mal vista” y despierta críticas en los otros adultos, tanto porque se valoriza el rol de la mujer dentro del núcleo familiar, como por las responsabilidades que le cabe en la crianza de los hijos, mantención del hogar, etc. Cuando el hombre es alcohólico, generalmente, la mujer asume los dos roles, es decir, es madre y padre, trabaja, etc. Pero en el caso que la madre sufra del problema del alcoholismo, el hombre generalmente falla en estas tareas tan fundamentales y no está preparado para enfrentarlas.

Se ha visto que la mujer tiene mayor tendencia a beber en forma secreta y en la privacidad de su hogar, justamente por el fuerte rechazo que esto implica. Por este motivo, muchas veces sus familiares no se dan cuenta

hasta que el alcoholismo esta muy avanzado, postergando la rehabilitación hasta que el problema es demasiado extremo (Urach; 2000).

En cuanto a su tratamiento y a experiencias sistematizadas por Urach, el proceso de rehabilitación es más efectivo en el caso de las mujeres, basado en las particularidades tanto psicológicas como sociales de ésta (Ibid). Por otro lado, el proceso de recuperación de la mujer alcohólica necesita una gran comprensión y cooperación de la familia, la que debe descartar el control. De nada sirve esconder las botellas, ya que en un gesto de rebeldía, reacciona bebiendo aún más y a escondidas.

Estamos de acuerdo que el proceso de rehabilitación se hace menos complicado y más eficiente al momento que la familia participa en él; pero ¿cuán importante es su participación en el proceso? y ¿qué pasa cuando los integrantes del grupo familiar no entregan el apoyo necesario para la rehabilitación?

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

- ◆ ¿Cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en las mujeres entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana?

- ◆ ¿Qué relevancia tiene para las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de

URACH en la Región Metropolitana, la participación de la familia en el proceso de rehabilitación?

- ◆ ¿Cuales fueron los motivos que tuvieron las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana para comenzar la rehabilitación?

- ◆ ¿Que factores dificultan y/o facilitan el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana?

4. OBJETIVOS

Con el fin de abordar el problema de investigación y responder a las interrogantes planteadas, se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- ◆ Describir el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana.

4.1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Determinar los motivos que tuvieron las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, para comenzar el proceso de rehabilitación
- ✓ Identificar los factores que facilitan el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años.
- ✓ Identificar los factores que dificultan el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años.

4.2 OBJETIVO GENERAL:

- ◆ Determinar los tipos de familia y la importancia que tiene la participación de la familia en el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana.

4.2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Detectar los grados de participación de la familia en el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas.
- ✓ Caracterizar los tipos de familias que participa en el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas.

5. VARIABLES

La investigación se enmarcará en tres variables: REHABILITACIÓN, FAMILIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA (Ver operacionalización en anexo N° 1).

6. ESTRATEGIA METODOLOGICA

El presente investigación es de carácter cualitativo, por cuanto no se centró en la cuantificación del fenómeno, sino que se estudió las experiencias de los procesos de rehabilitación de las mujeres alcohólicas y la importancia que tiene la participación de la familia en el proceso de rehabilitación

Consistirá en un estudio descriptivo/transaccional, nuestro propósito es describir situaciones y eventos, esto es decir como es y se manifiesta determinado fenómeno, transaccional por que está definido en un período de tiempo determinado.

La información que se obtiene a partir de esta investigación es de tipo descriptivo se basa en datos cualitativos, expresados por los mismos protagonistas.

6.1 UNIVERSO

El universo está dividido en dos:

El primero corresponde al total de las mujeres que están en proceso de rehabilitación pertenecientes a los 24 clubes de rehabilitados alcohólicos de la región metropolitana de Santiago y el segundo universo por los familiares de ellas.

6.2 MUESTRA

La muestra suele ser definida como un Subgrupo del Universo. Por lo tanto, la primera muestra esta conformada por:

- ◆ 12 mujeres entre 30 y 65 años que se encuentran en proceso de rehabilitación seleccionadas en forma intencionada de sujeto tipo.

Para la selección de la muestra tuvo que delimitarse a las siguientes características:

- ✓ Mujeres que están en proceso de rehabilitación perteneciente a los clubes de rehabilitados alcohólicos en la Región Metropolitana.
- ✓ Mujeres que llevan por lo menos 1 año en tratamiento
- ✓ Mujeres entre 30 y 65 años de edad

La segunda muestra estuvo conformada por:

- ◆ 8 familiares de las mujeres que se encuentran en procesos de rehabilitación.

Las características de la familia son:

- ✓ Familiar directo, entendido como padre, madre, cónyuge o conviviente e hijos.
- ✓ En caso de que sean los hijos; tienen que ser mayores de 18 años.

6.3 RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para la recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad con las mujeres y con los familiares, ya que, nos permitía conocer sobre acontecimientos y actividades que no se puede observar

directamente, permite indagar en escenarios de las mujeres y sus familiares situaciones que de otra manera no son accesibles.

6.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACION

El análisis de la información se efectuó mediante la matriz del análisis de contenido.

La investigación fue realizada entre el mes de Marzo y Diciembre del año 2003, con el apoyo de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, URACH

I PARTE

MARCO TEORICO

Capítulo 1

El alcoholismo en las mujeres

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas ha aumentado notoriamente entre las mujeres de Latino América. (Puschell,s/d)

En nuestro país, el factor medioambiental se caracteriza por proporcionar fácil acceso a las bebidas alcohólicas a través de los innumerables expendios y bajos precios, y por la influencia en forma permanente y manifiesta de los medios de comunicación masiva, que continuamente recuerdan a las personas que las bebidas alcohólicas son un producto existente y accesible en cualquier momento.

Estos medios de comunicación proporcionan, además, modelos de conducta de ingestión de alcohol asociados a status, prestigio social, rasgos de atractivo físico, etc. La Dra. Elvia Velásquez plantea que este aumento se debe “a los cambios socioeconómicos y laborales recientes”, refiriéndose a que la mujer de hoy “sé abrió paso desde una sociedad patriarcalmente jerarquizada con estructuras y normativas rígidas, hacia formas más laxas en la estructura familiar y social”

(<http://www.eradicaciones.org/Revista/numero4/myadic.html>)

A lo anterior, la Dra. Velásquez agrega la imposición de un modelo de libre mercado en cuanto a la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas que permite un fácil acceso a ellas.

Dentro de esta variable y especialmente en los jóvenes, ocupa un papel relevante el grupo de pares, quienes fomentan e incentivan el consumo “buscándole un comportamiento social determinado, un estado de ánimo colectivo que provea de identidad y pertenencia social y un símbolo de diferenciación y rebeldía frente a la autoridad del mundo adulto” (Gazmuri y Langdon; 1996:16).

Sin embargo, para las mujeres, a diferencia de los jóvenes, beber es simplemente una forma de escape, lo cual no requiere de pares ni la búsqueda de una pertenencia social. Para ellas, el alcohol es una alternativa para olvidar situaciones extremas, tales como los conflictos emocionales con sus parejas o con sus hijos, las presiones de tipo laboral, o simplemente empujadas por un fuerte sentimiento de soledad. Es decir, las mujeres consumen alcohol cada vez con mayor frecuencia, como una salida a las presiones derivadas de su trabajo y del hogar. (Trulsson, 2003)

Sin embargo, al ingresar al mercado de trabajo, las mujeres disponen de menor tiempo para el cuidado de los hijos y del hogar, tarea que debería ser compartida por ambos miembros de la pareja y no sólo asumida por la mujer. (Espinosa, et al, 1995)

Las mujeres jóvenes que trabajan, sobretodo aquellas que tienen menos de 25 años, acostumbran a beber mucho más, ésto puede deberse a varias razones, incluyendo los momentos de relajación o por tener independencia económica. (Griffith, s/f)

Comprendiendo al género

En la cultura occidental, por tradición, se espera que las mujeres dediquen la mayor parte de su tiempo a ser esposas y madres, en cambio, se espera que los hombres dediquen su tiempo a ganar dinero. Estos roles también incluyen expectativas de personalidad; por ejemplo, que las mujeres sean complacientes y cariñosas, en tanto que los hombres deben ser más activos y competitivos (Papalia D. y Wendkos O., 1997).

Por lo tanto, comprender el rol de género es de gran relevancia para entender los comportamientos, actitudes, intereses y habilidades que una cultura considera apropiados para hombres y mujeres y espera que los desempeñen. Se tiende a definir a la mujer como sostenedora de lo emocional, de lo afectivo, de lo doméstico. En cambio, los hombres son percibidos como los sostenedores económicos de la familia, los poseedores de la iniciativa sexual, los capacitados para tomar las grandes decisiones, los exitosos y los dominantes.

Sin embargo, el concepto de género es utilizado para diferenciar la conducta socialmente transmitida acerca de lo que es femenino y lo

masculino. A partir de este concepto se entienden las diferencias entre hombres y mujeres en relación con su participación en diferentes contextos sociales además de sus actitudes y expectativas que se conceptualizan como femeninos y masculinos a partir de la cultura en la cual se encuentra inserto.

Esta discusión sobre la naturaleza de lo femenino y lo masculino ha sido larga y considerable, siendo el determinismo biológico cuestionada desde posiciones que definen a la cultura, a través del proceso de socialización, como factor esencial en la constitución de la identidad social de acuerdo al sexo.

Hoy en día, la identidad sexual y el concepto de género se explican como una unidad bio- psico- social, ya que recoge ciertas bases genéticas que marcan el temperamento y al mismo tiempo confirman la importante determinación del aprendizaje cultural, responsabilidades familiares y compartidas. (Espinosa, et al, op. cit.)

Debido a que este término de género se ha confundido en diversos ámbitos como sinónimo de sexo, se hace necesario realizar una distinción entre ambos conceptos.

El sexo hace referencia a las diferencias biológicas y fisiológicas entre el hombre y la mujer. El género por otro lado permite decodificar el

significado que las culturas otorgan a la distinción sexual, lo que además posibilitaría comprender las diversas conexiones que se dan en las interacciones humanas (Scott, en Gariazzo, 2000). Esta definición contextualiza el género al ámbito de las relaciones sociales para desde ahí referirse a lo masculino y lo femenino.

Money, investigador dedicado al estudio de la sexualidad, en 1955 traslada la noción de género desde las ciencias del lenguaje al ámbito de la sexualidad humana (SERNAM, 1995).

Para este autor, la asignación de sexo no es sinónimo de su registro genérico que se presenta desde el nacimiento. Propone que el registro es un acto aislado, mientras que la asignación viene a ser sinónimo de crianza que los padres entregan a sus hijos, en cuanto que el niño es diariamente confrontado con su calidad de varón o de niña, en innumerables reafirmaciones de asignación, incluyendo las formas de género de referencia personal correspondientes a los nombres y pronombres del lenguaje (Money; 1982).

Este autor ofrece además una explicación acerca de cómo y mediante qué procesos un individuo se va haciendo hombre/mujer y lo que sucede en a través de éstos. A su juicio, es la tradición cultural la principal institución responsable de este proceso, entre otras cosas ésta impone *“aquello de lo que nadie duda, es decir: que los padres se comportan de un modo distinto y*

mantienen diferentes puntos de vista sobre el futuro de sus hijos e hijas lactantes, respectivamente, y asimismo que estas expectativas dimorfas en cuanto al género, pueden hallarse muy diversamente definidas en las tradiciones de las diferentes sociedades” (Ibid: 120).

¿Es el género femenino el más débil?

Está demostrado que los hombres ingieren más alcohol, otras drogas y tabaco que las mujeres. Por otro lado, si bien las mujeres beben menos, estas son más propensas a los efectos negativos del alcohol que los hombres, como son las enfermedades cardiovasculares, hepáticas, etc. Entonces las mujeres no sólo representa al genero más “débil”, sino que su estructura biológica también es más delicada y distinta a las de los hombres. (Sarkola; 1999)

Esto se debe a que la adicción en la mujer tiene efectos bio -psico - sociales que difieren de los del hombre, ya que su estructura anatómica y su funcionamiento es distinto, al igual que el manejo emocional de eventos y situaciones. Esta situación se debe a que el cuerpo femenino, al tener una concentración mayor de grasa y 10 % menos de agua que el hombre, el alcohol permanece más concentrado y absorbido con mayor rapidez por los tejidos, de tal forma que la mujer se emborracha con mayor facilidad, necesitando así menos cantidad de alcohol que el hombre para llegar al estado de ebriedad, y por lo tanto, en menos de 5 años pueden alcanzar las ultimas fases del alcoholismo. (Ibid)

Según lo establecido por Griffith, el alcoholismo en las mujeres también influye en factores demográficos tales como, la edad, estado civil, estado laboral y origen étnico. A su vez, estos factores interactúan con otros agentes de riesgo que al igual que Sarkola, también los denomina “factores bio-psico-sociales”. Estos factores, determinan el consumo de alcohol en las mujeres, manifestándose cuando ellas hayan tenido: (Griffith s/f)

- Problemas en la adolescencia, con comportamientos de conducta.
- Consumo en la edad temprana de nicotina, alcohol y otras drogas.
- Depresión
- Divorcio/separaciones/ convivencia
- Pareja alcohólica
- Insertas en el dominio laboral de los hombres
- Disfunción sexual

Sin embargo, los factores demográficos al cual se refiere Griffith, influye de la siguiente manera. (Ibid: 175)

Edad: mujeres jóvenes corren mayor riesgo de alcoholismo que las mujeres adultas.

Estado civil: al ser soltera, separada o estar conviviendo es por lo general asociado a problemas serios de consumo de alcohol. Sin embargo, al separarse la mujer de su marido o pareja, su consumo aumenta

notoriamente. Por otro lado, la convivencia es asociada fuertemente con el alcohol.

Ocupación: por lo contrario, existe una pequeña relación entre las mujeres que trabajan jornada completa y sus hábitos de consumo de alcohol, pues los roles que ella tiene como esposa, madre y ser profesional, aparenta tener efectos favorables para ellas. Sin embargo, las mujeres al estar insertas en el dominio laboral de los hombres, el riesgo de que consuman más alcohol es mucho más alto y de ahí obtener problemas de alcoholismo.

Parejas bebedoras: las mujeres aparentan ser más influenciadas por sus parejas que consumen alcohol.

Abuso sexual y violencia intrafamiliar: el abuso sexual que sufren las mujeres en su niñez o adolescencia está definitivamente asociado con el desarrollo del alcoholismo en la adultez. El haber tenido una madre poco cariñosa y despreocupada son otros los factores que influyen también en el desarrollo de alcoholismo de ellas. Por lo general, las mujeres se refugian con hombres alcohólicos y que las maltratan.

Experiencia sexual: exceso de alcohol en las mujeres puede transformar la disfunción sexual de ellas en un problema crónico. Sin embargo, las mujeres que consumen alcohol están estrechamente relacionadas con comportamientos sexuales promiscuos corriendo el riesgo de adquirir

enfermedades como Sida y VIH, estas mujeres son por lo general adictas a otras drogas pesadas además del alcohol.

Depresión: en las mujeres, la depresión es más probable ser asociada a la cronicidad del problema, por lo que, se puede tornar en un factor de riesgo para el inicio de su alcoholismo.

Situaciones estresantes en la vida: situaciones negativas durante su niñez o adolescencia (la muerte de un pariente, enfermedades o una familia inestable) también son factores a su alcoholismo, pues de este modo ellas ingieren alcohol para olvidarse de sus problemas.

Uso abusivo de otras drogas: muchas mujeres con problemas de alcoholismo también tienen dependencia de otras drogas sobretodo a los sedantes, sin embargo, para las mujeres menor de 30 años son los alucinógenos y drogas como la cocaína. (Griffith, *Ibid.*)

Las mujeres al ser más vulnerables al alcohol, sufren consecuencias biológicas de distinta índole que se deben considerar, pues, hasta estos problemas son distintos a las del hombre:

- **Daño hepático:** en comparación a los hombres, las mujeres desarrollan una cirrosis hepática más rápido que ellos siendo que ellas beben en menor cantidad que los hombres, provocando de esta manera su muerte.

- Daño cardiacos: ambos sexo, al beber una o dos copas diarias tienen menos riesgo de sufrir un ataque cardíaco. Sin embargo, si la mujer bebe más que el hombre o beben la misma cantidad, ella es más vulnerable a los problemas cardiacos que el mismo hombre.
- Cáncer mamario: existen estudios que han demostrado que al beber dos copas diarias de alcohol, ya es riesgo para la mujer de desarrollar un cáncer mamario.
- Accidentes: en el año 2000 en Estados Unidos se realizó un estudio en lo cual, las mujeres son más propensas a provocar accidentes de tráfico que los hombres siendo que ambos tienen la misma concentración de alcohol en la sangre. Esto se debe a que el alcohol afecta de manera distinta a las mujeres que a los hombres.
- Embarazo: es bien sabido que el consumo de alcohol durante el embarazo incrementa las posibilidades de interrupción del embarazo, de bajo peso al nacer, de nacimiento sin vida y de muerte durante los primeros años de infancia. Las mujeres que beben en exceso, tienen una probabilidad entre dos y cuatro veces mayor de perder el feto entre el cuarto y sexto mes de embarazo que aquellas que no beben, además es más frecuente que pierdan sus bebés entre la semana 28 y la primera semana después del nacimiento.

Consecuencias del alcoholismo

Al igual que todas las enfermedades, el alcoholismo también tiene un agente que provoca el vicio en la persona pero la causa de esto no se conoce con exactitud hasta el día de hoy. Es decir, no se sabe por qué realmente algunas personas llegan a ser alcohólicas y otras no. (Fernández; 1998:190)

Sin embargo, el hecho de que se desconozca lo que provoca el desarrollo de la “enfermedad”, sirve como argumento para no reconocer al alcoholismo como un problema bio psico social y considerarlo solo como un vicio.

No se puede desconocer además que el alcoholismo provoca diversas consecuencias, ya sea en el hombre o en la mujer, pues el alcohol no tiene sexo ni edad.

Existen investigaciones que han demostrado que existen tres factores que detona el alcoholismo: (Quenal; 1994: 8)

- El agente: donde el alcohol es la sustancia química
- El huésped: la persona que sufre de alcoholismo y
- El ambiente: costumbres sociales y culturales.

En este sentido, las consecuencias físicas que se derivan del alcoholismo son múltiples: unas provienen del efecto tóxico directo del propio alcohol y otras son el resultante de estar más expuesto a contraer enfermedades, infecciones, a consecuencias del progresivo debilitamiento del organismo.

Entre las ocasionadas por el efecto tóxico se encuentran las enfermedades digestivas, en la que el principal afectado es el aparato digestivo; gastritis, úlceras, etc., pues, como se indicó, el alcohol produce una irritación en el estómago que lleva a la pérdida total de apetito, náuseas y una aversión a las grasas y a las carnes que acarrea un desequilibrio nutritivo cada vez más importante. Asimismo, se altera el funcionamiento del hígado, hepatitis, hígado graso, hasta llegar a la cirrosis hepática, que es el más grave estado de afección del hígado. La cirrosis, cuya aparición entre los alcohólicos se da hacia los 5 años, puede tener otras raíces distintas al alcoholismo, pero las estadísticas demuestran que en nuestro país aproximadamente el 50% de las cirrosis hepáticas tienen como culpable el alcohol. (Ibid: 10)

Por las alteraciones que provoca en el músculo cardíaco y en las arterias, el alcohol y las enfermedades del corazón se relacionan. Asimismo, pueden ser padecidas por el alcohólico enfermedades de los músculos de las glándulas endocrinas esterilidad, impotencia, frigidez, anemias y deficiencias en las reservas de vitaminas que el cuerpo debe poseer: avitaminosis.

