



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**MUJERES DE NIVEL SOCIO ECONOMICO BAJO  
Y ALCOHOLISMO**

Alumna: Lucrecia Herrera Inostroza

Profesora Guía: Ana Maria Villarino

**TESIS PARA OPTAR A GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN  
TRABAJO SOCIAL**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL**

**Santiago – Chile, Septiembre 2005**

## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	6
Preguntas de investigación	8
Objetivos Generales y Específicos	9
Variables	10
Estrategia Metodológica	11
<b>PARTE I : MARCO TEORICO</b>	13
<b><u>CAPITULO I TEORIAS DEL ALCOHOLISMO</u></b>	14
1.    TEORIAS FISIOLOGICAS	15
2.    TEORIAS GENETICAS	16
3.    TEORIA SOCIOLOGICA	17
4.    TEORIA DE SISTEMAS	22
5.    TEORIA COGNITIVA CONDUCTUAL	25
<b><u>CAPITULO II</u></b>	31
<b><u>DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y SUS CONSECUENCIAS</u></b>	31
1.    DEPENDENCIA ALCOHOLICA	31
2.    CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA	34

2.1. Efectos Biológicos – Físicos	34
2.2. Efectos Psicológicos	39
2.3. Efectos Socio Culturales	43
<b>MARCO REFERENCIAL</b>	<b>47</b>
<b><u>CAPITULO III</u></b>	<b>48</b>
<b><u>GENERO, POBREZA, ALCOHOLISMO Y FAMILIA</u></b>	<b>48</b>
1. GENERO	48
1.1. Género y Alcohol	50
2. ALCOHOLISMO, POBREZA Y FAMILIA	60
<b><u>CAPITULO IV</u></b>	<b>67</b>
<b><u>POLÍTICAS SOCIALES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN</u></b>	<b>67</b>
1. TIPIFICACION DE ALCOHOLICOS	69
2. POLITICAS DE SALUD MENTAL	70
2.1. Lineamientos Generales	72
3. MODELO DE INTERVENCION ALCOHOLICA	73
3.1. Tratamiento de Alcoholismo	74
3.2. Programa detección precoz del Alcoholismo	76
3.3. Grupos de Auto Ayuda	78

<b>PARTE II ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>81</b>
<b><u>CAPITULO V</u></b>	<b>82</b>
<b><u>INFANCIA E INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL</u></b>	<b>82</b>
1. SITUACION FAMILIAR EN LA NIÑEZ	83
1.1. Historia Familiar	85
a) Consumo antes de la gestación	85
b) Alcoholismo dentro de la familia	87
c) Violencia Intra Familiar	88
1.2. Relaciones Familiares	89
a) Relación con Progenitores	90
b) Comunicación madre e hija	91
1.3. Entrega de afecto	93
1.4. Tipo de Familia	94
1.5. Capital Cultural	95
1.6. Situación Socio Económica	97
2. SITUACION SOCIAL	98
2.1. Percepción del consumo de alcohol en el sector	99
2.2. Participación Social	100
2.3. Referente Significativo	102
3. BUSQUEDA DE SENSACIONES	103
3.1. Edad y Acompañamiento	103
3.2. Circunstancias del consumo	105

3.3. Conocimiento previo de efectos del consumo	106
3.4. Episodios	108
<b><u>CAPITULO V I</u></b>	109
<b><u>SITUACION DE DEPENDENCIA EN MUJERES</u></b>	
<b><u>DE NIVEL SOCIO ECONOMICO BAJO</u></b>	109
1.    DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	110
1.1.    Motivos de la Dependencia	110
1.2.    Circunstancias del consumo	111
1.3.    Consumo de otras sustancias	112
a) Utilización de otras drogas	113
b) Consumo de tabaco	114
1.4.    Salud Mental de las mujeres dependientes	114
2.    EFECTOS DE LA DEPENDENCIA	116
2.1.    Relación con la familia de origen	116
3.    SITUACION DEL GUPO FAMILIAR	118
3.1.    Relación conyugal y parental	118
3.2.    Vida sexual	120
a) Maltrato físico y psicológico	120
b) Frigidez y Promiscuidad	121
3.3.    Sistema laboral	122
3.4.    Sistema social	123
a) Participación en el proceso educacional	123

<b><u>CAPITULO VII</u></b>	126
<b><u>TRATAMIENTO Y SITUACIÓN ACTUAL</u></b>	126
1. CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES	126
1.1. Edad	126
1.2. Estado civil y Número de hijos	127
1.3. Estado educacional	128
1.4. Situación laboral	129
2. SITUACION FAMILIAR	130
2.1. Tipo de familia	130
2.2. Comunicación	132
2.3. Relaciones familiares	133
a) Relaciones con la familia de origen	134
b) Relación con el grupo familiar actual	135
b.1.) Relación conyugal y parental	135
2.4. Entrega de afecto	136
2.5. Acompañamiento familiar	138
a) Participación en el proceso	139
a.1.) Forma de participación en el proceso	141
2.6. Violencia Intra Familiar	142
a) Consumo de alcohol de la pareja y Violencia Intra Familiar	142
3. SITUACION SOCIO ECONOMICA	143
3.1. Ingreso familiar y vivienda	143
a) Tipo de la vivienda	144
b) Material de la vivienda	145

3.2.	Sistema de salud	145
4.	SITUACION SOCIAL	146
5.	PERCEPCION DEL TRATAMIENTO	147
	<b>CONCLUSIONES</b>	150
	<b>APORTE AL TRABAJO SOCIAL</b>	168
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	176
	<b>ANEXOS</b>	188
	<b>OPERACIONALIZACION</b>	
	<b>ENCUESTA</b>	

## INTRODUCCION

El consumo de bebidas alcohólicas está en nuestro país ampliamente difundido, racional y emocionalmente aceptado, es parte de nuestras costumbres, hábitos, cultura, de las ideas de las tradiciones vitivinícolas que protegen, perpetúan y transmiten la ideología del consumo a través de un extenso mosaico de ritos y estereotipias que bien podemos describir como todo un sistema de racionalizaciones y justificaciones y que al final de cuentas, magnifican el consumo

Uno de los grandes problemas de salud mental en Chile es el Alcoholismo. Su creciente aumento se presenta como un fenómeno de interés tanto para las autoridades como especialistas en la materia, pero el que genera mayor preocupación es el alcoholismo femenino.

Los últimos estudios de CONACE (2003:53) demuestran su marcado aumento y la mayor demanda de tratamiento, en ambos géneros, pero un particular en las mujeres

*“En la década de los años 60, la proporción de alcohólicos hombres y mujeres era de 10:1, en la década de los años 70 - 80 se hablaba de una proporción de 5:1, y hoy en el siglo XXI se habla de una proporción de 3:1”*

Numerosos trabajos en la literatura científica intentan describir a las personas dependientes a alguna sustancia desde diferentes puntos de vista, describiendo sus causas, efectos, como la prevención y tratamientos desde modelos biológicos, psicológicos y sociales, sin embargo, la gran mayoría de ellos no se refieren a tal problemática desde la perspectiva de género.