El exceso de alcohol en la sangre condiciona los reflejos, que pasarán a ser mucho más lentos. De la misma forma reduce el campo visual, que puede llegar a lo que se denomina “visión de túnel”, en la que se pierden de vista por completo los obstáculos laterales; disminuye notablemente el sentido de las distancias y crea en quien ha bebido una falsa sensación de seguridad que le hace sentirse capaz de cosas para las que no está capacitado. Esta serie de falsas sensaciones acercan el peligro al alcohólico y con el peligro pueden venir una serie de accidentes. (Fernández; 1998: 125)

Los problemas

El alcoholismo no sólo provoca efectos físicos los que pueden llegar a ser fatales para el ser humano, así como ésta pueden afectar a la integridad del individuo, también puede provocar problemas con su entorno familiar, laboral y social. (La mujer, <http://www.angelfire.com/ego/salud0/LAMUJER.html>)

En este sentido el alcoholismo se convierte en una enfermedad o problema familiar, desde el momento en que no es sólo el alcohólico quien padece la situación, sino toda la familia. Los trastornos en el carácter de la persona, como irritabilidad, cambios bruscos e injustificados de humor, pérdida de conciencia de la realidad, etc., lograr que las relaciones familiares evolucionen hasta que la vida cotidiana se convierta en un infierno de reproches, discusiones y agresiones. (Ibid)

De esta forma, la casa del alcohólico se convierte en lugar menos adecuado para la de los hijos, que generalmente, son las primeras víctimas de la situación. En ocasiones, cuando la alcohólica es la mujer, es la responsable de malformaciones graves y subnormalidades de los hijos. (Mujer y adicciones, <http://eradicaciones.org/revista/numero4/myadia.html>)

Es frecuente también comprobar que el alcoholismo es causa de separaciones matrimoniales; es difícil soportar la falta de diálogo, la pérdida de respeto y autoridad, la carencia de proyectos de vida y el desorden económico y de todo tipo que suelen producirse en la casa del alcohólico.

En el ámbito laboral, la situación no es menos complicada, la capacidad de trabajo se resiente (inestabilidad laboral) y comienzan los cambios frecuentes de empleos ocasionados por las faltas y bajo rendimiento en el trabajo. El trabajador alcohólico va perdiendo categoría profesional, tiene que aceptar puestos de menor categoría, en las situaciones límites pueden llegar a la incapacidad.

En el plano social, la pérdida de personalidad, capacidad laboral y económica hace que la gente que rodea al alcohólico se aparte de él, e incluso le señale como culpable de su estado. El alcohol va apartando a la persona del grupo social en el que se desenvolvía y, como consecuencia llega a la más completa soledad: el alcohol llegará a ser la única compañía del alcohólico. (Trulson; 2003: 50)

Mujer alcohólica

La mujer alcohólica no reconoce fácilmente su adicción y sus consecuencias. Esto se debe, en gran parte, a la intolerancia de la sociedad frente a las mujeres alcohólicas, ya que; de 10 mujeres adictas, 9 son abandonadas por sus maridos; en cambio de cada 10 alcohólicos, sólo 1 es abandonado por su mujer. (Sarkola; <http://www.Helsinki.fi/lehdet/uh/301d.htm>)

Sus relaciones con la familia y con los demás cambian totalmente debido al rol que ocupa tanto dentro de la sociedad, como en la familia. En el caso de que sean madres, ellas son capaces de esconder completamente su adicción, justificando su estado anímico o su estado de salud hasta que finalmente, llega el momento en que la dependencia al alcohol no se puede ignorar ni disimular. (GESA; 1989).

En las primeras fases de la enfermedad, ella se esfuerza por ser una esposa o madre competente, esperando lo imposible de si misma y de los demás. Conforme va aumentando la cantidad y la frecuencia de su consumo, la actitud que toma la mujer alcohólica es la de negar la realidad, restando importancia a su necesidad de tomar alguna copa, pensando que domina la situación y que tiene todo bajo "control". (Un solo trago para las mujeres, www.tricom.net/rumbo)

Sin embargo, le invaden sentimientos de desesperanza y desamparo, su elevada autoestima baja, al igual que su concepto de si misma. Se va

aislando más y se preocupa solamente por conseguir su siguiente copa, despreocupándose totalmente de sus hijos, marido y hogar o trabajo. Por esto mismo, la alcohólica logra perder la confianza de sus seres queridos, llegando a pensar en el suicidio y posiblemente intentarlo. Por lo tanto, sin el oportuno tratamiento, puede acabar en el manicomio, la cárcel o la muerte.

En la mujer alcohólica su percepción, juicio o manejo de las emociones se ve alterado, afectando de manera directa a la relación con sus hijos y con su cónyuge. En este sentido, los hijos de mujeres con problemas de alcoholismo, tienen mayor tendencia a padecer dolores de cabeza, alergias y problemas de sobre o bajo peso debido al alto nivel de tensión que se genera en la familia. Los niños van creciendo y a la vez reaccionan ante el comportamiento impredecible de la madre, de tal forma que asumen algunas de las responsabilidades propias de ella acentuando las de ellos mismos como por ejemplo sus estudios. (Ibid)

En el caso del padre, éste casi nunca asume los dos roles (madre y padre). Pues, la responsabilidad de ellos sería muy grande y no dan abasto, sobretodo cuando tienen que cuidar a hijos más pequeños, por lo tanto, se desligan de toda responsabilidad hogareña, manifestándose en muchas ocasiones a través de abandono de hogar.

Fernández plantea de que los alcoholes duros eran patrimonio exclusivo del hombre, y que a la mujer solo se le permitía el consumo esporádico de los alcoholes dulces, las cremas y los bombones de licor.

El cambio de esta situación llegó al final de la segunda guerra mundial con la liberación de la mujer y la consiguiente equilibración con el “primer sexo”. (Fernández; 1998:231)

También hace referencia de que los agentes responsables de esta transformación se agrupan en tres procesos:

- 1) La liberación externa de los tabúes y los frenos sociales.
- 2) La liberación interna, con lo que la personalidad femenina se desarrolla hoy en un nivel de libertad interior mucho más alto y con una ganancia extrema en los grados de bienestar y satisfacción personal.
- 3) La frecuente incorporación a la vida laboral y profesional proporciona a la mujer la fatiga y los estrés antes reservados a los hombres, buscando en la bebida la relajación.

Sin embargo, si bien el alcoholismo femenino ha aumentado, la proporción de la ingestión sigue igual, ya que sigue operando en este sentido la restricción impuesta por el papel de la mujer en la sociedad y en la familia y tal vez como lo expresa el mismo autor “en complicidad con su debilidad biológica, es decir su peor tolerancia para el alcohol.”

Abunda la mujer *bebedora ligera esporádica*, a la que algunas veces no le gusta el sabor del alcohol, así como la bebedora ocasional o casual y también la bebedora social moderada, acumulándose el hábito en las mujeres que trabajan fuera de la casa, sobretodo cuando viven solas y no tienen hijos. Por lo tanto el principal factor predisponente al consumo de alcohol incide en la mujer trabajadora regular extrafamiliar. (Ibid: 230)

Sin embargo, la mujer alcohólica al tocar "fondo", es decir, cuando ya llega a un estado de no resistir más su adicción al alcohol y quiere y busca ayuda, son los hijos en primera instancia quienes aceptan que su madre inicie un tratamiento para rehabilitarse, ya que el marido rechaza esta idea por miedo a lo que puedan pensar sus amigos y familiares.

El proceso de recuperación de la mujer alcohólica necesita una gran comprensión y cooperación de la familia, la que debe descartar el control. De nada sirve esconder las botellas, ya que en un gesto de rebeldía, reacciona bebiendo aún más y a escondidas.

También es preciso tomar en cuenta que los peligros de recaídas son frecuentes, pues el 50 % de las pacientes sufren una durante el primer mes posterior al tratamiento. La familia debe comprender que las recaídas se deben a la dependencia física producida por el alcohol y que éstas se irán borrando poco a poco hasta lograr la abstinencia total.

¿Quién es un alcohólico?

Todos podemos caer en el alcoholismo y sin lugar a duda el alcohol es el mejor calmante cuando uno está estresado o después de un día muy agitado. También el alcohol es la bebida fiel en las fiestas, la bebida que no puede nunca "faltar". (<http://www.angelfire.com/ego/salud0/LAMUJER.html>)

El alcohólico es una persona a quien la bebida o las sustancias, causan un continuo problema en cualquier aspecto de su vida, y que sufre esta enfermedad para la cual no se conoce cura alguna, es decir, no hay curación en el sentido de que él o ella puedan ser capaces de beber moderadamente, como lo hace un no-alcohólico por un periodo determinado de tiempo. (Uno es obsesivo, compulsivo y abusa de cualquier cosa que pueda ser adictiva)

Cuando se presenta la enfermedad una compulsión física combinada con una obsesión mental por beber el alcohólico debe aprender a permanecer totalmente alejado del alcohol para poder llevar una vida normal.

Fundamentalmente, el alcoholismo en Chile es considerado como una enfermedad bio psico social (Conace y MINSAL) con problemas de salud, una enfermedad física y emocional más que una cuestión de poca fuerza de voluntad o una debilidad moral. Justo como no tiene caso culpar a una víctima de diabetes por estar enfermo a causa de su falta de fuerza de voluntad, es inútil cargar al bebedor problema con la responsabilidad por la

enfermedad o, considerar esa forma de beber como un vicio. (Fernández; 1998: 190)

Capítulo II

La familia adicta

Visión de familia

Desde comienzos del siglo XX, las políticas macro sociales implementadas desde el Estado, apuntaron distintas maneras a fortalecer en los sectores medios un tipo particular de familia; la familia nuclear patriarcal, que reafirmaba al hombre como autoridad pero imponiéndole responsabilidades, en relación a la esposa y a los hijos/as.

Este núcleo, permitió la existencia y subsistencia de un hogar formado por padre, madre e hijos/as, que tomaba distancia del resto de los familiares. En estas circunstancias, este núcleo no contaba con el apoyo de la familia extendida y su condición de continuidad estaba dada por el trabajo remunerado del padre y la dedicación exclusiva de la madre al hogar, si alguno de estos dos actores no podían cumplir su cometido "rol", el núcleo entraba en crisis (Olavarría; 1998).

Al principio de los años 90, se creó la "Comisión Nacional de la familia", la cual tenía como objetivo preparar un diagnóstico global de la situación de la familia en Chile y desde ahí generar proyectos de ley destinados a proteger y resolver que la afectan. Dentro de este informe se llega a las siguientes definiciones de familia, poniendo de relieve categorías como la paternidad, la conyugalidad y la consanguinidad: (Marras; 1998)

Familia nuclear: Integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.

Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.

(Espinosa et al; 1995)

Este informe considera a la familia como “un grupo social, unidos entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables”. (Ibid: 52)

Por otro lado, las familias tienen funciones, independientemente cual sea el tipo de familia:

1. La reproducción en su interior.
2. La transmisión y recreación de la cultura.
3. Una función de intermediación entre la persona y la sociedad.

(Informe Comisión Nacional de la familia; 1993)

La creciente autonomía de la mujer, su incorporación masiva y permanente al mercado laboral, los altos niveles de educación alcanzados, la formulación y puesta en marcha de políticas y programas que tienden a la igualdad de oportunidades estarían afectando directamente la subsistencia de la familia nuclear patriarcal como se ha conocido en el siglo XX.

Las profundas modificaciones de las últimas décadas afectan de alguna manera la viabilidad, tanto presente como futura, de la familia que ha sido considerada como paradigmática en la sociedad chilena; la familia nuclear patriarcal, con el padre como autoridad máxima, proveedor único, con su división sexual del trabajo y la separación de lo público y lo privado al interior de ella. (Olavarria, op.cit.)

Hoy en día, las mujeres muchas veces salen del sagrado rol hogareño para trabajar fuera de la casa, sin abandonar por supuesto el trabajo tradicional no remunerado en sus hogares. Esto se debe a que han surgido grandes cambios familiares que de alguna forma “desajustan” el modelo patriarcal. (Corsi, 2003).

De la misma forma ha aumentado significativamente la tasa de divorcios, las uniones libres, el concubinato; las parejas no convivientes ganan terrenos así como las familias “combinadas”, en las cuales uno o los dos cónyuges traen a sus parejas actuales hijos de un vínculo anterior.

También surgen las familias unidas por adopción, en las cuales los lazos son afectivos pero no biológicos; los hogares monoparentales ya no son excepcionales y cada día aumentan más los hogares con parejas homosexuales (nuevo tipos de familia). De esta forma, se debe considerar a estas nuevas estructuras familiares en si mismas y no una versión defectuosa del modelo tradicional, ya que la familia, como reflejo de la

estructura social, también sufre modificaciones en su forma y funcionamiento.

Sin embargo, hablar de familia en la actualidad nos lleva a hablar de diversidad más allá de los lazos sanguíneos, no se puede olvidar que recibe influencia del medio social en el cual se encuentra inmersa, al que pertenece y refleja de la misma forma que cada integrante influye sobre los demás y es influido por ellos, modificándose los estilos comunicacionales de acuerdo con los cambios producidos (Ibid).

Josefina Bilbao, ex ministra del SERNAM, también hace referencia en que la composición familiar se ha diversificado “ existe la nuclear, aquellas a las que se incorporan otros miembros y las que cuentan con uno de sus progenitores presentes, todas ellas constituyen igualmente familias...” (Bilbao, 1998:21).

En Chile el 90% de la población vive en familia, cuyo tamaño promedio es de cuatro personas, con un promedio de 2,3 hijos por cada una de esas familias. Esto hace referencia a que nuestra cultura aún sigue creyendo en la necesidad de que existan ambos padres biológicos. Por eso, cuando se habla de familia se evoca en forma automática un padre y una madre biológicos, unidos en matrimonio, y los hijos surgidos de esta relación.

Para Muñoz y Reyes, ambas Asistentes Sociales del Poder Judicial (Corporación de la Familia; 2000), señalan que en Chile no está en duda la vigencia y la importancia de la familia. Enfatizando que se examina a la familia chilena como núcleo social, sus diversos tipos, la importancia del matrimonio, la calidad de la relación conyugal y separación, y la configuración del ciclo de la vida familiar actual. Chile es un país “*familístico*” donde niños y jóvenes, adultos y viejos, hombres y mujeres declaran que la familia constituye para ellos una necesidad básica, siendo en muchos casos el elemento central que le da sentido a sus vidas.

Se distingue entre familias urbanas (83,8%), nucleares (53,1%) constituidas por uno o ambos padres y sus hijos solteros, neolocales, que al casarse residen independientemente de los padres, monogámicas y estables. (Muñoz y Reyes, 2000)

La nuclearización es un fenómeno reciente, ya que en 1970 este tipo de familia alcanzaba sólo a un 30,3% del total de hogares. Sin embargo, existe hoy una alta frecuencia de familias extendidas (39,8) que allegan a parientes ascendentes, descendentes o colaterales de la familia nuclear. Si se considera el número de personas, es mayor la cantidad que hoy vive en este tipo de familia, que en la nuclear. Las familias extendidas allegan principalmente a los padres o suegros de los esposos (16,5%) y también a los hijos casados y nietos (11,7%).

En Chile un 10% de las familias puede clasificarse como familias de clase alta, un 40% de estratos medios y un 50% como familias pobres. Ello constituye una realidad dramática ya que se estima que la mitad de ellas no alcanzaría a cubrir sus necesidades mínimas de alimento.

Parte del hecho de ser "*familísticos*" se refleja en el matrimonio. En la década de los 80, la convivencia en Chile era una de las más bajas de América Latina que se mantenía a través de los años. En 1988 un 7% de los matrimonios legitimó hijos al casarse, proporción que muestra una disminución importante en relación al comienzo de la década. Sin embargo, hoy en día convivir con una pareja se hace cada vez mas frecuente, además de que ya no existe la distinción entre hijos legítimos e ilegítimos, el contraer matrimonio ya no es un prioridad para las parejas. (Ibid)

Respecto a la calidad de la relación conyugal, las mujeres tienden a estar más insatisfechas que los hombres, especialmente en los sectores bajos. Hay mayor insatisfacción en situaciones de cesantía del marido, entre los convivientes y los que no profesan alguna religión.

Se indica que como consecuencia de la insatisfacción y de la incapacidad para manejar el conflicto muchas parejas actualmente recurren a la separación matrimonial.

En cuanto al ciclo de la vida familiar se afirma que éste se prolonga por casi 52 años, 28 años con hijos en el hogar y 24 sin ellos. Esta realidad significa un cambio profundo en el acontecer familiar, ya que hoy los hijos

ocupan sólo la mitad de la vida, restando un largo periodo en que se vive como pareja y luego en soledad. Es una realidad que presenta desafíos que significan una oportunidad de dolor o de enriquecimiento personal. (Op.cit.)

Comunicación familiar

La estructura de una familia es básica para prevenir problemas de tipo emocional entre sus miembros. La comunicación clara y directa propicia las relaciones estables y el aprendizaje de valores, así como la toma de decisiones; fortalece la identidad; si se mantiene la comunicación en la familia es posible que los hijos sean menos vulnerables a las influencias negativas, tengan la capacidad de decir no y no permitan que los manipulen o presionen. (Adicciones, <http://www.adicciones.org/index.html>)

Existen diversas formas de comunicarnos: el llanto, los movimientos corporales, los gestos, el lenguaje oral o escrito, la expresión artística (pintura, escultura, escritura, etcétera). El lenguaje verbal y no verbal de un emisor puede ser congruente o contradictorio, lo que vuelve compleja la comunicación. Pues para que exista una buena comunicación se requiere de dos interlocutores: el emisor quien emite un mensaje y el receptor, quien interpreta el mensaje a partir de un código común, entendible por los dos. (Ibid)

Se habla mucho a cerca de la importancia de informar sobre las drogas, así como de la relevancia de discutir temas que comúnmente resulta difícil de tratar en familia por la creencia de que se pudiera herir a la pareja o a los hijos.

Es indispensable que exista una buena comunicación, primero en el núcleo familiar; los padres emiten mensajes que los hijos aprenden y utilizan para interactuar en su medio social. Incluso los niños utilizan las mismas palabras dichas por los adultos.

La familia drogadicta

Si bien hemos mencionado la génesis de la familia, su importancia que tiene en la sociedad y la importancia de una buena comunicación entre los miembros, es preciso hacer también hincapié en la familia drogadicta.

Cuando uno o más miembros de una familia son adictos activos, esta familia se afecta, de manera contundente en su funcionamiento.

La dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta de sus miembros, cambian y se hacen disfuncionales, como resultado del proceso adictivo. Estos cambios pasan a formar parte de la dinámica de la adicción, produciendo *codependencia* y facilitando la conducta adictiva. (Adicciones, <http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html>)

La codependencia se refiere al “ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional”.

Esta codependencia ocurre en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja, etc. que sufra de adicción.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en un ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión conciente. (Ibid)

También está el “juego de la negación”, donde la familia resiste a solicitar ayuda porque el mismo hecho de hacerlo implica aceptar que hay un problema de adicción dentro del hogar y que además afecta a todos en la familia. Sin embargo, esta actitud no beneficia a nadie. (Fernández; 1998)

Disfunción Familiar

El hogar donde reside la persona adicta tiende a desorganizarse de tal manera que ya no va a cumplir con los sueños de quienes lo formaron ni con las expectativas de aquellos o aquellas a quienes les tocó nacer ahí.

Los familiares de todos los alcohólicos intentan cambiar las actitudes destructivas del usuario/a del alcohol, ya que les duele mucho lo que sucede y les provoca vergüenza que otras personas se enteren del problema. (Adicciones; op.cit.)

Por lo tanto, más temprano que tarde, van a caer en el juego de “negar el problema o restarle importancia” , ya que desconocen la manera más efectiva de enfrentar la realidad que están viviendo y todos sus esfuerzos se basan exclusivamente en lo que la sociedad piensa que debe hacerse en esos casos. (Adicciones, <http://www.adicciones.org/disfunciónfamiliar.html>)

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez mas disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va “enfermando” progresivamente.

La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.

Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles familiares que se van distorsionando a lo largo del proceso de avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños

van formando su carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro. (Ibid)

La familia, al sentir alterado el equilibrio familiar por la conducta del alcohólico, la principal preocupación o misión de ellos es recuperar el "equilibrio perdido" (Fernández; 1998:190). El ataque verbal directo sobre el alcohólico produce muchas veces el efecto contraproducente al liberarlo de los sentimientos iniciales de culpa y vergüenza propios de la postembriaguez, que siempre suponen un freno para la conducta alcohólica.

Cuando la estructura familiar se va volviendo más desequilibrada y alejada del estatus originario, es en ese entonces cuando la familia comienza a adoptar una postura más realista con el fin de modificar la conducta del alcohólico /a sometiéndolo a un tratamiento médico o requiriendo la ayuda de alguna asociación ex alcohólicos. (Ibid, 195)

Rol en la familia de un adicto

Con todo el impacto que la adicción genera sobre la dinámica familiar, los miembros de la familia van enfermando progresivamente de codependencia. Muchas veces esto se traduce en una inversión de gran cantidad de tiempo y energía en la actuación de roles familiares disfuncionales, cuyo objetivo es el de facilitar a la familia de un mecanismo

de defensa para disminuir la ansiedad y el temor y dar la sensación de "estar haciendo algo" para resolver el problema de adicción que los afecta.

Desgraciadamente el resultado final es que la adicción se fortalece y la familia se enferma más aún, estableciéndose un sistema familiar que gira en torno a la persona adicta.

Es necesario hacer una distinción entre los distintos roles que existe en una familia de una persona adicta, pues de una u otra manera los familiares se hacen cómplices de sus adicciones. (Adicciones, <http://www.adicciones.org/codependencia.htm>)

- **El Rescatador:** Este miembro de la familia se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar las ausencias, etc. En general ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueven el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.
- **El Cuidador:** Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver, es que esto los carga con tareas que no les corresponden

y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.

- **El Rebelde:** La función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él, su ira y frustración. Muchas veces es el niño que continuamente tiene problemas de disciplina en la escuela, o incluso el joven que experimenta con drogas ilegales.
- **El Héroe:** El también esta empeñado en desviar la atención de la familia y distraerla hacia el, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene en el adicto. Puede ser el alumno de impecable record académico, el atleta que sobresale en los torneos o que siempre está logrando más de lo que se espera de él.
- **El Recriminador:** Esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia. Se encarga de llevar a cabo sesiones de recriminación tremendamente amargas, y sermones que, no solo son exagerados, sino que además solo funcionan para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir usando.
- **El Desentendido:** Usualmente este rol es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica

familiar. En realidad es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar.

- **El Disciplinador:** Alguno de los miembros usualmente se encarga de manejar el rol de disciplinador. Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y agrede al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por la adicción de sus hijos. Por supuesto que la violencia no añade nada positivo a la dinámica familiar ya enferma por la adicción.

Todos y cada uno de los familiares realizan estos roles sin la más mínima idea de que están promoviendo el desarrollo de la adicción. Muy por el contrario, están más que convencidos de que están ayudando. Por esto es necesario hacer conciencia de la necesidad de cambios en la familia para poder lograr una recuperación de mayor calidad.

Es importante también señalar que un adicto o adicta manipula a la familia provocándoles miedo o terror, de tal manera que los que se le acercan saben que no se puede hablar, ni siquiera sugerir el tema del abuso de alcohol o de las drogas en general, ya que el alcohólico se va a enojar, va a amenazar con intentar suicidarse o irse de la casa, quitarles el dinero, etc. lo que pone a temblar a más de un familiar, por lo que mejor optan por el silencio absoluto.

Herencia familiar

Según Aguirre, psicólogo clínico de Monterrey; la herencia familiar es la hipótesis más popular en muchas partes del mundo, sobretodo en países como los Estados Unidos, donde se han hecho estudios con hijos de padres alcohólicos. (Aguirre; 1997)

La persona nace con la propensión a convertirse en alcohólica porque su organismo reacciona de manera muy distinta al de las demás personas cada vez que tenga contacto con las bebidas alcohólicas. La persona que sufre de esta propensión heredada tendrá dificultades severas para detener su consumo de alcohol ya que se le presentará una necesidad imperiosa de seguir consumiendo de forma ilimitada. (Ibid, <http://www.adicciones.org.mx/libros/quees.doc>)

Sin embargo, el psiquiatra Fernández plantea de que es necesario descartar estas interpretaciones ya que “en la transmisión de muchas enfermedades familiares como el alcoholismo no interviene la herencia.” (Fernández; 1998:205)

Según este autor, se transmite de padres a hijos a través de una influencia personal, ambiental y social.

Los hijos de padres alcohólicos, por lo general elaboran una mala imagen de sus progenitores reaccionando así con profundos sentimientos de

culpa y vergüenza donde el niño se hace responsable del alcoholismo materno o paterno.

Sin embargo, los hijos de los alcohólicos se vuelven alcohólicos en la proporción del 40 al 50 %. (Aguirre; op.cit.)

Por otro lado, Acero distingue tres tipos de alcoholismo; primario, secundario y reactivo. (Acero et al: 206). Con el primero se refiere a que por lo general existe una historia familiar de alcoholismo, donde hay antecedentes genéticos. Este tipo de alcoholismo por lo general estalla entre los 25 y 35 años. En este aspecto el alcohólico tiene una alta tolerancia al alcohol y por lo tanto, bebe como respuesta al síndrome de abstinencia. Según Acero, el 61 % de las mujeres alcohólicas pertenecen a este grupo y el 73 % son hombre. (Ibid)

Capítulo III

La participación en la rehabilitación

La incógnita de la recuperación

No cabe duda que someterse a rehabilitación no es un proceso muy fácil, sobretodo para las mujeres adictas al alcohol o a otras sustancias químicas.

Para los adictos es necesario el soporte de un amigo /a o de un familiar. Es la participación del que acompaña al adicto lo que importa, para de esta manera brindarle un mejor apoyo durante el proceso al cual es sometido o sometida.

Las Naciones Unidas define la rehabilitación como “el proceso de a ayudar a las personas a establecer un estado en el que sean capaces física, psicológica y socialmente de hacer frente a las situaciones con que tropiezan” (Shahandeh; 1988: 360).

En este aspecto, la rehabilitación es un aspecto importante de los intentos por parte de la sociedad para justamente ayudar a las personas dependientes de drogas a modificar su forma de vida.

La capacidad de obtener y mantener un puesto de trabajo, o mantener el rol madre, padre e hijos se considera como parte integrante de este proceso, ya que permite la independencia, dignidad y responsabilidad.

Mujeres y hombres, ¿hay diferencias?

En el caso de las mujeres drogodependientes y alcohólicas presentan perfiles y necesidades muy distintas a las de los hombres donde se ha observado la ausencia de tratamientos específicos para abordar la problemática de la adicción de la mujer. Aunque una de las principales razones para poner fin al consumo de drogas y alcohol suele ser, en el caso de las mujeres, la atención y la custodia de sus hijos. Es también evidente que su adicción implica graves riesgos para la salud de estos. Las mujeres presentan una serie de necesidades específicas en el campo del tratamiento que, de no tenerse en cuenta se pueden convertir en obstáculos en el acceso a una salud adecuada.

Sin embargo, no todas las investigaciones defienden la existencia de un perfil específicamente femenino en el desarrollo y la manifestación de las adicciones.

Se ha manifestado en diversos estudios que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en lo que respecta a la adaptación social durante su consumo, ni en los motivos para los primeros consumos, pero sí con la relación a la persona inductora de la iniciación en el consumo,

a la edad en la que se produce, y al peso que los diversos factores ambientales ejercen sobre hombres y mujeres en la iniciación y en las recaídas.

Existe en las mujeres un impacto mayor de los efectos negativos de su adicción, así como también el proceso de su alcoholismo suele ser más cortos que del hombre, pues la mujeres tienden a alcanzar con mayor rapidez la fase de dependencia y a solicitar antes que el hombre tratamiento para paliarla.

Diversos investigadores han puesto de manifiesto que, mientras las características que definen la retención o el éxito de un tratamiento se relacionan en el caso de las mujeres con las características propias del tratamiento (Rev.Eradicciones, 2001). En el caso de los hombres se asocian de forma mucho más clara a diversos condicionantes personales (depresión, consumo de otras drogas, etc.)

En cualquier caso, parece también evidente que entre las mujeres el porcentaje de alcohólicas que no reciben ningún tipo de atención es mayor que entre los hombres. Pues, en este sentido, las barreras en el acceso al tratamiento que con mayor frecuencia suelen anotarse son la ausencia de apoyo familiar, criterios de diagnóstico y objetivos terapéuticos inadecuados para las mujeres.

A esto además se le agrega la carencia de recursos para la atención infantil durante el tratamiento, es decir, quien le va a cuidar a sus hijos pequeños mientras ellas asisten a los tratamientos que por lo general son en las tardes. Por otra parte, las mujeres se enfrentan a los sentimientos de incapacidad para afrontar el tratamiento.

Sin embargo, respecto a las implicaciones de la sexualidad femenina sobre su adicción, los estudios mencionados por la revista Eradicaciones, señalan que las mujeres multiplican a través de los contactos sexuales, en mayor medida que los hombres, los riesgos y complicaciones propias de la adicción, por lo que la educación y la información sexual debería ser unos de los objetivos primordiales para un buen tratamiento.

Otros estudios

Por otro lado, un grupo de investigadores europeos que conforman la red "Irefrea", hacen mención el muy escaso interés que la drogodependencia (incluyendo el alcohol) femenina ha despertado entre los investigadores europeos, manifestando la ausencia de enfoques y tratamientos específicos para abordar la problemática de la adicción en la mujer. Sin embargo, a nivel nacional aun no ha llegado el interés concreto la adicción de la mujer en sí misma y solo se ha tratado su efecto sobre la maternidad y como la adicción afecta al niño que están esperando en su vientre. (Drogadicción y prevención familiar; una política para Europa; http://socidroalcohol.psiquiatria.com/adicciones/vol_11/revista3.html)

Se ha encontrado significativas diferencias en relación a los hombres que consumen algún tipo de drogas y alcohol, pues las mujeres consumen alcohol en menor cantidad pero desarrollan con mayor velocidad su proceso de adicción, además consumen en mayor medida tranquilizantes y otros sedantes recibiendo más a menudo tratamiento psiquiátrico.

Estas mujeres presentan además, niveles educativos más bajos, disponiendo así de menos medios económicos.

La Participación en la rehabilitación

Por lo general, la amplitud y ambigüedad del concepto de participación dificulta el tratamiento del tema en una sola perspectiva. Sin embargo, cuando se trata de apoyar a un individuo en un caso específico como la rehabilitación, la participación no es más que; "hacerse parte de, o inmiscuirse en algún asunto de interés particular. (Palma; s/f: 3)

Pues, las mujeres como se mencionó anteriormente, presentan una serie de necesidades específicas en la rehabilitación, pero no cabe duda de que el apoyo familiar es fundamental para ellas.

Sin embargo, hacer participe a la familia en el proceso de rehabilitación no es tarea fácil. Pues, se trata de volver a confiar en la mujer

adicta. Para esto La Unión Rehabilitadora de alcohólicos de Chile hace algunas recomendaciones para brindar mejor apoyo:

- Motivar la participación de a lo menos un miembro de la familia en los controles individuales, terapias, sesiones educativas.
- Motivar la incorporación de un miembro de la familia en algún grupo de auto apoyo.
- Educar además a la familia en el correcto apoyo y manejo de la “caída” y sus posibilidades de intervención. (Vera;1998)

Por otra parte, para la URACH, es fundamental el apoyo familiar ya que tiene los siguientes beneficios:

- Aumenta probabilidad de adherencia al tratamiento
- Permite considerar otros elementos para un buen diagnóstico y para evaluar el éxito o fracaso fuera de la sola abstinencia (salud mental familiar, funcionamiento social)
- Permite la prevención del beber problema en otros miembros de la familia.

En este aspecto, el Dr. Minoletti, encargado del área de alcohol y drogas en el ministerio de salud plantea de que la finalidad de la rehabilitación es simplemente “ayudar a la persona recuperar su plenitud y esplendor que se habían visto disminuido por la enfermedad“(Minoletti,s/f). Esto implica la

búsqueda de restaurar su valoración como ser humano previo al consumo y adicción con la ayuda de especialistas y familiares. Pues, las recaídas son frecuentes en el inicio llegando hasta un 50 % y es aquí donde los familiares debiesen comprender al alcohólico o alcohólica; donde su que hacer, es poder devolver su valía y autonomía a su pariente.

En el caso del alcoholismo, la problemática es más compleja que otros tipos de rehabilitación. Esto se debe por haber factores de salud mental involucrados y porque lo más importante de las alteraciones reside en lo psicológico, la moral y en lo espiritual. Por lo que es necesario según Minoletti para un buen tratamiento “distinguir la rehabilitación en el aspecto físico, psicológicos, sociales y espirituales” considerándolo en todo su proceso. (Ibid: 25)

Sin embargo, para que el alcohólico o la alcohólica pueda seguir este proceso, juegan un destacado papel organizaciones tales como la URACH y sus club de abstemios, los Alcohólicos Anónimos (AA) y distintas comunidades terapéuticas con enfoques distintos para que la rehabilitación del alcohólico /a se plena, ya que los familiares solos no pueden rehabilitar a su pariente enfermo, pero si pueden lograr grandes avances con el apoyo de los familiares una rehabilitación eficaz.

Los usuarios

Las agrupaciones de usuarios y familiares se desarrollan en el mundo desde mediados del siglo XX, donde se ha permitido ser protagonistas cada vez más significativos de los programas de salud mental y psiquiatría, focalizadas inicialmente en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con distintos problemas y enfermedades mentales. Esto ha ido ocupando cada vez mayores espacios en la prevención y promoción, contribuyendo a su vez en nuestro país la modificación de factores de riesgo y al reforzamiento de factores protectores. (Ministerio de Salud; 2000)

En Chile, solamente en los últimos años se han realizado evaluaciones sistemáticas de los efectos de los grupos de autoayuda y los resultados obtenidos han sido muy favorables a la incorporación de ellos en las políticas y planes de salud mental y psiquiatría. De este modo, los usuarios describen que han sido útiles para ellos en solucionar distintas problemáticas de su vida, disminuyendo el nivel de angustia. (Ibid)

El MINSAL, plantea que es necesario educar a la población en general sobre la disponibilidad y los beneficios de las agrupaciones de autoayuda y de usuarios en general, con el propósito de que sean considerados como una opción prioritaria en el caso de algunos problemas y enfermedades mentales. A demás señalan de que es conveniente motivar y capacitar a personas con capacidades de habilidades de liderazgo para conducir estos movimientos de autoayuda.

La participación en grupos de autoayuda según el MINSAL, se asocia con los siguientes hechos:

- Disminución del número de días de hospitalización
- Reducción de la utilización de servicios de salud
- Aumento de conocimientos, información y habilidades
- Elevación de autoestima, confianza, sentido de bienestar y de estar en control
- Mayor apoyo y redes sociales.

Agrupaciones de familiares

En el país, las primeras organizaciones de usuarios y familiares de personas con problemas de salud mental surgen en la década de los años 50, con los clubes de Abstemios y la Agrupación Rehabilitadora de Alcohólicos (ARDA), los que a fines de los años 60 se integran en la URACH. También en esa década aparecen, como réplica de un modelo de otros países, los grupos Alcohólicos Anónimos y sus familiares (“A.A.” y “ALANON”) y mucho después, algunas agrupaciones de Narcóticos Anónimos. (Minsal; Ibid)

La significación de la familia, cualquiera se la constitución y formalidad de las relaciones entre sus miembros en el nivel de salud mental individual y grupal, ha sido reconocida desde fines del siglo pasado. Sin embargo, la

consideración de la familia como un recurso en el tratamiento de personas con enfermedades y problemas mentales es mucho más reciente.

Para el Ministerio de Salud en sus políticas de salud mental, la familia sigue siendo la fuente principal de cuidados para personas con problemas mentales ya sea el alzheimer o adictas a las drogas. Es por eso que actualmente se definen como base de todo proceso de tratamiento de una persona con enfermedad mental metas concretas en relación a la familia como:

- Comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el usuario (paciente) y su familia.
- Comprender los recursos que tiene la familia para incrementar sus fortalezas.
- Concordar con la familia, metas accesibles y mutuas que definan las reglas y expectativas respecto al tratamiento.
- Establecer una relación entre el profesional y la familia con una auténtica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente o usuario.

Existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que determinan y predicen, en mayor medida, el estado

mental del usuario, sus mayores posibilidades de adhesión a los tratamientos, de no tener recaídas y de reinserción laboral y social. Estas fortalezas de la familia dependen, esencialmente, de su nivel de tolerancia y de su capacidad de expresar emociones.

El camino hacia un tratamiento

El estigmatizar la adicción de la mujer, las ha llevado a tener una baja autoestima, vergüenza y sentimientos de culpabilidad, por lo que es necesario rescatar estos elementos para que puedan volver a tener confianza en si mismas. Esto implica, que deben desarrollar su cultura femenina relacionándose con otras mujeres, para que de este modo puedan trabajar y vencer estos problemas durante su rehabilitación. (Trulsson, 2003)

Además, según Trulsson, existe otras instancias para elevar el autoestima de la mujer y esto es a través de capacitaciones para que vuelvan al mundo laboral, teniendo así nuevamente su independencia económica. También es necesario para muchas mujeres reestablecer sus redes de contactos o desarrollarlas nuevamente para romper el aislamiento que les condujo la adicción.

Otros caminos que las llevan a rehabilitarse puede ser producto de una adicción muy fuerte donde ya no tienen el control de si misma. Esta amenaza existente, sobretodo en las mujeres jóvenes, se da cuando ellas ya no tienen ningún control sobre su adicción y se ven obligadas a buscar

ayuda. Su salud física y social se ha deteriorado de tal manera que llegan a un nivel donde nadie de su entorno las soporta. El contacto con otras personas las hace sentirse inseguras de si mismas además de la vergüenza que ellas ya sienten. (Ibid)

También existe otro camino, que es cuando interviene la sociedad. Por lo general, las mujeres tienen mala experiencia con distintas organizaciones gubernamentales y es una amenaza para ellas, pues uno de sus mayores temores es cuando le piden la custodia de sus hijos, ya que por la adicción no son capaces de enfrentar su maternidad. En algunos casos, las mujeres aceptan que se interponga la sociedad, pues ellas conciben que es la única manera de salir de sus adicciones para salvar al hijo que llevan en su vientre o para evitar que se sigan auto dañando. (Trulsson; op.cit.)