En nuestro país la intervención en drogas y alcohol ha tenido un escaso desarrollo en el nivel de los conocimientos y estrategias, en torno a las diferencias que

se manifiestan en el consumo problemático de drogas y alcohol en población femenina, esto a pesar del aumento creciente del consumo de alcohol por parte de este género. Tal situación se refleja en una escasa oferta de tratamiento para mujeres con problemas de alcohol.

*“El consumo de bebidas alcohólicas en el año 2000 por parte de las mujeres alcanzó a la cifra de 43,18% y en los hombres un 60,43%; en el año 2002 estas cifras en la mujer alcanzan a un 49,21% y en los hombres a un 62,62%” (CONACE, 2003:71.)*

Hay una serie de características que diferencian la dependencia alcohólica entre hombres y mujeres; las causas que motivan, la frecuencia de consumo, los efectos psicológicos, físicos, etc., serían particulares según sexo. Sin embargo, la literatura que describe estas peculiaridades es escasa, y los resultados no siempre son válidos debido a algunas limitaciones metodológicas. Lo cierto es que la dependencia alcohólica por parte de la mujer va en aumento, y la ciencia ha hecho por ahora escasos aportes. Esto es más evidente para Chile, donde existe escasa bibliografía al respecto y la metodología de intervención en los tratamientos, es realizada sin distinción de género.

Troncoso (2001) plantea que el consumo de bebidas alcohólicas per cápita, los niveles de incidencia, frecuencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad de la dependencia alcohólica, tienen en nuestro país características epidemiológicas alarmantes.

*“ Las elevadas tasas de consumo de bebidas alcohólicas nos sitúan entre los primeros países con este tipo de problemas, no sólo de nuestro continente, sino también a nivel mundial.” (Ibid:46)*

Además, hay que tener presente que los equipos de salud en Chile deben enfrentarse a diario con personas que solicitan ayuda porque se encuentran en una

situación tal, producto del consumo de alguna droga, que no se sienten capaces de resolver por sí mismos las dificultades que experimentan. Por otro lado, los recursos existentes resultan inefectivos, frente a la gran demanda de éste tipo de problemas , por lo que la desesperación y el desconcierto se apodera tanto de las personas que presentan consumo y/o dependencia como la de los profesionales que trabajan en esta área.

Los médicos no recogen información básica sobre el consumo, ni sobre sus consecuencias, y habitualmente no hacen preguntas adecuadas al respecto .Muchos pacientes llegan al tratamiento después de repetidas consultas a diferentes médicos, sin un diagnóstico de Bebedor Problema.

*“ Bebedor Problema se le considera al individuo que tiene una forma de consumo de alcohol que pone en riesgo o perjudica la calidad de su vida propia y la de los demás. En Chile, más o menos una de cada cinco personas mayores de 15 años son Bebedor Problema. De todos ellos sólo la cuarta parte sufre ya dependencia” (Ministerio de Salud 2003:149)*

La detección precoz del bebedor problema y su adecuada intervención aminora costos, previene complicaciones, reduce morbilidad asociada, y sin duda contribuye a un estilo de vida más sano para la población.

Esta detección permite , además, ofrecer alternativas de moderación en el consumo a un alto porcentaje de Bebedor Problema, meta que es más fácil de aceptar y conseguir que la abstinencia definitiva y total. La detección precoz del bebedor problema y su oportuna y adecuada Intervención es responsabilidad prioritaria en el nivel primario de atención en salud.

*“ Se dará énfasis, al mejoramiento de la calidad de las acciones de salud mental en cuanto a la tecnología empleada, la capacitación de los agentes, la adecuación a las necesidades para el logro de satisfacción de los usuarios” (Ministerio de Salud 1997: 4) .*

Los síntomas tempranos del bebedor problema pueden ser mínimos o sub clínicos lo que dificulta su detección. La población general tiende a no relacionar el uso indebido de alcohol con sus consecuencias médicas. (indicador de gran permisividad social).

Esta exposición de la cultura del consumo de bebidas alcohólicas, no puede ser comprendida si se divorcia de las costumbres, de la relación emocionalmente positiva, de las ideas del consumo y del contexto social protector de nuestras tradiciones vitivinícolas, entonces al identificar las dimensiones socioculturales, alcances epidemiológicos y complicaciones médicas del uso de bebidas alcohólicas, tendríamos que ser enfáticos en agregar que el alcoholismo en nuestro país es un problema de mucha complejidad.

Un estudio publicado en el Diario de la Asociación Americana de Medicina (2000) , muestra que las mujeres que beben de dos a tres bebidas alcohólicas por día, son en un 41% y a la vez son más propensas a desarrollar cáncer de mamas, que quienes no beben. En Chile aún no contamos con investigaciones que nos comprueben esta información, pero sin duda es mejor anticiparse y evitar enfermedades tan complejas como es el cáncer .

Por lo tanto se requiere que este fenómeno de tanta complejidad sea descrito a través de la epistemología, el abordaje y la investigación transcultural, multidisciplinaria y ecológica de todos los factores significativos que influyen en el desarrollo de los elevados índices de consumo y en el escaso número de abstemios.

Entre el hombre y la mujer existen diferencias biológicas, psicológicas y sociales. Pero es necesario señalar que las diferencias genéticas entre hombres y

mujeres no son tan grandes para explicar las diferencias sociales que existen entre ellos.

Las características que son vistas como propias de la mujer, tanto en lo psicológico como en lo social, son influenciadas en forma importante por la cultura y la educación de la sociedad patriarcal, las que a su vez reflejan expectativas sociales con relación a cada sexo, estableciéndose socialmente, en gran medida cuáles van a ser las formas de actuar, pensar y sentir propias de cada género.

En este contexto la mujer ocupa una posición desfavorable, pues sobre ella descansa el ocuparse de las tareas domésticas, que no son reconocidas ni recompensadas en el ámbito económico, pero que son necesarias para que las actividades económicas del mundo se desarrollen y progresen. Su desempeño en otro tipo de roles relacionados con el campo económico, social, científico, académico y tecnológico es poco valorado lo que se traduce en sueldos por debajo del percibido por el hombre.

De acuerdo a lo expuesto, es que se realizara una investigación que logre describir la situación de las mujeres alcohólicas, que de cuenta de las circunstancias que podrían haber propiciado en su consumo de alcohol, la vivencia de la dependencia y bajo que condiciones llevan a delante su tratamiento. Para ello vamos a considerar a mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del consultorio Luis Infantes Cerda de la Comuna de estación Central perteneciente ala Región metropolitana.