La mayoría de las mujeres en rehabilitación logran soportar su abstinencia durante tres meses, pero después recaen nuevamente. Este proceso es normal en la rehabilitación, pues en el tiempo de un año recaen mínimo dos veces antes de afirmarse nuevamente y seguir su proceso de rehabilitación. En cuanto a los hombres con problemas de adicción, recaen con más frecuencia, ya que, ellos no tienen la presión de los hijos ni de sus familiares. (Griffith; s/f)

Una buena rehabilitación para las mujeres según Trulsson, es necesario en la primera acogida, donde el dialogo de persona a persona es

fundamental, el contacto y la relación con otras mujeres y no ser abandonadas cuando ellas logran demostrar sus fortalezas y debilidades, y sobretodo jamás dejar a las mujeres a su destino cuando ellas abandonan el tratamiento.

Los centros de rehabilitación se hacen necesarios. Los grupos de mujeres en tratamiento se hacen necesarios para trabajar con ellas, que adquieran conciencia de que la gran parte de los malestares que las aquejan son comunes a ellas ligados a la marginalidad que han sido sometidas como mujer y no a factores individuales que las estigmatizan. Trabajar la vergüenza y el sentimiento de culpa.

En el caso de que sean madres, éstas pueden fortalecer su rol de mamá nuevamente para retomar el contacto con sus hijos. Sin embargo, las alcohólicas que mantienen una buena relación con sus familias, sobretodo con los esposos e hijos tienen mayor probabilidad de salir adelante, pues, el proceso de socialización de ellas se hace menos compleja. (Ibid)

Por lo tanto, los centros que ofrezcan atención a madres adictas deben presentar alternativas para el cuidado de los hijos.

El tratamiento con solas mujeres demuestra la habilidad que ellas tienen para volver a sentirse femeninas nuevamente, ya que, en las terapias grupales, las mujeres son más abiertas para un dialogo, donde ellas tienen

cosas en común solamente por el hecho de que son del mismo género. De esta manera no se sienten reprimidas por la presencia de otros hombres. Ellas se dan cuenta que no son las únicas que han sufrido de abuso sexual en su juventud, o que los maridos hicieron abandono de hogar para rehacer sus vidas con otras mujeres, etc. Que por causa de estos problemas, ellas tuvieron que alguna vez en su vida recurrir al alcohol o a otras drogas para olvidar sus problemas sin poder detenerse hasta que las secuelas de su adicción se hacen notorias para su entorno. De esta forma comienza otro infierno, el infierno verdadero.

De esta manera, es fundamental desarrollar proyectos dirigidos a recuperar y afianzar la autoestima de la mujer, donde la mujer debe ser sujeto protagónico tanto en la formulación como en la ejecución de los programas preventivos.

II PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 4

EL MINISTERIO DE SALUD ¿CÓMO ENFRENTA EL TEMA DEL ALCOHOLISMO?

Los Centros Especializados en el tratamiento del alcoholismo de toda la población, son regulados a través del Ministerio de Salud, con su Programa de Salud Mental; el cual regula, financia y guía el quehacer de todos aquellos establecimientos que se dediquen a la rehabilitación y tratamiento de personas tanto con enfermedades siquiátricas, como a aquellas quienes sufren problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y, sin duda, las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunas de los factores asociadas al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser – junto a los accidentes y las enfermedades crónicas – uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas.

Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización acelerada, generándose cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población. En el perfil de problemas de salud de estos

países se entremezclan problemas de salud propios de la pobreza con patologías características de una población que envejece.

Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vidas, entre ellas, muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías en morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida. Las enfermedades mentales aumentan su prevalencia y son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos.

Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres. Grupo nuevo y más numerosos alcanzan niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, determinando que las necesidades de salud mental en la actualidad y proyectadas al año 2005 sean enormes, en este sentido, el ministerio asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y consensuada posible.

Programa de tratamiento de abuso y dependencia de alcohol y drogas

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

El abuso de alcohol afecta a alrededor del 15% de la población general mayor de 12 años, con un tercio de ellos presentando dependencia, y a casi un 40% de los hombres consultantes del nivel primario de atención.

Aproximadamente el 5 % de la población general mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último año y cerca del 1 % presenta dependencia a ellas. La mayoría de estas personas ha usado marihuana y un quinto de ellas otras sustancias, tales como cocaína, pasta base y anfetamina.

El abuso y dependencia de alcohol y drogas es tres veces más frecuente entre los hombres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 12 y 45 años.

Estos problemas se asocian significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad

de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones.

Las personas que abusan o dependen de alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, en las que muchas veces no se detecta el problema del abuso o dependencia y no se efectúa el tratamiento específico.

El tratamiento del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia indefinida. El tratamiento de la dependencia de alcohol y drogas debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) la que se encuentra presente en más del 40 % de los casos (especialmente trastornos afectivos y ansiosos)

Para ambos tipos de sustancias, el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas y farmacológicas, y de programas grupales de autoayuda.

La participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo optimiza la efectividad del tratamiento. Las actividades con la familia y red se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia, y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas.

La provisión de la atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social, y en lo posible mientras se dispone del apoyo del medio laboral (o educacional)

Atención primaria de las personas con abuso y dependencia de alcohol y drogas

Grupo de población a la que está especialmente dirigida:

Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente hombres, consultantes en establecimientos de atención primaria.

Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente hombres, consultantes a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud.

En ambas poblaciones, el énfasis está en la detección temprana del abuso y etapa inicial de la dependencia leve (sin deterioro biopsicocial ni comorbilidad psiquiátrica).

Forma de acceso a la atención:

Personas cuyo motivo de consulta de morbilidad es por sintomatología de probable abuso o dependencia de alcohol y drogas o ésta es detectada activamente por el médico.

Personas referidas por otro profesional del equipo de salud que detecta síntomas de abuso de sustancias en examen de salud: Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA) y del adolescente, u otro tipo de atención.

Personas que son referidas por la familia o desde la comunidad: grupos de autoayuda en alcohol y drogas, comunidades terapéuticas, redes de prevención en escuelas o centros laborales, u otros.

•Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.

•Prevalencia poblacional:

De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 150 presentan abuso o dependencia de alcohol o drogas.

•Demanda estimada al año:

De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 15 demandarán atención de salud

**ATENCION ESPECIALIZADA DE LAS PERSONAS CON ABUSO Y
DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS**

Grupo de población a la que está dirigida:

Personas con dependencia a alcohol y drogas, de un nivel intermedio o severo, complicadas con deterioro biopsicosocial y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general, y/o atendidas en servicio de urgencias por intoxicación o complicación severas.

Forma de acceso a la atención:

Mediante consultorías entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos mediante interconsulta emitida en Consultorio de AP, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de médico no especialista en psiquiatría.

•Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención:

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas, Comunidades Terapéuticas y Sedes de Grupos de Autoayuda.

•Forma de acceso a la atención:

Mediante consultorías entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de médico no especialista en psiquiatría

•Prevalencia poblacional:

Por cada 1.000 personas mayores de 12 años, 50 de ellas presentan dependencia de alcohol o drogas.

•Demanda estimada al año:

Por cada 1.000 personas mayores de 12 años, 5 de ellas demandarán atención de especialidad

Actividades de tratamiento y rehabilitación

El diagnóstico y tratamiento farmacológico, psicosocial y psicoterapéutico ambulatorio de personas con todo tipo de trastornos mentales, referidos mediante interconsulta por el equipo de salud general de atención primaria, de otros servicios clínicos o de urgencias, las realiza el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria mediante un conjunto de prestaciones o actividades. En una proporción variable, según el diagnóstico, la atención especializada consiste en realizar la exploración psiquiátrica / psicológica y derivar nuevamente al paciente al equipo que demandó la interconsulta, con indicaciones de tratamiento.

En los casos en que asume en forma transitoria o permanente el tratamiento y rehabilitación, el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria es, para estos pacientes, sus familias y/o cuidadores, el equipo tratante. De preferencia, un profesional específico de éste debe hacerse cargo de un número de pacientes para su seguimiento en el marco de una relación interpersonal más estrecha. El equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria es responsable del paciente también prestándole atención fuera de las estructuras sanitarias, en centros o espacios de cuidado de personas con discapacidad producida por enfermedades mentales (por ejemplo, centros para niños con autismo, talleres protegidos, hogares protegidos), y en los espacios naturales de vida (hogar, barrio o población, escuela y trabajo); así como de asegurarle el acceso a todo tipo de prestaciones que

requiera y de informar y consultarle, en forma clara y oportuna, cualquier cambio de su esquema de atención.

Las atenciones de hospitalización y de comunidad terapéutica son realizadas por equipos clínicos distintos al Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Prioridades del programa

El programa es una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental, por lo tanto no existen problemas, enfermedades ni grupos o personas excluidas de la atención. Sin embargo, para cada etapa del desarrollo de sus acciones, tanto de promoción y prevención como de recuperación y rehabilitación, se definen énfasis estratégicos o prioridades sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico (AVISA), la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlos.

A futuro, de acuerdo a la expansión de nuevos recursos para salud mental, deberán abordarse en forma integral y sistemática otras problemáticas de alta prevalencia y significación social, tales como salud mental de pueblos indígenas, trastornos emocionales de la infancia,

trastornos ansiosos, trastornos afectivos bipolares, epilepsia, retardo mental, y dependencia al tabaco.

Para cada una de las prioridades programáticas nacionales, se entrega una descripción más específica de las prestaciones y una estimación promedio de las diversas variables a considerar en el ejercicio de programación de las actividades.

Lo anterior constituye una orientación, no una norma, de utilidad para la programación en aquellas localidades que aún no han desarrollado una experiencia propia. Se sugiere su utilización en una primera experiencia, que luego de ser evaluada, puede ser ajustada de acuerdo a las particularidades de la población beneficiaria local y el tipo y cantidad de recursos disponibles.

Regulación

“El rol regulador del Ministerio de Salud es una función que se ejerce a través de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos técnicos y administrativos del sistema de salud, en los subsistemas público, privado y otros, para garantizar estándares de calidad en la provisión de los servicios de salud, con el fin de lograr el mejoramiento continuo del nivel de salud de la población. Todo ello teniendo como referente

permanente la Política del Gobierno en lo general y la Política de Salud en lo particular”.

En el caso de alcoholismo:

Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas

- Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. - 1993
- Manual para formar Agentes de Prevención en Alcohol y Drogas: “Con los Jóvenes”. 1993
- Norma General Técnica N° 11 sobre Calidad de Atención para personas con problemas de Drogas y Alcohol. Aprobada por Resolución Exenta N° 1053 del 16 de octubre de 1995.
- Normas Técnicas para la Prescripción Racional de Benzodiazepinas. Abril de 1995.
- Manual : Orientaciones para un Programa Comunal de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Alcohol. Octubre de 1995.
- Reglamento para los establecimientos de rehabilitación de las personas dependientes de sustancias psicoactivas a través de la modalidad comunidad terapéutica. Aprobado por Decreto Supremo N° 2298 del 10 de Octubre 1995.
- Orientaciones Generales respecto del procedimiento a seguir en relación a la Ley 19.336. Agosto 1995.

- Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas. 1996.
- Manual para la Prevención. “Sin drogas.....más libres”. Agosto de 1996.
- Reglamento sobre el Ejercicio de la actividad de Técnico en Rehabilitación de personas con dependencia a drogas. Aprobado por Decreto Supremo N° 225 del 7 de Abril de 1998, que modifica el N° 2298.

Los distintos dispositivos en los que se otorga la atención, tanto de los servicios públicos dependientes de cada Servicio de Salud o con dependencia técnica de éste (consultorios municipalizados, centros de salud mental familiar), como aquellos de otra dependencia administrativa (de organizaciones de familiares, de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, de beneficencia, solidarios, privados, etc.), deberán ser autorizados y acreditados en forma periódica. Esta autorización y acreditación tendrá como objetivo no sólo el asegurar el acceso a la atención, sino asesorarlos técnicamente para el mejoramiento permanente de la calidad de la atención y para el desarrollo prioritario de las modalidades de atención más necesarias. La autorización para que un establecimiento de salud mental inicie sus actividades cuando su dependencia no es directa del Servicio de Salud, ya forma parte de las funciones que el Ministerio cumple actualmente. La autorización para todos los nuevos dispositivos y la acreditación periódica de los dispositivos que existan, es una responsabilidad que el Ministerio asumirá progresivamente, privilegiando la autoacreditación o acreditación entre pares, como estrategia básica.

En cuanto a la necesidad de contar con información relevante para la gestión en forma oportuna y fiable, la estrategia será vincular, como uno de los compromisos de gestión, la asignación de los recursos nuevos para el desarrollo del Plan, al desarrollo local de un sistema de registro. Este debiera permitir el monitoreo de la accesibilidad y la calidad de la atención, en forma de indicadores de resolutivez, como son la satisfacción de los usuarios, sus familiares y de los propios funcionarios.

En una empresa de esta magnitud se requiere de un sistema de evaluación regular de la instalación y marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que permita los ajustes y cambios necesarios en forma oportuna. Es necesario, además, desarrollar investigaciones aplicadas en diversos aspectos de la implementación del Plan con el fin de mejorar permanentemente la costo – efectividad de las acciones. Es necesaria la participación de las sociedades científicas y universidades, recursos del FONDECYT y la colaboración del Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de Salud, y otras agencias de Cooperación Internacional.

CONCLUSIONES DEL MINISTERIO CON RESPECTO AL TEMA

Un plan nacional es necesariamente una idea, una construcción abstracta, el producto de un ejercicio de la imaginación. Y lo es aunque se construya en base a datos concretos, a información dura, aunque se contraste en cada paso con la realidad de lo posible, aunque se inspire en experiencias de personas capaces de sistematizar sus aprendizajes en esfuerzos similares, aunque considere como punto de partida los valores, las creencias, las actitudes y conductas predominantes en cada grupo involucrado en sus acciones. Aunque sea estrecha la convivencia con lo cotidiano, con el devenir de lo que sucede cada día Un plan nacional es un aspecto tan básico del bienestar, y en estos tiempos, expresa sobre todo la capacidad de soñar. De soñar no sólo con contribuir a mejorar la calidad de vida de un conjunto de personas que jamás podríamos llegar a conocer. De soñar, especialmente en que el país pueda coincidir, a pesar de todo, en un esfuerzo colectivo y desinteresado por el bien de todos.

Pero un plan nacional es sobre todo, una tremenda responsabilidad para quienes le han dado forma. Proponer estrategias concretas para la utilización de los recursos de todos los chilenos es algo que no hemos dejado de tener presente cada día.

Y, a pesar de todo, no dejaremos de hacernos preguntas. La información utilizada en el diseño de cada uno de sus pasos, ¿es realmente la mejor evidencia técnica, la más seria, fiable, actualizada?

¿Habremos sido capaces, aunque sea en un aspecto tan específico como son las enfermedades mentales, de conocer realmente qué es lo que esperan, necesitan y merecen los enfermos y sus familias?

Los profesionales, técnicos y todas las personas que han hecho de la atención en salud mental una forma de vida, ¿han sido suficientemente informadas, consultadas, escuchadas?

Nunca estaremos seguros de cuáles son las respuestas a éstas y otras muchas preguntas. Pero estamos convencidos de que ha llegado el momento, que el plan es una oportunidad para poner en práctica, tal vez los principios más universalmente compartidos por la sociedad chilena: la salud es un derecho, la solidaridad es una estrategia, la equidad es una forma de identidad nacional.

Porque el bienestar biológico, psicológico, espiritual y social de todos, sin exclusiones, aspiración que trasciende con mucho lo que un gobierno puede hacer, incluso lo que un Estado puede proponerse, debe llegar a ser una forma de vida para un mundo que tiene el desafío de sobrevivir al siglo XX.

Con este propósito, hemos querido dar a conocer 3 centros especializados en el problema de la dependencia alcohólica, la Comunidad Terapéutica Ambulatoria, Alcohólicos Anónimos y la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, con el fin de revisar las formas de tratamiento que ellos utilizan y su funcionamiento.

UNION REHABILITADORA DE ALCOHÓLICOS DE CHILE

Las mujeres de Urach

En primera instancia, haremos una descripción de aquellas personas que participaron y fueron protagonistas de esta investigación, nos referimos a las mujeres que se encuentra en rehabilitación alcohólica, en los Clubes de Rehabilitación (CRA), dependientes de URACH.

Las mujeres en estudio, son provenientes de diferentes clubes de rehabilitados alcohólicos (CRA) pertenecientes a la URACH. Estas mujeres tienen algo en común y es que todas han sido luchadoras de un problema denominado alcoholismo que han mantenido estrictamente en secreto por muchos años.

Ellas, a diferencia de otras mujeres no han tenido que acarrear el peso de un esposo alcohólico, sino más bien ellas, son las protagonistas de su propio alcoholismo y como consecuencia de esto han sido abandonadas por sus maridos y familiares, llegando a perder el respeto de sus hijos, y ellas a la vez perdiéndose el respeto así mismas.

Las mujeres en estudio son de estratos socioeconómico bajo y medio bajo, donde su problemática comenzó en sus hogares ya por el hecho de tener un marido alcohólico o por no ser feliz en su matrimonio. Otros casos

en que ellas han comenzado a beber desde muy joven incluso desde su niñez.

Actualmente, ellas viven con sus parejas y/o con sus hijos / as. Siguen su rehabilitación en los clubes donde asisten sagradamente a las reuniones y charlas, además de ser monitoras. Se consideran un ejemplo para todas las mujeres que sufren actualmente de la misma problemática y luchan por tener una vida mejor, o mejor dicho retomar sus vidas que perdieron por la culpa del alcohol. Tienen un promedio de 50 años de edad, y muchas de ellas llevan más de 15 años sin beber una gota de alcohol.

La familia se ha transformado en un pilar fundamental para su rehabilitación. Sin embargo, muchas de ellas han perdido sus maridos definitivamente, esto por causas de que ellos no han querido someterse a un tratamiento de rehabilitación y por ende siguen bebiendo alcohol, no soportando ver a sus mujeres totalmente recuperadas. Por otro lado, hay mujeres que perdieron al marido cuando ellas estaban bebiendo, mucho antes de cuando tocaran fondo y se sometieran a un tratamiento. De las doce mujeres entrevistadas solo dos viven actualmente con sus maridos, pero como ellas lo han expresado es una relación "artificial", donde existe muchos celos porque la mujer prefiere al club antes que a su esposo, debido a que la relación de convivencia no ha sido agradable.

Sin embargo, el reencuentro con sus hijos basta para ellas volver a sentirse valoradas nuevamente, pues ellos han sido muy importantes para sus vidas y seguir luchando para no volver a cometer el mismo error.

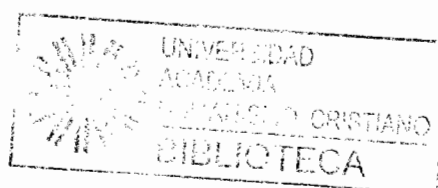
Para estas mujeres al ver encontrado una mano de apoyo en los clubes ha sido fundamental para ellas.

Cabe destacar, que de los 24 clubes que existen y están afiliados a la URACH, solo se logró encontrar a 12 mujeres en toda la región metropolitana.

La URACH estima que existen más mujeres en situación de alcoholismo pero que no se atreven a dar el primer paso para una rehabilitación.

Intervención de Urach

La Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), es una Asociación de corporaciones de Derecho Privado sin fines de lucro. Se fundó en San Antonio en el año 1969 y desde los años 70 que sigue funcionando en Santiago Centro como Federación Nacional que abarca a más de 24 clubes en la región metropolitana y más de 160 clubes a lo largo de todo el país.



La URACH está compuesta por hombres y mujeres que han sufrido la dura experiencia de alcohol y otras drogas, teniendo éstas voluntad y esperanza en su total recuperación.