Este estudio permitirá , desde un punto de vista práctico, contribuir a un mejor conocimiento del alcoholismo femenino, lo que facilitará al consultorio Luis Infante Cerda, la orientación y/o dirección de estrategias de intervención nuevas e innovadoras más apropiadas para el tratamiento de esta temática, desde la prevención, detección y rehabilitación de los sujetos .

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado el rol que la mujer juega en la sociedad en términos de la familia, y su creciente participación social, las consecuencias del alcoholismo femenino afecta al núcleo mismo de lo que las sociedades de occidente constituyen la base del sistema social: la familia .

Existen distintas posturas que explican el fenómeno del consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres, algunas plantean que tiene un origen genético, otras plantean que tiene un origen en la dinámica familiar, historias familiares, conflictos conyugales, etc. Troncoso (2001) especialista en el tema de alcoholismo afirma que:

*“Las motivaciones de la mujer para beber y como su adhesión a tratamiento, es más afectivo y emocional, se relaciona con los problemas familiares, conflictos conyugales, depresiones con intentos de suicidios duelos no elaborados como la pérdida de seres queridos, en cambio los hombres aducen en general problemas laborales, legales o económicos.”  
(Ibid:48)*

También se plantea que las consecuencias del uso y abuso del alcohol en mujeres es distintas a los del hombre. La mujer con dependencia alcohólica provoca un mayor estigma que la dependencia alcohólica en el sexo masculino, tal situación va generando, su aislamiento de la vida social, como el incumplimiento de las responsabilidades correspondientes de su rol, despreocupándose del hogar, del cuidado y educación de sus hijos, de su propia salud a riesgo de engendrar hijos enfermos (Síndrome Alcohólico Fetal) y otras alteraciones sociales y familiares.

El mismo autor, frente a esta situación argumenta que la diferencia de patrones, consecuencias, formas y causas de consumo en estudios comparativos entre el beber femenino y masculino dan cuenta de importantes diferencias que harían de la dependencia alcohólica femenina un cuadro particular.

*“La dependencia alcohólica femenina tiene asociada un mayor estigma social, en cambio el hombre es impulsado a beber más por valores culturales. Esto hace que la mujer beba a escondidas, generalmente sola, y consulte más tardíamente, con un alcoholismo más avanzado. El hombre bebe en público, acompañado y consulta en diferentes etapas de la enfermedad. La consulta de hombre es mayor que las mujeres”. (Ibid:48).*

Daskal (1989) sostiene que una importante proporción de las mujeres que beben provienen de hogares disfuncionales por graves problemas familiares como alcoholismo del padre, madre o ambos. Algunos autores enfatizan que la presencia de figuras masculinas significativas, alcohólicas en la infancia o juventud de son determinantes en su posterior alcoholismo.

*“ Los hogares que se caracterizan por miseria, maltrato, abandono moral o material, vínculos primarios precarios, inestables, tienen una mayor probabilidad de consumir alcohol y caer en la dependencia de éste” (Burín, et al, 1997:51)*

Por otra parte, los programas están diseñados para la rehabilitación de pacientes hombres, por sobre el de las mujeres, de hecho existen en nuestro país una incipiente consideración respecto del genero femenino lo cual se ve reflejado en los pocos y reconocidos centros que consideran a lo menos en un aspecto del tratamiento a la variable genero. En general las consultas de mujeres son raramente espontáneas y son enviadas directamente a los servicios de alcoholismo. Todo esto hace difícil la detección de casos para el tratamiento precoz y la obtención de datos epidemiológicos que den cuenta de la real magnitud del problema.

Con relación a lo anteriormente señalado se puede concluir que la problemática de ingestión de alcohol no está siendo abordada de acuerdo a las características particulares presentadas por género.

Por lo tanto adquiere gran relevancia, conocer las características de la población femenina antes, durante y después del periodo de dependencia, con el objetivo de establecer orientaciones y estrategias de intervención específicas en la población objeto de estudio.

Para ello, hemos considerado a las mujeres pacientes del Consultorio Luis Infantes Cerda, de la comuna de Estación central, las que se encuentran participando del tratamiento en alcohol, con el propósito de indagar sobre su vida de infancia, periodo de dependencia y la situación actual en la que se encuentran en relación al tratamiento, planteándonos las siguientes preguntas:

¿Qué circunstancias pudieron haber propiciado el inicio del consumo de alcohol en mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del consultorio Luis Infante Cerda de la comuna de estación Central, Región Metropolitana?

¿Qué motivos, según la percepción de las mujeres de nivel socioeconómico bajo pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, pudieron haber incidido en el consumo dependiente?

¿Qué efectos familiares y sociales contrajo el consumo dependiente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del consultorio Luis infante Cerda?

¿Cuál es la situación actual de las mujeres de nivel socioeconómico bajo pacientes del consultorio Luis infante Cerda y su percepción sobre el tratamiento ?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL 1**

Describir las circunstancias que podrían haber propiciado el inicio del consumo de alcohol en mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del consultorio Luis Infante Cerda de la comuna de estación Central, Región Metropolitana?

#### **Objetivos Específicos**

- 1.1- Identificar componentes de la familia de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, antes de su periodo de dependencia.
- 1.2- Determinar aspectos personales de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, antes de su periodo de dependencia.
- 1.3- Mencionar condiciones sociales en las que vivieron las mujeres de nivel socioeconómico bajo, antes de su periodo de dependencia.

### **OBJETIVO GENERAL 2**

Describir motivos y efectos del consumo de alcohol, durante el período de dependencia de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del consultorio Luis Infante Cerda de la comuna de estación Central, Región Metropolitana.

#### **Objetivos Específicos**

- 2.1- Determinar los motivos que las mujeres de nivel socioeconómico bajo perciben que fueron los causantes de su dependencia?

- 2.2- Identificar los efectos que produjeron la dependencia en el ámbito familiar y social de las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

### **OBJETIVO GENERAL 3**

Describir la situación actual de las mujeres, de nivel socioeconómico bajo pacientes del consultorio Luis Infante Cerda de la comuna de estación Central, Región Metropolitana.

#### **Objetivos Específicos**

- 3.1- Determinar el funcionamiento familiar actual de las mujeres de nivel socioeconómico bajo.
- 3.2- Identificar la situación laboral y social de las mujeres de nivel socioeconómico bajo.
- 3.3- Señalar las percepciones de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, respecto del tratamiento en el que se encuentran insertas.

### **VARIABLES**

Para nuestro estudio se trabajaran las variables: circunstancias; motivos; efectos; y situación actual, las que son definidas en la operacionalización ( ver anexos)

## ESTRATEGIA METODOLOGICA

### TIPO DE DISEÑO:

- a. **No experimental:** No se va a aislar al grupo de estudio de su contexto, por lo que no se manipularán las variables independientes (causas)
- b. **Transeccional** : Se realizará en un período determinado, para medir la relación de una o más variables.

### TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva

**Descriptiva:** Se va a describir el fenómeno del alcoholismo en las mujeres, antes, durante y después de su período de dependencia, describiendo las variables y su relación entre ellas y el alcoholismo. Se utilizará este tipo de estudio, ya que nos permitirá seleccionar una serie de variables, las que serán medidas de manera independientes, para poder establecer su relación con el alcoholismo.

### UNIVERSO:

119 mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, comuna de Estación Central, Región Metropolitana.

**MUESTRA:** No probabilística- según perfil ideal.

La muestra para este estudio estará constituida por 33 mujeres, de nivel socioeconómico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, comuna de Estación Central, Región Metropolitana, de acuerdo a las características requeridas para el estudio:

- a) Haber sido diagnosticada como dependiente a la droga alcohol por el equipo multiprofesional del Consultorio según los criterios de clasificación CIE-10.
- b) No haber presentado episodios de reincidencia y/o recaídas del consumo

#### **UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, comuna de Estación Central, Región Metropolitana

#### **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La recolección de la información se realizará mediante las técnicas de:

Encuesta: Lo que le da el carácter de enfoque cuantitativo.

Entrevista: Lo que le da el carácter de enfoque cualitativo.

#### **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Encuesta : análisis estadísticos, a través del programa SPSS.

Entrevista : análisis temático . Se adjuntaran las opiniones de las entrevistas junto a los temas establecidos por el análisis estadístico.

**PARTE I**

**MARCO**  
**TEORICO**

# CAPITULO I

## TEORIAS DEL ALCOHOLISMO

Las bebidas alcohólicas fermentadas, según Rosenstingl (1978), son un descubrimiento que puede conjeturarse su aparición a una antigüedad superior a los 8000-10000 años aproximadamente. La obtención de bebidas alcohólicas por el hombre sólo fue posible cuando se pudieron guardar en recipientes adecuados, frutas azucaradas o cereales capaces del proceso de fermentación. Eran bebidas alcohólicas fermentadas parecidas -conceptualmente- a la cerveza.

Font y Quer, (1976) señala que posteriormente con el cultivo de la vid, aparecieron los primeros brebajes que con el tiempo recibieron el nombre de vino. La posibilidad de que su ingestión fuera capaz de producir una potente alteración del sentir, existir y vivir (embriaguez) constituyó el inicio de un largo periodo religioso que en el área mediterránea se concretó con la mitología griega romana en los dioses Dionisio – Baco, desde donde pasó a otras denominaciones religiosas y al cristianismo, donde persiste todavía hoy.

*“La vid es originaria de Armenia, entre el monte Ararat y el Caucaso. Esta situación explicaría su expansión histórica en esta zona de la actual Turquía, Palestina y Líbano, donde predominó el cultivo de la vid y la socialización del vino”  
(Ibid: 77)*

El proceso de expansión de bebidas alcohólicas no fue exactamente paralelo al del cultivo de la vid, sino al de los cereales, su cultivo está connotado en el octavo milenio a.C., con la aparición de la denominada "Revolución Agrícola" que permitió cosechar cereales y lentamente convirtió al nómada cazador en recolector agricultor. Existen registros de fabricación de cerveza del cuarto milenio a.C. en Egipto, Babilonia, Sumeria y en las ciudades estado de esa zona.

## 1- TEORIAS FISIOLÓGICAS

Las teorías fisiológicas explican el consumo de alcohol por la necesidad física de ingestión de forma excesiva de esta droga y a la vez consideran que es la acción fisiológica del alcohol la responsable fundamental de la elicitación del beber incontrolado, iniciado a través de la mediación de los efectos fisiológicos.

Según lo planteado por Robbin (1985) existen apreciables diferencias fisiológicas entre el alcoholismo femenino y el masculino, siendo las principales la carga familiar del alcoholismo y la psicopatología; sin olvidar el alto grado de vulnerabilidad de la mujer, las expectativas frente al consumo, el patrón consumo o los factores desencadenantes.

*“...Como la presencia de dependencia física hacia el alcohol (modelo de enfermedad), manifestada por la pérdida de control del individuo en la ingestión de esta sustancia , deseos imperiosos de beber y síntomas de privación” (Hughas 1990:54)*

Además, Hughas (Ibid) señala que desde el punto de vista fisiológico, este proceso se consolida cuando la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol gatilla en una reacción en cadena, lo que conlleva al consumo involuntario con la subsiguiente intoxicación eventual.

Si bien este enfoque, destaca tanto la acción física del alcohol en el desarrollo del alcoholismo, como los factores sociales que pudieran estar relacionados, éste no los integran lo suficiente ni tampoco describen la interrelación entre los factores físicos y sociales que serían la base de la conducta adictiva.

Es importante señalar la postura que tiene frente a esta temática la CIE-10 ( Clasificación internacional de enfermedades ), respecto de su criterio clasificatorio del alcoholismo, en donde hace distinción entre abuso de sustancias y dependencias de las mismas.

*“ Abuso : Un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas” mientras que a la dependencia (considerada algo más serio que el abuso es la incapacidad de control de consumo, es decir, adicción fisiológica” .(Ibid:30)*

Es así como se considerará cualquier patrón de consumo de sustancias psicoactivas como problemático y que requerirá, por lo tanto, de intervención si acaba generando consecuencias adversas ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales, independientemente de que dicho consumidor experimente o no, tolerancia fisiológica o síndrome de abstinencia .

## **2.TEORIA GENETICA:**

Las teorías genéticas por su parte, sostienen que la trasmisión de sustancias que provocan dependencia a través de las generaciones, han sido enfocadas tradicionalmente desde dos perspectivas distintas; una genética y la otra cultural.

La perspectiva genética se refiere al alcoholismo como un estado biológicamente determinado y que la predisposición a la dependencia se encuentra codificada en el material genético de la persona, por consiguiente dicha predisposición podría ser transmitida a las generaciones posteriores por medio de un “gen”.

*“ Es así como ha quedado en evidencia, que los hijos de los padres alcohólicos exhiben una probabilidad mucho mayor de llegar a ser alcohólicos cuando pasan a la edad adulta” (Cloninger 1990:51)*

Desde lo cultural, esta teoría sólo hace referencia al consumo de alcohol dentro del hogar familiar, donde éste está siendo observado por los miembros del grupo familiar, interiorizando la situación como normal y aceptable.

Siguiendo con Cloninger (Ibid) considera que el alcoholismo es transmitido genéticamente, afirmándose de los estudios que se han realizado con familias de sujetos alcohólicos, gemelos mono y dicigotos y con hermanos en situación de adopción, los que avalan dicho planteamiento.

Los estudios realizados al respecto afirman la existencia de la transmisión genética del alcoholismo. Pero sin embargo, la controversia persiste por la dificultad que implica evaluar la importancia relativa de la herencia y el ambiente como también las variables psicológicas que podrían estar influyendo en los individuos estudiados.