Esta organización, cuenta en la actualidad con instituciones afiliadas en el ámbito nacional, abarcando las 13 regiones del país con una cobertura estimada de 10.000 personas (entre bebedores y familiares), siendo la Urach dirigida por 11 directores nacionales elegidos de manera directa por los socios cada tres años.

Tiene como objetivo “crear todo tipo de centros de estudio, investigación y rehabilitación; sensibilizando a la autoridad pública y a la sociedad en general, sobre el problema del consumo de alcohol y otras drogas”. Además, la URACH hace presente sus puntos de vista ante las disposiciones legislativas o reglamentarias.

Entre sus asociados, se crea un verdadero espíritu de solidaridad y comunidad, de manera que todos propendan al progreso de URACH, de cada una de las instituciones, miembros y de la rehabilitación del alcohólico.

Para la institución el alcoholismo es definido como un problema bio psico social, que trae para la persona que los sufre, consecuencias de todo orden, implicando un grave deterioro en la calidad de su vida personal, familiar, social, laboral y espiritual, llegando incluso al abandono,

marginalidad y muerte. Es así como los aspectos sociales de este deterioro es lo que hacen suyo como problema la URACH y los clubes de rehabilitados alcohólicos.

Así, la intención de la URACH, es contribuir a la rehabilitación de las personas a través de la educación, información y capacitación de monitores de apoyo, pero fundamentalmente abrir un espacio de contención para aquellos que los necesiten, brindando afecto, comprensión y de autoayuda, teniendo de esta forma la gran misión de federar a nivel nacional todas las agrupaciones y clubes rehabilitadores de alcohólicos, los cuales tienen como última finalidad ayudar a todos aquellos hombres y mujeres que tengan problemas con el alcohol y otras drogas.

En general, el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por el alcohol, están dirigidos a elevar la calidad de vida a nivel individual, familiar y social; es por esto que se hace necesario conocer los distintos modelos y tratamientos de rehabilitación con que opera la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile y otras instituciones encargadas del tema.

Cabe destacar, que las 12 mujeres entrevistadas han pasado por el hospital psiquiátrico, donde algunas de ellas siguen participando un día a la semana en las charlas que el equipo médico realiza.

Por otro lado los tratamientos que ofrece la URACH son paralelamente al hospital y si es necesario se trabaja en conjunto para continuar bien el tratamiento y evitar la recaída del socio o socia.

Modelo de grupo rehabilitador de alcohólicos de URACH

Funciones:

La función principal que tiene Urach es:

- Desarrollar un programa terapéutico permanente, con actividades individuales, familiares y grupales, con métodos y contenidos diversificados en relación con los requerimientos de rehabilitación y crecimiento personal de los integrantes de la institución.
- Implementar programas de capacitación continua, con métodos participativos, y contenidos variables, que incluyan desde aspectos generales de la dependencia del alcohol, formas de prevención, terapia y rehabilitación, hasta contenidos generales sobre familia, grupos y otros.

Estos programas de capacitación deben orientarse a facilitar la participación de los distintos miembros.

También participan en actividades de prevención del abuso del alcohol en escuelas, centros laborales, organizaciones comunitarias, medios de comunicación, y en otras comunidades que se estime conveniente.

Actividades:**Acoger:**

La acogida es una actividad programada previamente, realizada por personas preparadas que sepan empatizar con el nuevo integrante y con los familiares que lo acompañen.

Además el grupo acogerá a todas aquellas personas que se interesen en el alcoholismo, ya sea por que la padecen ellos mismos o tienen un familiar enfermo, vivan o no con él. Además acogerá a esas personas que sin tener el problema quieren participar en la solución.

El monitor, por otra parte que realice la acogida deberá estar preparado previamente y contar con varias características que permitan su buen desempeño.

Recepcionar:

Dentro de la actividad de acogida podemos definir la recepción como el encuentro inicial. Este primer encuentro con la institución tendrá que ser, para el nuevo miembro, una experiencia grata, cálida y confiable, ya que de ésta dependerá su futura permanencia en el grupo.

Orientar:

Esta es una actividad necesaria para la información del nuevo integrante, tanto del espíritu de la institución como de sus actividades, trayectoria, logros y fracasos. Orientar sobre lo que significa el proceso de rehabilitación.

Los monitores que realicen la actividad de orientar, deben estar en condiciones de ofrecer además una ayuda más personalizada y permanente a personas que lo requieran o deseen. Esta ayuda será el oficiar de "Padrinos" que se refiere a aquellas personas que guíen a nuevos miembros en el proceso de rehabilitación.

Plan Terapéutico:

Dado que su espíritu fundamental es participar y permitir un cambio en la forma de vida del paciente alcohólico y su familia, este plan debe tener dos características indispensables.

1. Permanencia en el tiempo: es decir, ofrecer a cada integrante la posibilidad de estar con ellos muchos años, que serán los necesarios para los cambios.
2. Tener asesoría técnica también permanente para agilizar y estimular los cambios de los que se habla.

Programa de Capacitación:

Esta función apunta a la realización de talleres, cuyo objetivo es entregar conocimientos y desarrollar habilidades concretas en los participantes para desempeñar los roles en los cuales se les capacita, los cuales son:

- W Taller de alcohol y alcoholismo
- W Taller de manejo grupal y
- W Taller de familia

Además existen otros tipos de talleres de capacitación como:

- W Taller de formación para monitores y orientadores
- W Talleres para formar dirigentes y
- W Formar padrinos

Diversificar Actividades:

La asistencia y permanencia de los rehabilitados en las actividades del grupo, dependerán esencialmente de su capacidad de convocar y de motivar. Por lo tanto, debe haber una ampliación de los temas y no hablar solo del alcoholismo. Además sus talleres y reuniones deben ser participativas y dinámicas, para romper la monotonía.

Fomentar Amistad:

El alcohólico, tiene como consecuencia del rechazo social que ha sufrido, una carencia afectiva, una inestabilidad emocional y un autoestima muy baja. El grupo debe ser un lugar donde el alcohólico rehabilitado irá reconciliándose con su sociedad, reconstruyendo sus amistades, pues para el alcohólico no es fácil llegar al grupo, hay en él desconfianza básica, tiene miedo a ser rechazado, miedo a establecer nuevos lazos afectivos.

Ética de la Institución:

La ética es un conjunto de principios (o valores) y las correspondientes obligaciones del hombre para su normal convivencia. Para la Urach es importante que en el grupo se permita la interrelación cálida entre los integrantes (nuevos y antiguos) y entre éstos y los diversos cargos directivos y aún entre el grupo y la comunidad.

De esta forma la institución se aprecia homogénea, como una persona libre, responsable y consecuente (obra conforme a sus principios)

CAPITULO 6

OTRAS INSTITUCIONES

Alcohólicos Anónimos

Encontramos también otro tipo de tratamiento, que no difiere mucho del anterior, y que son utilizado por los Alcohólicos Anónimos.

En este sentido, los Alcohólicos Anónimos se definen como “una comunidad mundial de más de cien mil hombres y mujeres alcohólicos que se han agrupado para resolver sus problemas comunes y ayudar a sus compañero que sufren a recuperarse de esa antigua y desconcertante enfermedad, el alcoholismo”. (Alcohólicos Anónimos; 1995:46)

Ellos trabajan con un tratamiento denominado Los Doce Pasos y Las Doce Tradiciones que virtualmente todos los programas de tratamiento incluyen el asistir a reuniones del programa de Alcohólicos Anónimos (AA). Mientras que AA es generalmente reconocido como un programa efectivo de ayuda mutua para alcohólicos en recuperación, no todas las personas responden positivamente al estilo y mensaje de AA, por lo que hay otras estrategias disponibles. Las personas que son ayudadas por AA usualmente encuentran que AA funciona mejor en combinación con otros elementos de tratamiento tales como la consejería y la asistencia médica.

En comparación con la URACH, los AA, no les interesa sensibilizar a las autoridades públicas ni a la sociedad sobre el gran problema del alcohol y otras drogas y tampoco participan como institución ante posibles cambios legislativos.

Para los AA, el anonimato es lo principal y "jamás tomar partido públicamente en ninguna querrela..."(Alcohólicos Anónimos;1995:171) donde la política de ellos se basan más en la atracción que en la promoción, manteniendo siempre de esta forma el anonimato personal ante la prensa, la radio y otros medios de comunicación.

Comunidad terapéutica ambulatoria

Existe otro tipo de tratamiento para la rehabilitación, utilizado por la Comunidad Terapéutica Ambulatoria la que se fundamenta en la no desinserción total de la persona de sus medios naturales (familia, trabajo y/o estudio) lo cual posibilita que la persona realice los cambios necesarios para su rehabilitación con el convivir diariamente con su realidad. En este sentido, cobran real importancia las redes de apoyo social constituyéndose de esta manera en factores de contención psicoafectiva, circunstancia eminentemente necesaria para el éxito de esta modalidad de tratamiento.

Este tipo de tratamiento considera distintos factores a la hora de decidir el tipo de tratamiento y su modalidad más conveniente para una

persona determinada. Factores de índole social, biológicos, psicológicos, familiares, económicos, grado de dependencia, redes de apoyo social, deseo de cambio, etc.

Esta comunidad entiende a la persona como un ser humano que posee la capacidad de cambio y de redescubrirse como individuo consciente y responsable de su propia vida. En este sentido, la adicción será visualizada como consecuencia de una malestar existencial en donde el consumo parte de un visión interior y tiene como consecuencia en vacío más profundo junto a una dependencia física y/o química.

La Comunidad Terapéutica se articula en cinco ases fundamentales cada una de las cuales posee objetivos específicos y generales que la persona deberá alcanzar durante su paso por cada una de ellas.

El trabajo de la comunidad terapéutica ambulatoria estará dirigido a tres áreas fundamentales, estas son:

A.- Área del Comportamiento: este es el ámbito en el cual se plasmarán todos los cambios conseguidos hasta el momento.

B.- Área Afectiva: a través de Instrumentos Terapéuticos específicos se propiciará el desarrollo y la educación de los sentimientos, las formas adecuadas de expresión e identificación de ellos.

C.- Área de Conocimiento: posibilitar a través de instrumentos terapéuticos específicos, el conocimiento y la comprensión de sí mismo desde una visión histórica, familiar y social.

1.- Fase de Preacogida: esta fase se inicia con la llegada de la persona a solicitar ayuda porque reconoce que tiene problemas de adicción.

Se le pide algún apoderado (madre, pareja, hijo, hermano, etc.) que se comprometa a acompañarlo durante el proceso. Comienza la primera fase con 5 reuniones que tiene el objeto de provocar el “enganche” afectivo con la persona, reforzar la motivación al cambio, lograr que tome conciencia de la importancia del protagonismo personal, definir el modelo de intervención e introducirlo al funcionamiento de la Comunidad u cómo será su tratamiento.

2.- Fase de Acogida: la persona pasará a formar parte de manera oficial a la comunidad con todos los derechos y deberes que esto implica. Se le asignará un “hermano mayor” que lo acompaña y guiará en su inserción a la comunidad.

Durante esta etapa, que dura aproximadamente un mes, la persona asistirá todos los días a la comunidad, mientras que su familia asistirá a los encuentros de familia semanales.

3.- Fase de Comunidad: el paso a esta fase requiere una autoevaluación de la persona, en relación a los objetivos de la fase anterior.

En esta etapa la persona sigue haciendo las mismas tareas generales, pero el trabajo de grupo es más concentrado y profundizará en sus problemas personales.

4.- Fase de Pre-Reinserción: en esta fase la persona reafirma lo logrado en la etapa anterior y comienza a trabajar en la proyección de su vida en el campo social, afectivo, familiar, intelectual, espiritual, etc. crea un proyecto de estilo de vida.

Esta etapa dura aproximadamente dos meses.

5.- Fase de Reinserción: esta etapa dura entre 8 y 10 meses. Aquí la persona asiste a la comunidad tres veces por semana, bajando paulatinamente la asistencia a la terapia hasta llegar a un solo día por semana.

Los objetivos de esta fase son que la persona alcance un nivel adecuado de autonomía afectiva, psicológica y física en relación a la comunidad terapéutica y familia, que le permita conducir su vida responsablemente y con confianza en sí mismo.

Hacia el final de esta etapa, cuando la persona ya participa dos veces al mes se privilegia la evaluación del grado de reinserción social concreta alcanzada; se realiza una evaluación permanente del proceso de desarrollo personal; se hacen evaluaciones del estilo y realidad de vida y se revisa el

nivel de desarrollo y participación de la persona en sus medios naturales (familia, trabajo y/o estudios)

Para finalizar el proceso de rehabilitación se hace una ceremonia de graduación especial, en la que participa el rehabilitado, sus monitores y su familia.

III PARTE

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Capítulo 7

El porvenir de una mujer alcohólica

Introducción

El objetivo uno de la presente investigación, busco describir el proceso de rehabilitación alcohólica de las mujeres entre 30 y 65 años, que se encuentran insertas en los 24 clubes de la Región Metropolitana, que pertenecen a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile; con una muestra de 12 mujeres de los rangos de edad señalados y para lo cual se tomaron en cuenta los motivos personales que éstas tuvieron para iniciar su tratamiento, así como los factores que facilitaron y dificultaron su proceso.

Cabe señalar, que las mujeres entrevistadas en esta investigación, debían cumplir con un plazo mínimo en rehabilitación, el que fue determinado en un año, ya que en un plazo menor a ese podíamos sufrir la dificultad de encontrarnos con recaídas en su alcoholismo.

El análisis de esta investigación se realizará a través de cada una de las dimensiones propuestas, siguiendo el orden establecido, y considerando en primera instancia los motivos personales que llevaron a las mujeres a iniciar su proceso de rehabilitación.

La batalla de las alcohólicas

De acuerdo con lo anterior, las mujeres manifiestan constantemente en el desarrollo de las entrevistas el lograr algo en la vida, dejando a un lado los malos momentos vividos en su etapa de alcoholismo y sobre todo el sentimiento de pérdida de muchos años sumidas en esta enfermedad, donde sienten que no lograron nada y que más bien perdieron todo; incluyendo a la familia, la que según su percepción puede seguir físicamente pero no emocionalmente.

“Me motivo el querer ser algo en la vida y ahí tome carta en el asunto”(E.1)

“Mi deseo de superarme” (E.2)

“No quería quedarme sola y me di cuenta que estaba enferma y no me van a querer si sigo bebiendo” (E.3)

El alcohol genera grandes cambios tanto físicos como psicológicos que llevan a la mujer así como ellas mismas lo expresan a sentirse feas y deterioradas físicamente, haciéndolas sentir menoscabada en relación a otras mujeres que no sufren el efecto del alcohol en sus cuerpos. De esta manera, cuando las mujeres comienzan su tratamiento de rehabilitación estos efectos físicos del alcohol empiezan a desaparecer y la autoestima vuelve a aflorar en ellas.

Por otro lado, si las mujeres alcohólicas no reaccionan y no son capaces de asumir su problema, muy poco se puede intervenir con ellas las

que logran perder la confianza de sus seres más cercanos, es por esto que hay que destacar, la importancia de la voluntad y el convencimiento propio que deben tener las afectadas para iniciar el tratamiento de rehabilitación, siendo un pilar fundamental en la recuperación de las personas alcohólicas ya que, el esfuerzo que pueda hacer su entorno tanto mediato como inmediato no surtirá ningún efecto si la mujer no tiene el real convencimiento del paso que quiera dar, y que si no aprende la importancia de la abstinencia, el camino recorrido durante su tratamiento no servirá de nada.

“Primero que nada para llegar a eso hay que querer, por que si uno no quiere y toma los tratamientos no va a resultar” (E.5)

“Es la voluntad y el querer eso me paso a mi” (E.5)

“En el tratamiento me di cuenta que era por mi” (E.9)

“Tenía que hacerlo por mi” (E.9)

“Si no lo hacía yo, no lo iba a hacer nadie” (E.12)

Si bien, y de acuerdo a los antecedentes, los alcohólicos deben tocar fondo para salir de esta enfermedad, nos encontramos que no es una generalidad, sino más bien hay quienes logran darse cuenta de su situación antes de vivir un episodio traumante para sus vidas, no obstante, hay algunos casos que debieron pasar por situaciones extremas para tomar conciencia del daño causado tanto a ellas como a su entorno inmediato, pues, ella logra aislarse y su preocupación mayor se torna en conseguir su siguiente copa, desligándose totalmente de su hijos y marido, llegando

incluso a pensar en el suicidio, por lo tanto, sin el oportuno tratamiento, ella puede acabar en el manicomio, en la cárcel o la muerte.

“Me di cuenta que caí fondo cuando me preocupe del trago y no de mis hijas” (E.2)

“En una tomatara estuvimos 4 chiquillas y una de ellas murió y yo fui a caer a la cárcel” (E.10)

“Toque fondo cuando desperté en la calle toda mojada” (E.11)

“Empecé a tener conciencia que no podía hacerle mas daño a mi salud” (E.12)

Su motivación y la importancia con la familia.

Este proceso de recuperación de la mujer demanda una gran comprensión y cooperación de la familia, en este sentido Money (1982) plantea que; las mujeres tienden ser definidas como sostenedoras de lo emocional y de lo afectivo, ellas son más sensibles a esta situación, de enfrentarse a un grupo de pares con las mismas condiciones, con la diferencia de que en vez de 10 mujeres y un hombre en recuperación son 10 hombres y dos mujeres. De este modo, la mujer alcohólica siempre será vista de otra manera, ya que, tradicional y culturalmente se les ha adjudicado las labores domesticas y atención del hogar a la mujer. La sociedad también le hace entrega a la mujer el papel de agente socializador de pautas y valores por excelencia, refiriéndose a que la mujer “puede” dedicarse a otros quehaceres fuera del hogar mientras no interfiera con su rol de madre y esposa; de esta forma cuando la mujer no cumple con las labores

socialmente asignadas, es considerada como una mala mujer y no se toma en consideración que al iniciar la recuperación, se dificulta llevar el peso de los quehaceres domésticos y además sobrellevar los complicados momentos que presenta la rehabilitación, donde la familia se convierte en un pilar fundamental en el proceso, tanto en el apoyo que le pueda entregar a la persona, como en un agente motivador para la recuperación.

De esta forma la segunda dimensión, esta dirigida hacia los motivos familiares que gatillaron el inicio de la rehabilitación de las mujeres, los cuales de acuerdo al análisis que podemos hacer, son los que más se repiten en las entrevistas, sobretodo la importancia que tienen los hijos y la posibilidad de perderlos a causa del alcoholismo.

La familia, en la mayoría de los casos, se transforma en el eje fundamental de la rehabilitación, ya que sin su apoyo, muchas de las mujeres no podrían haber continuado con este camino; porque en este sentido, no existe motivación si es que ellos no están presentes.

***“Me acorde de mi hijo, y el no se merecía lo que yo estaba haciendo”
(E.1)***

“Después de esto empezó a importarme más mi familia y luchar por ellos” (E.1)

“Para mí, mi familia es lo más importante” (E.6)

“Mi hijo, mi único hijo” (E.7)

“Una hija y dos niños hombres que tengo, que va ser de ellos” (E.8)

“Mi hijo un día llorando me dijo que se avergonzaba de mi, ahí con mi hijo me di cuenta” (E.10)

“Mi familia en general, yo veía que les estaba haciendo mucho daño, en especial a mis hijos que no entendían por que su mamá se comportaba así” (E.11)

“Por mi familia, mi padres, todos” (E.12)

De acuerdo a lo que plantea el Ministerio de Salud, en el programa de abuso y dependencia de alcohol y drogas; la participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo, optimiza la efectividad del tratamiento. Las actividades con la familia y red se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia, y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas.