El mismo autor, haciendo referencia al tema del alcoholismo femenino, plantea que habría una menor disposición genética en las mujeres que en los hombres, pero a su vez agrega que deben hacerse estudios con muestras más amplias que respalden aún más esta aseveración. Señala a sí mismo que los datos existentes sugieren, eso sí, que los problemas de disrupción familiar temprana como la adopción, las influencias del medio y las sanciones culturales contra la ingestión excesiva del alcohol en las mujeres puede sobrepasar las contribuciones genéticas al alcoholismo.

### **3. TEORIA SOCIOLOGICA**

La teoría sociológica, por su parte, da cuenta que el contexto en el cual el individuo se desarrolla, como por ejemplo la existencia de alteraciones en la vida familiar y social, las que deben ser considerado como causa primordial del beber problema y que a su vez, la ingesta excesiva de alcohol afectaría todas las áreas de la vida de un individuo.

Según el planteamiento de Heath y Stantany (1991) respecto de los factores sociales que mayor influencia tendrían sobre el alcoholismo señalan , la edad, historia familiar, etnicidad, sexo, estatus social, religión, relación marital y la extensión de la vida urbana.

Dentro de este modelo se menciona la teoría de sistemas, la que tiene un rol importante en la comprensión y manejo de la conducta alcohólica, la cual no se enfatiza en el por qué de la conducta adictiva como lo hacen otros enfoques psicológicos, sino que su postura se refiere más específicamente al cómo y a dónde sucede éste fenómeno.

*“ Aquí el alcohólico no es considerado una víctima ni victimario, sino un producto de la alteración del sistema, observando al sistema total como la unidad del problem”  
(Ibid:54)*

Dentro de la perspectiva sociológica se van incorporando poco a poco elementos de la teoría de sistemas, donde nos encontramos con la mirada de Parsons (1951) quien postula con relación al sistema social, que éste consiste en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, además que cuenta con actores motivados por una tendencia a obtener un óptimo de gratificación y cuyas relaciones con sus situaciones - incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos.

Los funcionalistas como Parsons (Ibid) delinearon una serie de prerrequisitos funcionales para todo el sistema social. Lo primero que argumentaron fue los sistemas sociales deberían estar estructurados de manera que fueran compatibles con otros sistemas. Lo segundo que plantearon fue que para sobrevivir, el sistema social debería contar con el apoyo de otros sistemas. Tercero, que debería satisfacer una proporción significativa de las necesidades de los actores. Cuarto, que debería

suscitar en sus miembros una participación suficiente. Quinto, que debería ejercer al menos un cierto control sobre la conducta potencialmente desintegradora. Y por último como sexto prerequisite, que si surgía algún tipo de conflicto desintegrador, era necesario que lo controlasen.

En el análisis de los prerequisites funcionales del sistema social, se puede observar que los funcionalistas se centraron en los grandes sistemas y su interrelación.; tanto es así, que cuando hablaban de los actores, lo hacían desde la perspectiva del sistema.

Este análisis nos refleja también la preocupación de los autores por el mantenimiento del orden en el sistema social, por lo que señalan además, que el tratamiento del alcoholismo, debe considerar no sólo al individuo sino al contexto social en el cual se está inmerso, de modo que la persona logre un manejo más adecuado de su vida cotidiana.

Troncoso (2001), quien también es sistémico, le otorga a las drogas y al alcohol un valor simbólico, ya que forman parte constitutiva de rituales sociales que se dan en la vida cotidiana. Así por ejemplo, él considera que el consumo de alcohol trasciende de la mera ingestión del mismo, y pasa a constituir un ritual social, dado que aparece como un medio para: espacio de conversación, compañerismo, tener más personalidad, etc. En otras palabras, el ritual de consumir alcohol es sin duda mucho más importante que el acto de ingerir esta bebida.

Uno de los paradigmas clásicos del análisis social desarrollados por Barcia (et al,1991) hacen referencia a las normas y los valores, que en cierto modo van legitimando socialmente ciertas conductas .

*“ El sujeto recurre a los aspectos normativos y valorativos en concordancia al orden institucional que rodea la acción”  
(Ibid:76)*

Considerando lo planteado por el mismo autor, se puede observar que el sujeto es capaz de poner entre paréntesis los aspectos normativos y valorativos que rodean su acción en la medida que pasa de un orden institucional a otro. Al enmarcar esta acción en situaciones y contextos sociales concretos, el sujeto adoptaría una cierta autonomía de realización fáctica que le posibilitaría enfrentar con relativa libertad la situación social concreta.

Cuando una persona consume alcohol, si bien es cierto éste se mueve en la estructura social con cierta rigidez, en la acción social concreta adopta cierta autonomía., de esta forma la acción social reproduce y es determinada por la estructura.

Esta autonomía producto del enmarque de la acción, va contribuyendo que las prácticas legales o ilegales vayan cobrando autonomía de las estructuras de control o instituciones de control como serían la escuela, la familia, la policía, etc, lo que no significa que no se tengan en cuenta, tan sólo están enmarcadas, puestas entre paréntesis. Tal como vaya transcurriendo la acción, el sujeto vuelve al orden institucional..

Es así como a este recurso de enmarque, se le ve como la capacidad regulada y motivada de poner entre paréntesis los aspectos normativos y valorativos del orden institucional en el cual se encuentra inscrita la acción, que está determinado espacial y temporalmente, y que se depende de la situación social concreta. Además, sólo se recurriría a él, en la medida que el sujeto sea capaz de reconocer como más o menos difusos los valores y las normas del orden institucional en el cual se encuentra inmerso; tanto es así que aún existiendo órganos de control más o menos definidos, el sujeto es capaz de superar los procedimientos del orden institucional predominante, en

la medida que adecua la acción y traspasa los condicionantes representacionales de un determinado orden simbólico a otro.

De esta forma, la familia (órgano institucional concreto), mediante la observación de prácticas sociales, haría que el actor social fuera internalizando los sentidos y representaciones compartidas por los miembros de su familia en torno a un hecho significativo, de esta manera iría adquiriendo códigos significativos que le servirán para dar sentido a la misma práctica, pero en contextos institucionales distintos.

Desde el mismo punto de vista, pero a la inversa, y aún cuando las prácticas concretas no fuesen observadas de forma directa o no formasen parte de la matriz institucional predominante, el actor social recogería los códigos que con mayor pertinencia dieran cuenta de la acción. Se produce así una forma de collage, en donde el actor toma de manera diversa, pero a la vez ordenada, códigos provenientes de ordenes institucionales distintos para dar cuenta de una práctica que se aleja de los patrones predominantes y también coercitivos de la acción.

Es por esta razón, que los sujetos al momento de dar cuenta de una práctica tan singular como lo es el consumo de alcohol, la representen y le den sentido teniendo en cuenta las órdenes institucionales y las agencias y agentes de socialización que moldean y direccionan su desarrollo.

Barcia (Ibid), señala que el consumo de alcohol (al igual que otros grandes problemas sociales) tienen una raigambre efectiva en otros ámbitos de la vida social. No se piensa que sea un fenómeno multicausal, pero si multidimensional, tampoco debe creerse que el consumo de alcohol o drogas sea causa de factores asociados entre sí, sino por el contrario, se piensa que es un fenómeno dimensionado por las instituciones y agentes de socialización espacial y temporalmente concretos que inciden en el desarrollo de los individuos.

#### 4. TEORIA DE SISTEMAS

La teoría de sistema es utilizada en principios para dar cuenta que la familia es una organización social primaria caracterizada por sus vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Es así como los miembros de una familia cumplen roles al interior de ésta y como éstos le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etc .

*“ La familia sigue siendo el contexto en donde se aprenden los valores y además se trasmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar”  
(Jiménez 1999:75)*

Según Jiménez (Ibid) el trabajar desde una perspectiva familiar, significa pensar en ella como un sistema que tiene las características de totalidad negentropía y equifinalidad. Es decir, es un sistema formado por seres vivos - que pueden ser considerados como sistemas en sí mismos-, que es más que la suma de ellos como individuos, que tienen un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de su organización, y que diferentes influencias pueden producir efectos similares. Entonces al considerar a la familia desde una perspectiva familiar se pone énfasis también en que el vivir en familia es una experiencia multigeneracional.

*“ La mayoría de los sucesos ocurren en una compleja interacción de al menos tres generaciones y que cualquier evento histórico o situacional que ocurra en la familia afectará a todos los miembros de ese sistema familiar” ( Ibid: 78)*

Para este mismo, autor los conceptos claves del pensamiento de sistemas estarían relacionados con la integridad, la organización y la regulación, o sea, que los hechos se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta especial atención a las conexiones y relaciones, más que a las características individuales. Señala así

mismo que las ideas centrales de esta teoría radican en que la totalidad se considera mayor que la suma de sus partes, cada parte sólo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad, un cambio en cualquiera de sus partes afectaría a todas las demás y a la retroalimentación que se denomina circuitos cibernéticos.

La información va y viene por estos circuitos de realimentación a efectos de suministrar estabilidad u homeóstasis al sistema, y considera principalmente que las partes cambian constantemente para mantener equilibrado el sistema; por lo que el sistema global mantiene su forma a medida que cambia el patrón de los vínculos entre las partes. Por lo mismo que el concepto de regulación y organización circular, opuesto a la descripción individual y la explicación lineal se convirtieran en el fundamento en el que se apoya la intervención familiar.

Los autores sistémicos proponen que la teoría general de sistema es un nuevo modelo de causalidad que enfatiza la circularidad en las relaciones sociales, respondiendo así a un enfoque holístico en la interpretación de la realidad. Por lo mismo que cada uno de estos planteamientos sitúa el foco de intervención del trabajo social en las zonas de intersección entre el hombre y su medio ambiente, enfatizando en las interacciones y transacciones que se producen en esta zona, centrando la atención en un momento dado. Por lo tanto, el medio ambiente de un sistema y es todo lo que es externo a los límites de las personas y éstos a su vez son siempre parte del ambiente de los del nivel más bajo.

*“Un sistema puede ser definido como una serie de unidades que tienen relaciones entre ellas. Formando una totalidad o conjunto. Por lo tanto, los sistemas pueden ser conceptuales (el tipo matemático), reales (aquellos vivos o no vivos que pueden ser observados) y abstractos (clases de conductas y de relaciones que pueden ser inferidas de los sistemas reales” (Ibid: 103).*

Es importante considerar, según este planteamiento, el concepto de organización, y que obedece a que se encuentra al centro de los principios organizacionales abrazado por la teoría de sistemas, considerando que lo relevante de todo esto, es que las características de organización del sistema, dan como resultado que el todo es mayor que la suma de sus partes, o sea, los elementos del sistema tienen coincidencia, y que la unión de las partes, produce ese algo que no es posible predecir a partir de un conocimiento de las características de cada una de las partes componentes de este sistema.

Por lo planteado, es que en el caso de una familia no es posible predecir las propiedades conductuales con sólo el conocimiento de las personalidades de cada uno de los miembros de una familia, por que se ha sostenido que ningún sistema se puede entender adecuadamente, una vez que éste ha sido reducido a sus partes componentes.

*“ De tal modo, que la conducta de cada uno de los miembros de una familia, al encontrarse en el contexto de ésta, es modelada y limitada por las conductas simultáneas de todos los otros miembros, por si solos y en combinación” (Parsons 1951: 63).*

Continuando con la misma postura, es que podemos visualizar a las familias como sistemas vivos que responden a dos fuerzas, los mecanismos morfoestáticos -en la medida en que cumplen una función reguladora- que suelen equilibrar y modelar el peso y la dirección de las características morfogénicas. Es de este modo que las familias se desenvuelven siempre teniendo presente el mantener su estabilidad, el deseo de cambio y su crecimiento

Entonces podemos decir que desde la epistemología sistémica, hay una visión macroscópica que no olvida lo particular, lo que facilita la intervención individual sin olvidar la globalidad. De esta manera por ejemplo es posible desarrollar una intervención sistémica sin la necesidad de la presencia física de la familia, trabajar con

el individuo sin descuidar a la madre que le acompaña, marcando límites entre ambas realidades, o a la hermana prestigiosa que debe ser resituada sin sentirse descalificada, para facilitar la individuación del usuario sin poner en peligro la continuidad del tratamiento.

Desde dicha perspectiva también es posible integrar fácilmente los denominados programas de disminución de riesgo, que resitúan la relación del individuo con la sustancia, otorgando al adicto la corresponsabilidad en la definición de los objetivos de cambio que quiere alcanzar, ya que en terapia sistémica siempre se codefinen los objetivos.

## **5. TEORÍA COGNITIVA - CONDUCTUAL**

La teoría cognitiva conductual, enunciada por Watson (1913), estudia exclusivamente el comportamiento observable y mensurable del individuo. Este mismo autor, llegó a la conclusión de que toda conducta es una respuesta a algún estímulo del ambiente.

Skinner (1990) al igual que Watson (Ibid), estaban convencidos de que los Psicólogos debían estudiar sólo la conducta observable, producida por un condicionamiento y, al mismo tiempo que debían descubrir las leyes naturales que la regían. Por su parte, Skinner (Ibid) incorporó un nuevo elemento a estudiar, el reforzamiento

Por otro lado la Psicología cognoscitiva, que es uno de los campos más recientes de la psicología, comenzó a desarrollar en la década de los años 60, un estudio acerca de los procesos mentales en su acepción más amplia: pensamiento, sentimiento, aprendizaje, recuerdos, toma de decisiones y también los juicios entre otros.

Los conductistas, están convencidos de que los procesos mentales pueden y deben estudiarse científicamente, y aunque no podamos observarlos de modo directo, si podemos observar el comportamiento y hacer inferencias sobre la clase de procesos cognoscitivos en que se basan. Pero con los años, además, se continuó observando la conducta respecto de los pensamientos, sentimientos y los estados de la conciencia.