Debemos tomar en cuenta, que la familia, especialmente los hijos son los que se llevan la carga más difícil, pues, de 10 mujeres alcohólicas 9 son abandonadas por su marido, esto nos demuestra que ellos no son capaces de soportar esta carga al no querer asumir el rol de madre y de “dueñas de casa”, además de estar constantemente cuidando a su mujer ebria las que se desligan de sus quehaceres en el hogar. En este sentido, nos encontramos además con muchos casos en que en el hogar no es solo la mujer que sufre el problema de alcoholismo, sino que numerosas veces es compartido con sus cónyuges, los que pasan a ser los principales oponentes

en la rehabilitación y en la generación de violencia al interior de la familia (volveremos a profundizar en el tema)

No obstante, en las entrevistas se puede observar que son los hijos los que incondicionalmente apoyan a sus madres a pesar de todos los efectos y repercusiones que tienen en ellos el alcoholismo, repercusiones tales como el abandono, despreocupación total por los quehaceres escolares dejando muchas veces esta preocupación a otros familiares e incluso a personas extrañas a la familia.

Existe otro miembro familiar que motiva la iniciación de sus tratamientos, nos referimos a sus nietos ya que las mujeres manifiestan que durante su alcoholismo perdieron mucho tiempo de estar con sus hijos y como ya no pueden volver atrás recuperan este tiempo perdido a través de sus nietos.

“Mis nietos, eran lo único poco que me quedaba a mi lado” (E. 5)

A través de lo observado en las entrevistas, el grupo GESA reafirma lo planteado anteriormente al decir que, son los hijos en primera instancia quienes aceptan que su madre inicie un tratamiento para rehabilitarse, ya que el marido rechaza esta idea por miedo a lo que puedan pensar su grupo de amigos y familiares. Sus hijos van creciendo y a la vez reaccionan ante el comportamiento impredecible de la madre, de tal forma que asumen algunas de las responsabilidades propias. En el caso del padre, éste casi nunca

asume los roles de madre y padre a la vez, pues la responsabilidad de ellos sería muy grande y por ende no dan a abasto. El rol masculino se asocia esencialmente a labores extrafamiliares, por lo tanto, se le asigna principalmente la función de obtención del ingreso familiar y su mantención pero no son capaces de hacerse cargo de su núcleo familiar cuando la mujer está “ausente”.

La discriminación hacia la alcohólica.

De esta forma, Papalia (1997) y Money (1982) plantean que el rol de género se refiere a los comportamientos, actitudes, intereses y habilidades que una cultura considera apropiados para hombres y mujeres. Por tanto, en nuestra sociedad es mal vista la mujer como alcohólica, siendo discriminada constantemente por no cumplir con su deber de esposa y madre, pero a la vez, también es poco aceptado por la sociedad ver al hombre asumiendo ambos roles por el hecho de tener una mujer “ausente”. Cuando nos referimos poco aceptado por la sociedad, más bien hacemos referencia a que los amigos y familiares del hombre no es capaz de entender que su amigo, hijo o hermano tenga que asumir tales roles y por consiguiente es catalogado como “pobrecito” o el buen padre.

El tercer motivo que lleva a las mujeres a la rehabilitación, es el motivo social dirigido principalmente hacia aquellos agentes externos que realizan la primera acogida, tales como clubes de rehabilitación, hospitales y clínicas dedicadas al terna; es importante que estos agentes que realizan la primera

acogida entreguen la suficiente confianza y el convencimiento a la persona, sobre todo a las mujeres, para que inicien su rehabilitación en ese centro.

Volviendo al programa de tratamiento de abuso y dependencia de alcohol y droga, del Ministerio de Salud, el objetivo de la rehabilitación es establecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas y farmacológicas, y de programas grupales de autoayuda.

La primera acogida y la disponibilidad que exista en cada centro de rehabilitación, así como también las dificultades que estos presenten, además, debemos considerar el acercamiento y la asertividad que presente la persona que realiza la primera acogida, ya que según su motivación dependerá en parte el inicio del tratamiento.

“González me converso y me dijo que no me engañara mas, fue ahí cuando comencé a hablar con las personas correspondientes” (E.1)

“Cuando me dijeron hay una cama, se puede quedar, ahí cambio todo” (E. 5)

“Se puso ella en contacto con los compañeros y me hicieron ver, me convencieron para que yo iniciara mi tratamiento” (E. 6)

“Llame a un médico y hable con una enfermera y ahí me dijo me iba ir a ver y me citó después de las 5 de la tarde al hospital” (E. 8)

“Recurrí a amigos y ellos me ayudaron y así yo podría después ayudar a los demás” (E. 9)

“Tuve la ayuda de una vecina, que me conversó y me llevó al club” (E. 11)

“Las enfermeras y los médicos me explicaron en que consistía el tratamiento y me gusto” (E.12)

Muchas de estas mujeres comienzan su rehabilitación con un tiempo de desintoxicación en hospitales y clínicas continuando con su recuperación en clubes de rehabilitación. Es en esta instancia donde las mujeres se dan cuenta que no son las únicas en esto, y esa interacción con sus iguales es un aporte importante para la continuidad de su rehabilitación, así como también, el tipo de tratamiento que estas instituciones les entregan. Es aquí donde ellas comienzan a valorizarse nuevamente como persona y sobretodo como mujer, dándose cuenta a través del ejemplo de otros que no es imposible salir del problema del alcoholismo.

De este modo, es evidente que entre las mujeres el porcentaje de alcohólicas que no reciben ningún tipo de atención es mayor que entre los hombres, donde la barrera para el acceso del tratamiento suele anotarse con la ausencia del apoyo familiar, sumándose a esto la ausencia de objetivos claros para el tratamiento.

Existen muchas intervenciones para recuperar a un alcohólico o a una alcohólica los cuales están dirigidos a elevar la calidad de vida a nivel

individual, familiar y social. Estos centros de rehabilitación tienen sus propias características pero a su vez todas tienen el mismo objetivo que es el reinsertar al enfermo alcohólica / alcohólico nuevamente a la sociedad con la ayuda de sus familiares o grupo de pares.

No está comprobado qué centro de rehabilitación es la más efectiva, pero la más conocida mundialmente es la de los "Alcohólicos Anónimos" que trabajan con un tratamiento denominado los "Doce pasos y las Doce tradiciones" en la cual consiste en hacer distintos juramentos para la rehabilitación de la persona. Este centro, a diferencia de los demás, las personas no son conocidas por sus nombres ya que el anonimato de ellas es lo que importa. Sin embargo, no todas las personas responden positivamente al mensaje de AA.

Existe además otro tipo de tratamiento que es utilizado por la "Comunidad Terapéutica Ambulatoria" que es una nueva alternativa de tratamientos, los cuales su intervención está dirigido en tres áreas fundamentales; comportamiento, afectiva y conocimiento, con sus respectivas fases de rehabilitación. En este centro, sin embargo, podemos observar que la rutina que ellos aplican puede ser muy rigurosa para muchos alcohólicos / alcohólicas, de llegar a un estado de cansancio con la disciplina que introducen. Por último, existe otro centro de recuperación alcohólica que es la "Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile", institución sin fines de lucro a la cual tiene como misión principal de federar a todos los clubes de

rehabilitados alcohólicos de todo el país. El tipo de tratamiento que entrega la URACH no difiere mucho del anterior, pero para la elaboración de esta investigación, la muestra fue obtenida de los clubes pertenecientes a esta institución.

Al revisar estas alternativas de centros de rehabilitación, nos encontramos que ninguno tiene alternativas exclusivas para la rehabilitación de una mujer alcohólica, sin embargo, nuestra muestra está dirigida a las mujeres pertenecientes a los 24 clubes de la Urach en lo cual se basan en la adecuación de cada persona, no importando sexo, religión, política ni edad.

Contra viento y marea en la rehabilitación.

Existe otra dimensión dentro de nuestro análisis referida a los facilitadores del proceso de rehabilitación; aquí queremos hacer hincapié en que nuestros dos ejes que guiaron nuestra entrevista fueron las subdimensiones laborales y sociales dentro de los cuales el facilitador laboral es muy poco abordado por las entrevistadas, haciendo solamente referencia a la continuidad en sus centros de trabajos sin que estos tuvieran mayores repercusiones en su rehabilitación; más que la solvencia económica que estos puedan aportar a la familia.

“Nunca deje de trabajar y en el trabajo yo igual rendía” (E..3)

“Siempre trabaje” (E.9)

“Mis patrones eran bien concientes y me apoyaron” (E. 10)

El Ministerio de Salud, plantea con respecto al tema, que la provisión de la atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social, y en lo posible mientras se dispone del apoyo del medio laboral (o educacional), por que en el caso que la dependencia sea extrema, disminuyen las posibilidades de frenar el deterioro y por ende hacer la rehabilitación más efectiva, en menor tiempo y con menos consecuencias.

En el caso del facilitador social, volvemos a la importancia que le dan las mujeres a las personas que integran los clubes de rehabilitación, la dinámica que se genera al interior de estos y la confianza que ellas depositan en su club sintiéndose parte de y convirtiéndose el club en su nuevo hogar acogiendo además a todos aquellos familiares que quieran hacerse participe en la rehabilitación.

“El club facilito mucho mi abstinencia, tuve una muy buena acogida” (E. 1)

“El apoyo mío fue la terapia y el club, además de estar con la gente que quiere rehabilitarse ” (E.5)

“Me empezó a gustar el club, me gustaron las charlas, las reuniones y además conocí gente con todo tipo de mañas y de todo tipo de clase social, ahí es todo perfecto, por que ahí uno no se preocupa del planchado, de los hijos, ni cocinar” (E. 6)

“El trabajo con los demás, con gente alcohólica” (E.8)

“En las terapias y los profesionales, a uno le ayudan y le enseñan a respetarse a quererse” (E.9)

“Para mi, lo fundamental fue el apoyo que me dieron en el club” (E.10)

“En el club uno se encuentra con gente que esta pasando lo mismo que uno y ve que se puede salir adelante; tuve una muy buena acogida, me guiaron y me explicaron todo” (E.11)

“Las personas en el hospital fueron el mejor apoyo que tuve, después también en el club me trataron super bien” (E.12)

El alcoholismo no solo provoca efectos físicos los que pueden llegar a ser fatales para el ser humano, sino que ésta enfermedad afecta a toda la integridad del individuo, provocando problemas con su entorno familiar, social y laboral. En este aspecto, los alcohólicos y alcohólicas no tiene la comprensión por parte de sus jefes de que el problema que los afecta del alcoholismo es un problema bio psico social, transformándose esta situación en una enfermedad. Sin embargo, las fuentes de trabajos aceptan esta situación, mientras el enfermo no interfiera con su labor ni responsabilidad laboral.

Por otro lado es preciso mencionar que los peligros de recaídas son frecuentes, donde el 50% de las mujeres alcohólicas sufren una durante el primer mes posterior al tratamiento. En estos casos, la familia no comprende esta situación en que las recaídas se deben a la dependencia física producida por el alcohol y que estas se irán borrando de a poco hasta lograr

la abstinencia total. Es por este factor que las mujeres se sienten pertenecientes a los clubes de rehabilitación, donde son aceptadas y las ayudan a rehacer su vida nuevamente con el apoyo de sus familias. En algunos casos estas familias son solamente sus hijos y nietos.

Cuando se recolectaron los datos surgió otro facilitador no considerado, dirigido principalmente a los ámbitos personales y familiares; personales porque al iniciar la rehabilitación, la mujer comienza a sentirse distinta, volviendo a quererse y cuidarse; y familiares porque todo su núcleo familiar se hace participe de la rehabilitación. Es aquí donde las mujeres rehacen su vida de pareja, encontrando generalmente en él un apoyo importantísimo en la continuidad de la abstinencia.

“Ahora me siento realizada como persona, me gane el respeto y admiración de mis hijas y de mis vecinos” (E.2)

“Estar con mi nueva pareja me ayudo” (E.3)

“Facilito yo creo.....que mi misma persona, el quererme” (E.5)

“Aprendí a quererme, aprendí a amarme, si uno se ama también se cuida” (E.7)

“Pensé en que ejemplo les iba a dar yo a mis hijos” (E.8)

“La pareja que tengo ahora me ha dado las fuerzas para salir adelante” (E.10)

El alcoholismo se torna a una enfermedad familiar, ya que por las consecuencias de la alcohólica, ésta situación también traspasa a todo su

entorno familiar. Los trastornos en el carácter de la persona, como irritabilidad, cambios bruscos, etc. logran que las relaciones familiares evolucionen hasta que la vida cotidiana se convierta en un infierno.

En este sentido, al ver que la mujer alcohólica comienza a rehabilitarse obtiene el apoyo inmediato de su familia. La mujer comienza a tomar conciencia de su situación y vuelve a retomar contacto con su hijos. Por lo general, ellas se separan o son abandonadas por sus esposos antes de comenzar el tratamiento, pero esto no es un impedimento de rehacer sus vidas con parejas nuevas, los cuales son integrados a los clubes. De esta manera, para los clubes, la familia es lo esencial, y cumple un rol fundamental para la rehabilitación de la enferma alcohólica y alcohólico.

“Mi mamá, mi hijo y mi ahijada siempre fueron los que me apoyaron en el proceso desde un inicio” (E.1)

“Siempre tuve el apoyo de mi familia” (E. 3)

“Siempre están pendientes de mi, tengo mucho apoyo familiar” (E.5)

“Mi familia, mis hijos” (E.6)

“Mi hija sobretodo, ella me buscaba y me quería, cuando estaba internada me iban a ver y me dieron confianza” (E.9)

“Mis hijos y mi familia estuvieron siempre conmigo cuando decidí rehabilitarme” (E.12)

Por último y de acuerdo a la tercera dimensión considerada en nuestra investigación, encontramos las dificultades tanto laborales como sociales en

la rehabilitación de las mujeres alcohólicas. En este sentido cobra mayor relevancia la dificultad laboral enfrentada a diferencia de los facilitadores laborales, reflejada en la incomprensión de los jefes y compañeros de trabajo llegando en algunos casos a la pérdida de la fuente laboral, que conlleva a una situación económica precaria en la familia y por ende un desmotivador de la mujer para continuar con su tratamiento, ya que la rehabilitación necesita dedicación y tiempo, el cual muchas veces no permite responder en un cien por ciento en los quehaceres laborales.

“La incomprensión de algunos como en el trabajo por ejemplo” (E.1)

“Mi jefa habla de los alcohólicos y todos sus gesto, su expresión son de desagrado, de discriminación, yo se que no voy a ser la misma para ellos” (E.3)

“Yo trabajaba con alcohol, así que deje el trabajo” (E.5)

“Cuando supieron me echaron del trabajo y ahí comencé a tener dificultades económicas” (E.7)

Como se mencionó en la dimensión anterior (facilitador laboral), los empleadores no visualizan el problema del alcoholismo como un problema bio psico social, donde esta problemática compleja para el ser humano se torna en una enfermedad física y emocional más que una cuestión de poca fuerza de voluntad o debilidad moral. En muchos casos, las mujeres por su condición de género de la procreación y además alcohólica, son las que más pierden su fuente laboral. En los países nórdicos, este problema es visto como una enfermedad donde el empleado tiene que por obligación recibir el

apoyo de sus empleadores no importando su situación, además tiene derecho a rehabilitarse sin el temor de perder su trabajo, pues es considerado como una licencia.

Para que esto ocurra en nuestro país, todavía estamos años luz de lograr solo la mitad, de que la sociedad logre entender que las adicciones al alcohol es un problema serio, socialmente compartido, sobre todo el comprender la adicción de las mujeres. Esta mira muchas veces dificulta la creación y capacitación de personas en el tema del alcoholismo, dejando a comunas de la Región Metropolitana abandonadas de centro que se especialicen en el tema, creyendo que el alcoholismo lo encontramos en ciertos sectores solamente.

“Desgraciadamente donde yo vivo, no hay gente capacitada para rehabilitarme” (E.6)

En cuanto a las dificultades sociales, nos encontramos con que las personas que nos rodean pueden ser muy crueles con aquellos que sufren el problema del alcoholismo, teniendo estos el estigma de personas que viven bajo la indigencia y no relacionándolos con aquellos que puedan convivir con nosotros diariamente.

“Para la sociedad la alcohólica es la que anda botada” (E.3)

“Las vecinas cuando supieron me gritaban tonteras en la calle” (E.12)

Muchas veces las personas que sufrieron el problema del alcoholismo tienen un constante temor a revelar su secreto a la sociedad, sobretodo en el caso de las mujeres, ya que por su condición temen a ser rechazadas por su entorno social. Sin embargo, en este sentido se produce una contradicción ya que la mujer al dejar de beber, se siente obligada a alejarse de sus pares, porque en sus reuniones ya no comparten los mismos intereses.

“Me decían, vamos a tomar un trago y no podís decir que no por que sabemos que tomái” (E.1)

“Yo trabaje en una banquetería y ahí se daba para que tomara” (E.5)

“Mis compañeras de trabajo me llevaban el trago, alumnas en práctica, pacientes también y bueno seguí tomando” (E.6)

“Mis compañeras de trabajo me decían que saliéramos a tomarnos un traguito no pude salir mas con ellas a servirme algo por que me tentaba” (E.11)

Las bebidas en nuestro país, la sociedad y su medio ambiente se caracterizan por proporcionar fácil acceso a las bebidas alcohólicas a través de los innumerables expendidos y bajos precios, además por la influencia en forma permanente y manifiesta de los medios de comunicación. De esta manera, Gazmuri y Langdon (1996) manifiestan que los medios de comunicación proporcionan además modelos de conducta de ingestión de alcohol asociados a status, prestigio social, rasgos de atractivos físicos, etc. También es una manera de compartir con sus pares, en la medida que la

mujer alcohólica haya asumido su problema, ésta es rechazada por su entorno social, discriminándola por ser una persona aburrida y poco social.

De acuerdo al último estudio realizado por CONACE, los hombres siguen duplicando a las mujeres en su problema asociado al uso de bebidas alcohólicas; no obstante, se puede observar además que ha aumentado el consumo de alcohol a nivel nacional del sexo femenino, donde la prevalencia de consumo de alcohol más alta para el género femenino se encuentra liderado entre los 35 y 44 años de edad.

La mujer vulnerable

De esta forma, las mujeres en la etapa adulta son más propensas a las depresiones, sobretodo por que es en esta edad donde los síntomas de la menopausia comienzan hacerse presentes, donde el alcohol se transforma simplemente una vía de escape.

En esta dimensión, surgió otro factor no considerado entre las dificultades anteriormente nombradas, que en el mismo caso de los facilitadores, el eje personal y familiar vuelven hacerse presentes. En este sentido y sobretodo en el ámbito personal, la abstinencia trae consigo una serie de repercusiones que ponen a prueba la rehabilitación y la fuerza de voluntad de la persona, las que en conjunto con factores personales se transforma en pruebas cada vez más fuertes impuestas por la vida para que

la persona tome conciencia del daño que trae el alcohol en el cuerpo y en el alma.

“Después vino la depresión, más ataques epilépticos, secuelas de 6 meses de abstinencia” (E.11)

“Yo no aprendí, yo pensé que no era una enferma” (E.3)

Las dificultades familiares se hacen aun más intensa porque muchas veces como explicábamos anteriormente, las mujeres comparten su problema del alcoholismo con sus cónyuges, los que generalmente no están de acuerdo a la rehabilitación de sus esposas y hacen de todo para impedirla. De acuerdo con esto, y en cuanto a las parejas que no comparten el alcoholismo con las mujeres, es muy difícil de encontrar a un cónyuge que apoye totalmente su rehabilitación, por la desconfianza que ellas generan durante su alcoholismo en conjunto con el quiebre de la vida marital.

“El cambio a él no le gustó y me dijo yo te prefiero como antes, perdí mi matrimonio por mi abstinencia, pero no me arrepiento de nada” (E.2)

“Sabe Doctor, mi papá le pego a mi mamá por que ella no le recibió un vaso de vino” (E.8)

“Mi marido me demandó cuando estaba en el hospital y me quitó a mis hijos, todavía no lo puedo perdonar y se lo he dicho” (E.9)

“Mi marido no me creía al principio, por eso no me apoyaba” (E.11)

Muchas de estas mujeres, deben separarse de sus maridos en el tiempo que están en tratamiento, o bien durante el tiempo que están

sufriendo el problema del alcoholismo mantienen relaciones paralelas llegando incluso a formar otras familias.

“Después supe que mi esposo tenía otra familia y me dieron ganas de tomar” (E.4)

“Los recuerdos de mi esposo me hacían recaer, me daban ganas de tomar para olvidarme” (E.10)

Las mujeres al iniciar su tratamiento vuelven a tener la claridad de la realidad vivida dentro de sus matrimonios que las lleva en muchos casos al quiebre definitivo de estos.

Como se hizo mención anteriormente, al existir un enfermo alcohólico o una enferma alcohólica en la casa, la situación del alcoholismo se convierte en un problema familiar, en este caso los trastornos de la mujer y sus cambios bruscos e injustificados de humor, llegando hasta la pérdida de conciencia de la realidad, logran que las relaciones familiares evolucionen hasta que la vida cotidiana se convierta en un infierno de reproches, discusiones y agresiones.

“Tengo un hijo que después de estudiar cayó a la droga, al final perdí a la mitad de mi familia” (E.5)

“Una vez mi hija me dijo, pucha mamá, de repente a mi me hubiese gustado que hubieses seguido tomando, por que antes no se daba cuenta y ahora no me deja ni salir” (E.6)

“Mamita estay hedionda, a mi me daba vergüenza por que yo quería acercarme a él pero él no me dejaba” (E.7)

De esta forma, la casa se convierte en un lugar menos adecuado para sus hijos. También es frecuente comprobar que el alcoholismo es causa de toda responsabilidad hogareña por lo que se manifiesta en muchas ocasiones a través de abandono de hogar, sobretodo por parte de los maridos.

Sin embargo esta situación va variando de acuerdo a la dinámica familiar, ya que si ambos son alcohólicos, es frecuente que el alcohólico no permita a su mujer rehabilitarse. En las entrevistas hemos podido observar donde el marido pone a la mujer entre la espada y la pared haciéndola elegir entre él o la rehabilitación. Por otro lado, hay matrimonios donde el esposo no haya tenido problemas con el alcohol, pero aprovecha el alcoholismo de su mujer como una vía de escape para mantener otras relaciones extramatrimoniales.

En este sentido, volvemos a retomar lo dicho por Papalia (1997), donde los roles incluyen expectativas de personalidad, donde las mujeres en todo sentido deben ser complacientes y cariñosas, en tanto que los hombres deben ser más activos y competitivos, los exitosos y dominantes, por esta razón, el hombre nunca aceptará a su mujer sublevarse y romper los esquemas interiorizados culturalmente por la sociedad.

Capítulo 8

LA FAMILIA, UN PILAR FUNDAMENTAL

Introducción

La familia es un grupo de pertenencia básica o primaria, donde la lógica supone una interrelación recíproca entre cada miembro y el grupo en su conjunto.

Es por esta razón que dentro de nuestra investigación quisimos indagar como era para los familiares que un integrante estuviera sufriendo de un problema relacionado con el alcohol y que es lo que sucede cuando ellas sienten la necesidad de recuperarse, pues el alcoholismo no sólo provoca efectos físicos, sino que también provoca problemas con su entorno familiar, laboral y social. (La mujer, <http://www.angelfire.com/ego/salud0/LAMUJER.html>)

Según Olavarria, (2002) en los comienzos del siglo XX, el núcleo familiar no contaba con el apoyo de la familia extendida, por lo que mantenía a la familia era básicamente por el trabajo remunerado del padre y la dedicación exclusiva de la madre al hogar, por ende, si alguno de estos dos actores no podían cumplir su cometido rol, el núcleo entraba en crisis.

Quisimos investigar en primera instancia los tipos de familia a los cual ellas pertenecían, en la que de las 8 entrevistas en profundidad realizadas a los familiares, pudimos observar que la mayoría pertenece a familia extensa;

es decir; que aparte del matrimonio con sus hijos, también conviven con otros familiares del mismo lazo sanguíneo, con el fin de caracterizar los tipos de familia a las cuales pertenecían las mujeres en proceso de rehabilitación; y si esta caracterización era relevante en su recuperación o no. En este sentido descubrimos que todas las mujeres que pertenecen a familias extensas, tienen al menos un familiar que las apoya o que se compromete con su rehabilitación; de esta forma podemos deducir que las familias que tienen un gran número de integrantes, al menos uno de ellos ve el problema y participa en la recuperación de su familiar.

Una familia ejemplar

De esta manera, Corsi (2003), plantea que hablar de familia en la actualidad nos lleva a hablar de la diversidad, más allá de los lazos sanguíneos y que de esta forma también se recibe influencia del medio en el cual se encuentra inmersa, donde cada integrante es capaz de influir sobre al otro. De esta forma, la familia al verse alterada, los estilos de comunicación se van modificando de acuerdo con los cambios producidos. No obstante, esto no se manifiesta en la vida conyugal, pues el hombre tiende a alejarse de los problemas. Es así como lo plantean Muñoz y Reyes (1999), en lo que respecta a la calidad de la pareja donde las mujeres tienden a estar más insatisfechas que los hombres y a veces para poder olvidar su situación recurren a tomar en pequeñas cantidades hasta transformar esta rutina en un consumo habitual de bebidas alcohólicas como consecuencia de la insatisfacción y de la incapacidad para manejar el conflicto.

A esto también se le agrega cuando las mujeres tienen presiones al dejar un poco su "rol de hogareña" para ayudar a su marido solventar los gastos de la casa, produciéndose, como lo plantea Corsi "grandes cambios familiares desajustándose el modelo patriarcal." (Corsi; 2003: 207)

Si bien los familiares de las mujeres manifiestan vivir en un sistema familiar extensa, la relación que tienen los hijos con ellas se hace más notorio. Esto se vio reflejado en las entrevistas donde los hijos son los que se hacen más participes de la rehabilitación de su madre. Sin embargo, los hijos de padres alcohólicos al reaccionar con sentimientos de culpa y de vergüenza, son los primeros en perdonar y dar la cara por su madre alcohólica.

No obstante, los esposos de ellas, pues, no son capaces de asumir la responsabilidad heredada por la mujer.

La negación de la familia

En este escenario, se da también fácilmente la negación, o "el juego de la negación" (Fernández;1998: 269) donde las familias no admite fácilmente la adicción de la madre y esposa, ya que el mismo hecho de hacerlo implicaría para ellos aceptar el problema de adicción dentro del hogar provocándoles vergüenza que otras personas se enteren del problema. Por lo tanto, el hogar donde reside la mujer alcohólica tiende a desorganizarse, destruyéndose de tal manera los sueños que habían construido en conjunto.

La “codependencia” también es otro factor que existe dentro de la familia facilitando la conducta adictiva, para esconder de una u otra forma el problema que los aqueja.

Es bien sabido que una comunicación clara y directa propicia las relaciones estables fortaleciendo la identidad familiar. Sin embargo al producirse este cambio, las reglas y la dinámica familiar se tornan confusas y rígidas, obligando a la familia ser afectadas de este sistema disfuncional. Por otro lado, cuando la estructura familiar se va volviendo más desequilibrada y aislada de la sociedad, comienza el sistema a reaccionar sometiendo a la mujer a tratamientos de rehabilitación.

Cuando la mujer comienza a tomar conciencia de su situación, para ella es muy importante que algún miembro familiar se hagan participe de su rehabilitación, sobretodo si se trata de los hijos, pues, el autoestima de ellas se ve elevada y las motiva para seguir adelante con su rehabilitación.

“Yo igual apoyaba a mi mamá en la decisión que había tomado, así que con mi papá íbamos a las terapias con ella” (E. 2 Hija)

“Al principio era todos juntos, con mi hermano, yo y mi hermana, hoy día aun soy socia del club” (E. 3 Hija)

“Participamos como socios cooperadores del club y dejamos todos de tomar por ella” (E.8 Hija)

En muchas ocasiones, las principales razones para poner fin a su consumo es la custodia de sus hijos. Sin embargo, los hijos de las entrevistadas no han llegado hasta ese punto, ya que, han sabido esconder bien su problema de adicción para la sociedad. También para las mujeres suelen a solicitar antes que los hombres tratamientos para paliar su consumo ya que tienen un impacto mayor de los efectos negativos de su adicción, pues llegan a un momento en que la dependencia al alcohol no se puede ignorar ni disimular. (GESA; 1989)

Sin compromiso

En cuanto a la participación activa en el proceso de rehabilitación, encontramos que dentro de los entrevistados la mayoría manifiesta el apoyo y el cariño entregado a las mujeres para que inicien su proceso de rehabilitación, pero muy pocos tienen una participación real y comprometida; es decir, que esta participación no solo sea un apoyo moral sino que sea un compromiso tanto en la casa como en las terapias y en la asistencia a los clubes de rehabilitación. Esto es lo que nosotros entendemos por participación activa, donde generalmente los hijos son los más fieles compañeros en la rehabilitación de sus madres y son los primeros en comprometerse en su recuperación.

Si bien, la participación es entendida como hacerse parte de, en este caso no se ve reflejado en la realidad. Pues podemos deducir que la participación no solo requiere de un ser querido entregándole apoyo moral o

espiritual a la mujer en rehabilitación, sino que su presencia es fundamental para ellas.

“Hubo un apoyo mutuo, yo anduve trabajando con ella constantemente, mañanas y noches, todo el tiempo” (E.6 hermano)

Por otra parte, hacer participe a la familia en el proceso de rehabilitación ya es una tarea complicada donde se trata de volver confiar a su familiar nuevamente.

Palma (s/f) plantea que la participación es un proceso de compartir situación y por ende decisiones que afectan la vida propia y la de su entorno. Tomando así en cuenta la comunicación, en este sentido, si bien los familiares se hacen partícipes de la rehabilitación, esto es solo una participación “virtual”, pues en algunos casos los familiares no presienten que su apoyo constante es importante para la mujer alcohólica y dan por hecho de que apoyándolas emocionalmente ya no requieren más de su apoyo.

“A través del apoyo, cariño y afecto familiar y mío, logro tomar conciencia y se rehabilitó de su alcoholismo” (E. 1 esposo)

“Apoyándola en que ella siga adelante, con mucho cariño, mucho apoyo” (E. 5 Hermana)

Como ya se ha dicho, este problema abarca toda la familia, es por esa razón que la incorporación de los integrantes a la rehabilitación es de suma

importancia donde todo el núcleo familiar se hace partícipe de la rehabilitación de la mujer, pues, éstas tiene beneficios que la favorecen.

Sin embargo, la realidad es otra al entrevistar a los familiares ya que no todos son capaces de hacerse partícipe por distintos motivos. Para estas ocasiones, Urach plantea la necesidad de motivar la participación de a lo menos un miembro de la familia, también motivar la incorporación de un familiar en algún grupo de auto apoyo y por último educar a la familia en el manejo de la recaída y sus posibilidades de intervención.

Minoletti (s/f) en este sentido afirma que de acuerdo a lo anterior, para que la persona adicta vuelva a recuperarse y valorizarse nuevamente como ser humano y mujer, es necesario la ayuda de especialistas y familiares.

Dentro de las entrevistas también nos encontramos, con familiares (esposos) que impiden la rehabilitación, no sólo no comprometiéndose ni dándole el apoyo necesario para salir adelante, si no que oponiéndose explícitamente en su recuperación. Pudimos observar que los maridos que se oponían a la rehabilitación de su cónyuge, lo hacían principalmente por que bebían en conjunto y al momento de la rehabilitación los planes en conjunto y los intereses como pareja ya no son compartidos, lo que provoca muchas veces las rupturas de los matrimonios; el que a nuestro parecer puede ser justificado en este tipo de situaciones; cuando las personas no se

complementan y no tienen los mismo intereses que les sirvan para apoyarse y construir juntos, no se justifica la vida en pareja.

La problemática del alcoholismo según Minoletti (*Ibid*), es mucho más compleja que otros tipos de rehabilitación, por los factores de “salud mental involucrados” suponiendo que lo más importante de las alteraciones “reside en lo psicológico, la moral y en lo espiritual”, sin embargo para este autor es necesario en la rehabilitación considerar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales considerando de esta manera a la alcohólica en todo su proceso de ayuda.

No obstante, en cuanto la importancia para las mujeres de que sus maridos participen, no lo manifiestan como necesario, ya que, al iniciar su tratamiento esta relación conyugal ya se había deteriorado de antes comenzar su tratamiento, por otro lado, las mujeres que aun conviven con sus cónyuges, su relación no ha variado mucho de antes, pues los maridos siguen siendo un personaje “ausente”, aun cuando ellas se hayan rehabilitado y por lo tanto, el club se transforma en su segundo hogar para las mujeres, jugando un destacado papel en la rehabilitación de ellas con ayuda de otros miembros familiares.

CONCLUSIONES

Desde los antecedentes obtenidos tanto a través de la aplicación de las entrevistas en profundidad, como de los contenidos insertos en el Marco Teórico, quisimos responder a las siguientes preguntas ¿Cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en las mujeres entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana? ¿Qué relevancia tiene para las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana, la participación de la familia en el proceso de rehabilitación? ¿Cuales fueron los motivos que tuvieron las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana para comenzar la rehabilitación? ¿Que factores dificultan y/o facilitan el proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas entre 30 y 65 años, que pertenecen a los 24 Clubes de Rehabilitados Alcohólicos (CRA) de URACH en la Región Metropolitana?.

1.- En relación al proceso de rehabilitación de las mujeres alcohólicas

En base a las preguntas anteriormente descritas guiamos nuestro estudio y podemos concluir que, de acuerdo a lo comprobando durante la investigación, los motivos familiares para iniciar el proceso de rehabilitación, son mas reiterativos en el proceso de recolección de los datos, ya que son los familiares los que impulsan a las mujeres as tomar la decisión de

recuperarse, a través de gestos, amenazas, conversaciones, abandonos, etc; distintas formas, pero que llevan a la mujer a tomar conciencia de que sus actos y en especial sus hábitos, están causando daño a las personas que la rodean, en este sentido, y posterior a los motivos familiares, encontramos los personales, como las ganas de cambiar su vida, de ser mejor, de valorarse ellas mismas como persona y entregarse a los demás como mujeres sin ningún tipo de dependencia, que las conozcan tal cual como ellas son; por último el tercer motivo planteado por la mujeres es el social, el apoyo encontrado en los centros de rehabilitación, en los hospitales y sobretodo en la acogida que les puedan brindar aquellos que ya pasaron por la experiencia. De esta forma, además, se comprobó que tanto en los facilitadores como en las dificultades, la familia vuelve a tomar relevancia e importancia; así como también las dimensiones sociales y laborales cumplen una función menos importante que revisaremos en las siguientes líneas.

Podemos comprobar que en el campo de la salud mental y sobretodo en lo relacionado con el problema del alcoholismo, en las mujeres ha sido escasamente desarrollado, de forma tradicional los programas de rehabilitación fueron diseñados por y para hombres, sin tomar en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, ya que, los patrones de consumo, las causas y las consecuencias del abuso del alcohol en la población femenina difiere a las de los hornbres. En los últimos años ha existido una tendencia al consumo de alcohol en las mujeres, que requiere ser tenido en

cuenta al fin de rediseñar alternativas de tratamientos y prevención que respondan a las necesidades de estas mujeres.

Por otra parte, las mujeres que no consumen y acompañan a un hombre adicto, son participantes cotidianas de las terapias y programas comunitarias de rehabilitación y tienen un protagonismo muy destacado como gestoras o sostenedoras de los procesos terapéuticos; en este sentido y de acuerdo a los resultados que arrojó nuestra investigación es en muy poco casos que se produce lo contrario, donde la mujer al sufrir el problema del alcoholismo no encuentra el apoyo integral de sus parejas.

Como comprobamos durante el proceso investigativo y la revisión del material, la educación y la socialización entregada por las familia, prepara a los hombres para dominar, proveer, mantener, racionalizar y transformar el mundo; y a las mujeres para reproducir y cuidar de la familia, esperando generalmente que sean dulces, sumisas, dependientes, sacrificadas, maternales, dispuesta a hacer cosas por los demás, a postergar sus necesidades, donde las relaciones sociales y los vínculos son eficaces y necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima; del mismo modo la desconexión y el aislamiento, son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima.

La socialización liga a las mujeres con las familias más que al hombre y es frecuente que se ubique a una mujer de acuerdo a sus roles familiares.

Las importancias para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión es un factor de riesgo para el uso del alcohol. Muchas mujeres se inician en el consumo a partir de su relación con un varón alcohólico con el fin, de comprenderlo más, para compartir amistades y experiencias para no dejarlo solo, para complacerlo, etc.

La tendencia de sostener y cuidar los vínculos persiste en las mujeres alcohólicas, mientras que los varones en esa situación general “ se van” o delegan el cuidado y acompañamiento a otros familiares.

Las conductas de trasgresión, son más severamente sancionadas en las mujeres, porque de acuerdo al patrón cultural, están asociadas con lo masculino, esto determina sentimientos de culpa, vergüenza e incapacidad que pueden llevar a las mujeres a ocultar su adicción o bien no solicitar tratamientos para no ser estigmatizadas como “adictas” o “locas”.

La sociedad puede ser muy cruel con aquellas personas que sufren algún tipo de adicción, y en este sentido, es muy extraño observar mujeres en la calle bebidas, todo lo contrario, la mujer generalmente esconde su problema hasta que siente que no pueden más; es en este momento cuando los familiares cumplen un rol fundamental, la detección del alcoholismo y el apoyo a tiempo, pueden resultar esenciales en la prosperidad del

tratamiento, para que no lleguen a los extremos de tocar fondo a través de experiencias muy traumantes para la vida.

Por lo general, cuando la mujer comienza su tratamiento de rehabilitación, lo hace por la demanda que le realizan sus hijos y el darse cuenta de lo importante que es ella para el equilibrio familiar. Los principales motivadores para la rehabilitación resultan ser los hijos y la integridad de la familia.

Otro factor considerado como motivador de la rehabilitación, es la voluntad que tenga la mujer y el convencimiento de que se tiene un problema y que necesita solución inmediata. La voluntad que ella tenga, es el primer paso en el inicio de la recuperación, ya que su entorno puede hacer todo lo posible por que se recupere, pero si esto no esta dentro de sus intenciones, la rehabilitación no llegará nunca.

Otra arista a considerar, son los cambios físicos y el deterioro que experimentan la mujer con el alcohol los que influyen considerablemente en su autoestima, y a la vez también impide una recuperación mas optima. De esta manera, cuando la mujer comienza su tratamiento y los cambios físicos salen a luz, se transforman en un arma y un motivador importante de la rehabilitación.