Algunos teóricos como Marlatt (1985) han realizado una contribución importante a la literatura científica sobre la adicción alcohólica con su modelo cognitivo-conductual de prevención de la recaída.

Este autor plantea que los individuos se ven a si mismos como si tuvieran una percepción de control o auto-eficacia. Por ejemplo, cuando las personas se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga.

El autor sostiene que cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento efectivas, desarrollando mayor auto-eficacia y como consecuencia existe menos probabilidad de recaída. En cambio aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su auto-eficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga.

El teórico Marlatt (1985) describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos: auto-eficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones.

*La auto-eficacia* , según el autor, se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo, es decir peligrosas. Ejemplo: yo puedo afrontar satisfactoriamente las tentaciones de utilizar drogas. Una persona con una baja auto-eficacia diría: soy un esclavo de las drogas.

*“ Los niveles de auto-eficacia bajos se asocian con recaídas mientras que niveles de auto eficacia elevados se asocian con la abstinencia” ( Ibid: 69).*

Por otro lado los *resultados esperados* hacen referencia a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia o actividad adictiva. Entre los resultados esperados positivos, según Marlatt (Ibid) ) se deberían incluir por ejemplo las siguientes creencias: me hará sentir bien para la fiesta de esta noche.

*“ En la medida en que uno espera un resultado más positivo que negativo de la utilización de la drogas, más probabilidad tiene de continuar usándolas” (Ibid: 70).*

Otro de los procesos, planteados por el autor son las *atribuciones de causalidad* que se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos por ejemplo: nadie que viva en mi barrio llegará a ser un consumidor de droga (factor externo), o soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él (factor interno). Esta psicología explica que este tipo de creencias externalizantes es muy probable que acabe produciendo un consumo continuado de droga, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control.

Bajo esta misma mirada, se ha descrito al abuso de sustancias y a la recaída como, un proceso cognitivo de toma de decisiones. Demostrándose con ésto, que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en tanto conduce, o no, al uso posterior de sustancias.

Se ha detectado en muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias, son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, ya que incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros. Se postula entonces que la terapia cognitiva puede ser compatible con cualquiera de estos abordajes. De hecho, muchos de los pacientes con abuso de drogas y alcohol que atienden a grupos de apoyo, han pasado por desintoxicación interna y toman medicación.

Las principales ventajas, según Marlatt (Ibid: 79), que la terapia cognitiva añade a esta batería de abordajes terapéuticos es que pone su énfasis en :

- a) La identificación y modificación de creencias que exacerbaban el craving o el deseo irrefrenable de consumir.
- b) La mejoría de los estados de afecto negativo (Ejemplo la ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga.
- c) Enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla.
- d) Ayudar a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo.

Beck (1976), considera a la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones

El abordaje para el autor, que se realiza a un paciente determinado, se deriva de una conceptualización minuciosa del caso particular, su vez, la formulación específica del caso se basa en el modelo cognitivo de ese trastorno. La conceptualización completa del caso, en los primeros estadios del tratamiento, que incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida tempranos con los problemas actuales, es lo que diferencia a la terapia cognitiva de alguna de las otras formas de terapia.

*“ El abordaje que se realiza consiste en suponer un trabajo de colaboración terapeuta-paciente (basado en la confianza), activo, basado en gran parte en preguntas abiertas, y por último, altamente estructurado y centrado” (Ibid: 89) .*

Cuando lo anterior se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. La terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas.

Otro estudioso de esta misma disciplina Havassy (1991) plantea que una de las principales características de la terapia cognitiva es utilizar el interrogatorio socrático, el que consiste en hacer preguntas con mucha habilidad, de esta forma, el terapeuta es capaz de examinar algunas áreas del paciente que éste ha dejado fuera del escrutinio como, por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de droga que utiliza, las pérdidas reales debidas a la adicción y la calidad y efectos en las relaciones interpersonales. Además, preguntar conduce a los pacientes a generar opciones y soluciones que ellos no han considerado. Finalmente, este acercamiento sitúa a los pacientes en el modo de cuestionamiento (opuesto al modo impulsivo automático) de forma que empezarán a evaluar más objetivamente varias de sus actitudes y creencias.

En ese sentido, acabar con la utilización de la droga o el alcohol se convierte en un problema técnico. A los pacientes que piden ayuda les gustaría dejar de utilizar drogas, pero no saben como hacerlo. Muchos de ellos han intentado dejarlo ininidad de veces pero no han tenido éxito, la terapia cognitiva les proporciona las herramientas que les permitirán dejar de tomar drogas, beber alcohol o dejar de fumar y mantener el estado de abstinencia. Es más, también podrán aplicar las mismas técnicas para que sean útiles en sus problemas diarios por tanto, conseguir una vida más agradable y plena.

## **CAPITULO II**

### **DEPENDENCIA ALCOHOLICA Y SUS CONSECUENCIAS**

#### **1- DEPENDENCIA ALCOHOLICA**

La idea de dependencia no se refiere a la persona que bebe alcohol, sino a la situación o relación que se establece entre el adicto y el alcohol. La dependencia hace que la persona necesite tomar aquella sustancia periódicamente para poder por un lado, experimentar los efectos psíquicos y físicos que produce, y por otro, evitar los efectos desagradables que su falta provoca.

En la conducta de dependencia podemos observar dos situaciones: tendencia a repetir la utilización de la sustancia y pérdida del control para poder abandonar el uso.

Evidentemente, no siempre que se toman una o varias drogas se llega a ser drogodependiente. Esto va a depender de la relación que se establezca. Al ilustrar este proceso con situaciones habituales sería: el que un día una persona, por curiosidad, por presión grupal (para estar a la altura), la situación de consumir alcohol (en una fiesta o celebración) y, desconociendo sus efectos, puede incluso llegar a una intoxicación aguda, pero esto tampoco indica que, en adelante, se vea obligado a tomar bebidas alcohólicas para sentirse bien.

Todas las personas pueden llegar en un momento determinado a consumir alcohol, pero sin que esto altere la normalidad de su vida, comportándose de una manera controlada cuando a ingerido alcohol. Esta situación no crea dependencia ni hace necesaria esta sustancia para seguir su vida normal.

En cambio, aquellas personas que una vez que han probado la sustancia (tabaco, alcohol, pastillas, marihuana, etc.) continúan tomándola diariamente (aunque sea un producto legal que pueda comprarse fácilmente) y durante un tiempo indefinido, podría sucederles que, si un día quisieran dejar de usarla no pudieran hacerlo

fácilmente y, si se ven obligados a hacerlo, sientan molestias al acusar su falta y, además, noten un deseo imperioso de volver a consumir.

Este deseo puede llegar a ser tan intenso, que no puedan pensar en otra cosa que no sea conseguir aquella sustancia. Este proceso indica que este consumidor ha desarrollado una relación de dependencia con dicha sustancia.