Los centros de rehabilitación alcohólica y a los agentes externos que realizan la primera acogida, son otro motivador influyente al tomar la decisión de terminar con el problema de la adicción al alcohol, siendo esencial la confianza y el convencimiento a la persona, sin dejar de lado las especificidades de cada una de ellas, sobretodo en el caso de las mujeres. Es en esta instancia donde las mujeres se dan cuenta que no están solas y la interacción y la recuperación de las personas que comparten su mismo problema, les da la confianza para que se sientan capaces de salir adelante, valorizándose nuevamente como personas y sobretodo como mujer.

En el ámbito laboral, nos encontramos con más dificultades que facilitadores, ya que las mujeres generalmente no cuentan con la comprensión de sus jefes y a medida que caminan en su proceso de rehabilitación se ven obligadas a dejar sus trabajos, ya sea por horarios, vergüenza o discriminación. Sólo algunas mujeres pueden continuar con sus empleos, pero estos no influyen de manera considerable en el desarrollo de su recuperación, más que en la solvencia económica que este tiene tanto para ellas como para sus familias.

Pero sin duda que la mayor dificultad que tienen que enfrentar las mujeres cuando inician su tratamiento, es la oposición de sus maridos, los que en algunos casos hacen lo imposible por que no se rehabiliten, ya que generalmente comparten el problema del alcoholismo, aunque no así los intereses que las motivan a salir del problema. De esta forma, se torna muy

difícil encontrar un compañero que las apoye en la totalidad de la recuperación, por la desconfianza que se genera y al mismo tiempo por el quiebre de la vida marital; lo que muchas veces lleva al hombre a formar relaciones e incluso familias paralelas.

Al inicio del tratamiento y después de tener la claridad de los hechos que rodean su vida, pueden tomar dos caminos, el recaer constantemente no pudiendo enfrentar los problemas que se le presentan, o bien alejarse de todo aquello que le impida rehacer su vida de forma sana, llevándolas incluso muchas veces a los quiebres de sus matrimonios.

2.- En relación a la participación de los familiares

En cuanto al segundo objetivo de nuestra investigación, referida a la participación de las familias en la rehabilitación; pudimos constatar que hay algunos familiares que se comprometen realmente con la recuperación de las mujeres, asistiendo a las terapias con ellas, participando como socios en los clubes y controlando su comportamiento en la casa; en realidad esto es lo que las investigadoras definieron como participación activa, es decir, un compromiso real y efectivo en la rehabilitación; y no como muchos de ellos lo expresan creyendo que son parte de la rehabilitación por el sólo hecho de entregar un apoyo moral, cariño y ánimo para seguir adelante.

De esta forma además, consultamos por los tipos de familias a las que pertenecen las mujeres en tratamiento, de las cuales la mayoría integran

familias extensas, y pudimos comprobar que en este tipo de familia al menos un integrante de ella, se involucra real y activamente en la rehabilitación de la persona. Sabemos que las familias extensas cuentan con más integrantes y donde todos tienen un lazo consanguíneo que facilita el compromiso del al menos uno de ellos en la recuperación y el apoyo que pueda brindarle en esos difíciles momentos.

De acuerdo a lo detectado por las investigadoras y a las cifras entregadas por los organismos especializados, el problema de la adicción al alcohol en las mujeres ha aumentado de forma considerable, lo que no ha ocurrido en el ingreso a los centros de rehabilitación; es por este motivo que se hace necesario contar con antecedentes que nos ayuden a estimular el destape del tema, haciendo que las mujeres se atrevan a contar su problema y que cuenten con la suficiente confianza para poder enfrentar su adicción y poder continuar con una vida normal.

Así también, las familias deben entender que su participación en los procesos de rehabilitación son esenciales para una real recuperación de la persona, y son ellos los principales agentes de apoyo y contención tanto en los momentos difíciles, como en los logros que ésta obtenga durante su recuperación.

Podemos concluir entonces, que la realidad en el aumento del alcoholismo en la mujer existe y que cada día crece con más rapidez, es por

esto que tenemos una doble responsabilidad, primero el hacer público el tema, haciendo entender que el alcoholismo es un problema solucionable, siempre y cuando tengamos la voluntad de hacerlo, y por otro lado, hacer entender que la persona no puede salir de este problema sola, necesita de todos los que la rodean y en específico de los especialistas en el tema, que guiarán su recuperación basada en su experiencia y entrega en la recuperación de los alcohólicos.

TRABAJO SOCIAL Y REHABILITACIÓN DE MUJERES ALCOHOLICAS

El trabajo Social se plantea el bienestar social y contribuir de la mejor forma a que las personas tengan una calidad de vida lo mas apropiada posible; todo esto a través de la potenciación y promoción de las capacidades y recursos tanto individuales como colectivos, así como también en las organizaciones, estructuras sociales y formas de vida que contribuyan como decíamos anteriormente a la calidad de vida y a bienestar social de las personas.

La potenciación de los recursos tanto individuales como colectivos, se realizan a través de la promoción y el desarrollo social que tienen como finalidad dar una mejor respuesta a las necesidades humanas y sociales; en este sentido además, existe una función preventiva en la que debemos actuar sobre las causas de ciertos problemas sociales dirigidos hacia aquellos grupos que se considere en situación de riesgo.

La carrera de trabajo social tiene muchas aristas, donde su desempeño y quehacer profesional abarca todos los ámbitos de la sociedad, tanto en espacios públicos como privados, donde debemos poner en práctica y prestar nuestros servicios de acuerdo a las necesidades y problemas presentados por los usuarios; utilizando metodologías que permitan analizar e interpretar las demandas y potenciar los servicios sociales.

El rol del trabajador social sobre el consumo de alcohol y en general de otras drogas, se hace necesario establecer la relación existente entre salud y vida sana, tanto en lo individual como en la interrelación con lo colectivo social, que se ve afectado por ciertas conductas que expresan algunos miembros de su comunidad.

Sin embargo, Acero (1995) plantea que la mayoría de los Trabajadores Sociales, no estamos preparados para prevenir y hacer un diagnóstico previo a la enfermedad del alcoholismo. Según la autora, los profesionales de hoy salen de las escuelas si haber recibido ningún curso que les haya dado la formación suficiente para poder reconocer el problema, pese a su importancia y a las grandes repercusiones que tienen sobretodo en la relación familiar, vivienda, atención infantil, etc; son situaciones que nosotros Trabajadores Sociales nos vamos encontrando siempre en el camino. (ibid: 207)

Lo descrito en esta investigación está orientado a colaborar con todos aquellos centros de rehabilitación de alcohólicos, para que así el trabajador social pueda ser un aporte tanto en la atención de cada uno de los casos como en los tratamiento que estos realizan. En este sentido debemos partir de ejes comunes en relación al tema; en primera instancia se debe considerar que la rehabilitación, sobretodo en el caso de las mujeres, debe ser de forma voluntaria, respetando sus decisiones y acuerdos.

Además, de poner énfasis en las fortalezas y los recursos de las mujeres, tanto como en sus limitaciones; en este sentido se podrá rescatar y movilizar los factores positivos y fomentar las capacidades para que así puedan enfrentar los problemas que se le presenten en su entorno.

La intervención que realice el trabajador social en los espacios de tratamiento, debe ir acorde a sus necesidades y problemas; ya que la rigidez en nuestra intervención puede causar fracasos y rechazo por parte de las involucradas en el tema. Creando un clima de confianza con los sujetos de atención, lo que dará facilidad al trabajo y cumplimiento a los compromisos adquiridos con los usuarios, en la búsqueda de soluciones a su planteamientos.

El trabajador social debe fomentar la participación de las mujeres en los centros de rehabilitación alcohólica, abriendo espacios de confianza y haciendo que los demás integrantes de estos grupos también tomen en consideración todos aquellos aspectos característicos de las mujeres y la especificidad de cada una de las personas. En este sentido, los trabajadores sociales debemos hacer una contribución hacia el pensamiento, conciencia crítica y reflexiva sobre los fenómenos sociales asociados al consumo de alcohol en las mujeres, además de orientar y apoyar diseños de políticas preventivas en el consumo de alcohol en las mujeres.

El alcoholismo al considerarse un problema social, cobra gran importancia en el quehacer profesional, basándose en que un problema es considerado como social cuando existe un consenso entre los miembros de la sociedad, ya que un problema social sólo lo es si la opinión pública, y no sólo una minoría, lo considera como tal. . El consenso social sobre las dependencias como problema social se implanta a medida que sus consecuencias alcanzan ámbitos laborales, familiares, judiciales; es decir, a medida que desbordan el ámbito sanitario donde se situaba el fenómeno en sus comienzos.

El alcoholismo cambia su consideración cuando deja de ser visto como el problema de unas familias que se enfrentan a los males del alcohol, como una desgracia personal o como el destino de ciertas personas. Si, a partir de un momento, se percibe más bien como el problema de una sociedad que promueve o alienta su consumo, o que simplemente permanece ajena a sus efectos negativos en los más diversos ámbitos además del personal. Si se piensa que el problema de una sociedad cuando se ve dañada la salud de muchos de sus miembros (y la salud sí es un asunto público), entonces el problema deja de ser privado y se convierte en un problema público. Hecha estas consideraciones, es difícil negar que el alcoholismo es en la actualidad un problema social, lo que, por insistir en ese asunto que nos importa de un modo tan particular, no deja de tener implicaciones para el trabajo social

Importante es señalar que parte de las actividades de estos grupos realizan, se proyecta hacia afuera de ellos mismos: realizan acciones para la comunidad, dirigidas a colectivos de riesgo y a la población en general. Los trabajadores sociales en este sentido, debemos ser promotores y coordinadores de estos grupos que se encuentran implicados de lleno en estas acciones de sensibilización y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceros, C (1995): **“Trabajo social y alcoholismo” Cuadernos de trabajo social, n° 8, Universidad Complutense, España.**
- Alcohólicos Anónimos (1995): **“Los Doce Pasos y las Doce Tradiciones” Alcoholics Anonymous World Services, Inc**
- Barros, G. (1979): **El alcoholismo asociado a las manifestaciones de la religiosidad popular.** En Revista de Trabajo Social, Santiago, Chile
- Bilbao, J (1998): **Responsabilidades familiares compartidas: Sistematización y análisis.**
SERNAM; Santiago, de Chile
- Comunidad Terapéutica Ambulatoria (2001): **Resumen de la Investigación de Apoyo,** Santiago, Chile
- CONACE (2002): **Datos estadísticos sobre el alcoholismo de las mujeres chilenas;** Santiago, Chile
- Constanzo M., Rojas J, (1986): **Factores cognitivos y conductuales asociados a la conducta y adicción alcohólica,** Universidad de Chile
- Corsi Jorge (2003): **Maltrato y abuso en el ámbito doméstico,** Buenos Aires, Argentina, Edit. Paidós

- Didier, M. (1981): “Patrón cultural de consumo de alcohol: definiciones y descripciones”, **En alcoholismo, segundo congreso iberoamericano de alcohol y alcoholismo**. Santiago; Chile;
- Espinosa, M, (1995) “Mujer en el trabajo y en el hogar” **Repercusiones del doble rol en su vida cotidiana**.
Universidad Central, Santiago
- Fernández, F (1998): **Los secretos del alcoholismo, mujer trabajo y juventud;**
Madrid, ed. Libertarias
- Gazmuri y Langdon (1996): “El consumo de drogas entre la juventud”. **Un modelo de intervención**.
Revista Chilena de Psicología Clínica.
- Griffith, E (s/f): “The treatment of Drinking problems”
A guide for the helping professions
Cambridge University Press, Londres
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., Baptista, L.P. (1998): **Metodología de la Investigación**, Segunda Edición.
- Maluja, Pino (1995): **Estudio descriptivo de algunos factores bio-psico-sociales en mujeres alcohólicas de nivel socioeconómico bajo;** Universidad Central, Santiago, Chile.

- Marconi, E. (1969): **Alcoholismo: nociones básicas para médicos generales (s/d)**
- Marras Sergio (1998): **A partir de Beijing, la familia Chilena del 2000**, Santiago de Chile, Las ediciones de Chile 21
- Mella Orlando (2003): **Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación**, Santiago, Chile Edit. Primus.
- Minoletti; (s/f): **Drogas, Sida y alcohol**, FOSIS, Mideplan; Santiago, Chile
- Money J (1982): **Desarrollo de la sexualidad humana**, Madrid, España, Ed. Morata
- Muñoz M.; Reyes V. (1999): “¿Cómo son las familias chilenas?” **Realidad actual de las familias chilenas**. Asociación Nacional de Asistentes del poder judicial de Chile, Santiago, N° 7
- Olavarria.J (2002): **Hombres: Identidad/es y Sexualidad/es** FLACSO, Chile
- Palma,D (s/f): **La participación y la Construcción de Ciudadanía**, Universidad Arcis, Chile
- Papalia, D y Wendkos, S (1997): **Psicología** Ed. Mcgraw-hill, España

- Pérez y Vicencio (1992): **Beber, Problema y Alcoholismo. Una experiencia de capacitación y asistencia en equipo interdisciplinario para un consultorio municipalizado.** Revista de URACH, Santiago, Chile.
- Quenal, Javiera (1994): **Anda y haz tu lo mismo “Soy Alcohólica como enfrente mi enfermedad”**, Edit. San Pablo, Santiago, Chile.
- Shahandeh, Behrouz (1988): **Métodos para la rehabilitación de personas alcohólicas y drogadictas**, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra Suiza.
- Trulsson, K (2003) **Konturer av ett kvinnligt fält** Socialhögskolan, Luna, Suecia.
- Vera Salas, (1998): **Manual para la formación de la formación de monitores en alcoholismo**, Urach, Santiago, Chile.

DATOS ELECTRONICOS

www.tricom.net/rumbo

Un solo trago para las mujeres

<http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>

Diccionario de la Real Academia Española

www.bcn.cl/pags/publicaciones/temas_actual/famichi.htm	Familia Chile
www.bcn.cl/pags/publicaciones/temas_actual/alcoholi/htm	Alcoholismo-mujeres
http://portaldenegocios.cl/article/2663.htm	El alcoholismo en la mujer
http://www.Helsinki.fi/lehdet/uh/301d.htm	Kvinnors Alkohol-och drog missbruk
http://www.eradicciones.org/revista/numero8/70.html	Prevención de alcoholismo a nivel clinico y comunitario
http://eradicciones.org/revista/numero4/myadia.html	Mujer y adicciones
http://members.tripod.com/~sober_joe/alc fem.txt	El alcoholismo en las mujeres: un escape a las presiones; Grupo de Educación sobre Alcoholismo y otras Adicciones (GESA)
http://www.angelfire.com/ego/salud0/LAMUJER.html	El alcoholismo en la mujer
http://www.adicciones.org/index.html	Adicciones
http://www.adicciones.org/familia/index.html	Familia y adicciones
http://www.adicciones.org.mx/libros/quees.doc	¿Qué es la adicción a las drogas?
www.minsal.cl	Programa salud mental, Ministerio de Salud

http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14programa_alcohol_%20Y_drogas.pdf **Programa de alcohol, tabaco y drogas**

http://socioalcohol.psiquiatria.com/adicciones/vol_11/revista3.html **Drogadicción y prevención familiar; una política para Europa**

ANEXOS N° 1

variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensión	Sub dimensión	indicador
Rehabilitación	<p data-bbox="232 1292 662 1608">Acción de ir hacia delante a través de un conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad de las personas. (Diccionario de la Real Academia Española)</p>	<p data-bbox="232 935 438 1292">Lo entenderemos como los motivos, los facilitadores y dificultades que tuvieron las mujeres durante el proceso de rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="232 651 253 935">- Motivos <li data-bbox="858 651 879 935">- Facilitadores <li data-bbox="1082 651 1103 935">- Dificultades 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="232 364 253 651">- Personales <li data-bbox="351 364 372 651">- Familiares <li data-bbox="617 364 638 651">- Sociales <li data-bbox="841 364 862 651">- Laboral <li data-bbox="960 364 981 651">- Social <li data-bbox="1079 364 1100 651">- Laboral <li data-bbox="1142 364 1163 651">- Social 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="232 76 319 364">* no valorarse como persona o como mujer. <li data-bbox="291 76 312 364">*sentir vergüenza <li data-bbox="351 76 403 364">* mala comunicación con su entorno. <li data-bbox="407 76 459 364">* relación de pareja deteriorada. <li data-bbox="463 76 515 364">* mala relación con los hijos. <li data-bbox="519 76 571 364">* mala relación con los padres. <li data-bbox="617 76 638 364">* pérdida de amistades. <li data-bbox="642 76 729 364">* no realizar bien su labor en el trabajo o pérdida total de ésta. <li data-bbox="733 76 785 364">* Mala relación con los vecinos. <li data-bbox="858 76 879 364">* estabilidad laboral. <li data-bbox="883 76 935 364">* comprensión por parte de los ejecutivos. <li data-bbox="974 76 995 364">* apoyo familiar <li data-bbox="999 76 1020 364">* apoyo de amistades <li data-bbox="1065 76 1117 364">* inestabilidad laboral <li data-bbox="1093 76 1128 364">falta de apoyo familiar <li data-bbox="1132 76 1184 364">* falta de apoyo por parte de los amigos

<p>Familia</p>	<p>Participación de la familia.</p>	<p>Recibir una parte de algo del conjunto de ascendientes, descendientes colaterales y afines de un linaje. (Ibid)</p>	<p>Lo entenderemos como los diferentes niveles de participación que tuvo la familia y la importancia para ellos.</p>	<p>Tipos de familia</p>	<p>* Nuclear * Monoparental * Extensa * Ampliada * Nuevo tipo de familias * Participa activamente * No participa</p>	<p>*matrimonio con hijos *solo madre o solo padre con sus hijos *aparte del matrimonio con sus hijos, también conviven con otros familiares del mismo lazo consanguíneo. *matrimonio con sus hijos conviviendo con otras familias sin la unión de lazos consanguíneo. *parejas sin hijos *matrimonio sin hijos *otros * asiste a todas las reuniones *opina constantemente sobre su rehabilitación *no tiene compromiso con ella. *no se sienten responsables con ella con respecto a su rehabilitación</p>
----------------	-------------------------------------	--	--	-------------------------	--	---

ANEXOS N°2

PAUTA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA LAS MUJERES EN
PROCESO DE REHABILITACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTADA

ENTREVISTA N° _____

EDAD: _____ años

OCUPACIÓN: _____

TIEMPO DE CONSUMO: _____ años

TIEMPO DE ABSTINENCIA: _____ años

II. EN RELACION A LAS MUJERES EN REHABILITACION

1. ¿Qué la motivó para someterse a un tratamiento de rehabilitación?
2. ¿Cuáles o quienes fueron su facilitadores en el proceso de rehabilitación?
3. ¿Cuáles fueron sus dificultades en el proceso e rehabilitación?

III. RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR

1. ¿Ha sido importante para usted el apoyo familiar durante el proceso de rehabilitación?

PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA LOS FAMILIARES
DE LAS MUJERES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN.

I. IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR

1. NOMBRE _____
2. EDAD. _____
3. PARENTESCO. _____
4. GRUPO FAMILIAR _____

II. CON RESPECTO A LA PARTICIPACIÓN

1. ¿De que forma ha participado usted en el proceso de rehabilitación de su familiar?
2. ¿Ha sido importante para usted apoyarla durante este proceso de rehabilitación?
3. ¿ Cree usted que ha sido importante su apoyo para ella?

III. RESPECTO AL CAMBIO Y PROCESO DE REHABILITACIÓN

1. ¿Cómo ha sido este cambio durante el proceso de rehabilitación para la familia?