La C.I.E., Clasificación Internacional de las Enfermedades (1995) plantea que la dependencia es el estado producido por el repetido y continuado abuso del alcohol, como por ejemplo: embriaguez, trastorno temporal, desajuste, conflicto sicosocial y todos los síntomas de una posible alteración somática, que genera un fenómeno de salud pública.

*“ La dependencia al alcohol es la necesidad física y psíquica de quien consuma una sustancia determinada y de aumentar la dosis de ésta, la persona no logra controlar la cantidad de sustancias que consume o el tiempo que destina a ellas”  
(Ibid:21)*

Esta misma comisión es la que define los criterios para definir a una persona como dependiente y señala situaciones en las que pueden caer las personas alcohólicas:

- *Intoxicación aguda:* tiene relación con el patrón de consumo de una sustancia si coactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental, por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol.
  
- *Síndrome de Dependencia:* Se le considera al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan

característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para auto controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

- *Estado de Abstinencia*: se le considera al grupo de síntomas de gravedad y grado de integración de variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.
  
- *Estado de Abstinencia con delirio*: es la afección en la que el estado de abstinencia definido se complica con delirio. También se puede presentar convulsiones. Se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología.
  
- *Trastorno sicótico*: es el conglomerado de fenómenos sicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede

haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

- *Síndrome amnésico*: Es el síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.
- *Trastorno sicótico residual y de comienzo tardío*: es el trastorno en el cual los cambios cognitivos de la afectividad, personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período del cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva.

## **2 CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA**

### **2.1 EFECTOS BIOLÓGICOS-FÍSICOS**

La dependencia física, según Hokfelt, (1981), es el fenómeno biológico que escapa del control de la persona, su organismo ha sido habituado a un nivel de sustancia circulando en la sangre, si éste baja, el sistema humano tiene una reacción biológica que conlleva varios malestares y síntomas que pueden ser muy peligrosos y amenazar la vida de las personas.

Esta dependencia física se da cuando el cuerpo, como consecuencia del uso continuado del consumo de alcohol, se adapta a él y lo necesita para continuar con un funcionamiento normal. Esto se hace evidente si se suprime el uso bruscamente, ya que entonces hacen su aparición unos trastornos o molestias físicas (de diverso tipo e intensidad según la droga) que llevan a la persona a la necesidad de volver a consumir para evitarlos.

*“ Desde el mismo instante del nacimiento, la vida humana, que viene caracterizada por una gran plasticidad, fluye en el río de la dependencia. De una dependencia que podemos observar en primer lugar en los procesos de naturaleza biológica. Con la maduración cerebral, el complejo sistema de estímulos procedentes del medio social, a los que se ve sometido el sistema nervioso joven, multiplica las sinapsis, produce los neurotransmisores, se conforman químicamente los receptores cerebrales, los cuales modifican su estructura, el tipo, el número, así como su funcionamiento.” (Ibid:22)*

Continuando con su estudio Hokfelt, (Ibid) postula que la dependencia es una forma de adaptación biológica, recordaremos la permanente variación de los receptores insulínicos, en función de la dieta, el ejercicio físico y otras condiciones que se relacionan con la ingesta de alimentos.

Aún cuando este ejemplo no toca directamente el tema que nos ocupa, nos muestra como el organismo humano adapta continuamente a las necesidades inmediatas la producción de sustancias, que se combinan con receptores específicos, o bien busca en el medio externo las sustancias necesarias para que se ligen con estos receptores.

Se puede señalar según lo planteado por el mismo autor que el fenómeno es general; y no solamente se da de forma directa (es decir, ligando sustancias específicas a receptores específicos), sino también indirecta, cuando sustancias producidas dentro del organismo, o traídas de fuera de él, modulan la acción de otras sustancias sobre

receptores específicos, multiplicando, reduciendo, o incluso inhibiendo estas uniones específicas.

De esta manera, se relaciona a lo anterior con el complejo fenómeno de la tolerancia, facultad de los organismos para soportar dosis continuadas, crecientes e incluso nocivas de sustancias procedentes del medio exterior (fármacos, drogas, tóxicos), o del medio interno, tales como hormonas y otras sustancias relacionadas con la economía orgánica.

Con lo que se ha expuesto se permite ver que a causa de la tolerancia, los efectos de las sustancias en los organismos serán menores en la medida en que la sustancia, a la que el organismo se adapta, sea administrada de forma continuada y no en función de las oscilaciones que dan lugar a los procesos de regulación del metabolismo general de los organismos.

Se ha comprobado que el alcohol es la sustancia de la que más abusan las mujeres en el mundo. Se trata de una droga depresora, que adormece el sistema nervioso central. Una vez que el alcohol entra en la sangre, llega a todos los órganos del cuerpo en minutos. Según la Asociación Americana de Medicina (2000) las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres.

Esta dependencia física se da cuando el cuerpo, como consecuencia del uso continuado del consumo de alcohol, se adapta a él y lo necesita para continuar con un funcionamiento normal. Esto se hace evidente si se suprime el uso bruscamente, ya que entonces hacen su aparición unos trastornos o molestias físicas (de diverso tipo e intensidad según la droga) que llevan a la persona a la necesidad de volver a consumir para evitarlos.

El resultado más dramático del uso de alcohol es el impacto que tiene en el cerebro, pues deprime los centros cerebrales responsables de ciertas funciones, por ejemplo, el área que controla las funciones vitales como la respiración y el latido del corazón o el área de las habilidades motoras, la visión y el juicio. Una persona sobria tiene el completo control de todas estas áreas. Cuando los niveles de alcohol se elevan en la sangre, el cerebro se vuelve cada vez más sedado y las funciones mentales son las primeras en afectarse, haciendo que la persona corra riesgos peligrosos, pues no piensa lo que hace o las consecuencias de sus actos. Con frecuencia las personas que consumen alcohol hacen cosas que normalmente no harían estando sobrias, para algunas personas esto puede ser, hablar de más o ser más sociables, pero también puede que tengan consecuencias hasta mortales.

Dependiendo de la cantidad de alcohol que se bebe y la frecuencia con que se hace, el daño en el cerebro puede ser temporal o permanente. Las áreas afectadas influyen la memoria, la solución de problemas, el juicio, la conducta, la diferenciación del dolor y el placer, la coordinación y regulación de todos los sistemas del cuerpo. Se ha demostrado que las mujeres que abusan del alcohol, sufren de disfunciones cerebrales más pronto que los varones. También se ha descubierto que en las mujeres que consumen alcohol, las partes de su cerebro que coordinan las funciones múltiples, son mucho más pequeñas que aquellas de las mujeres que no abusan de alcohol e incluso, que la de los hombres que son alcohólicos.

Los efectos del alcohol en el hígado son más severos en las mujeres que en los hombres, pues desarrollan más pronto enfermedades como hepatitis alcohólica y cirrosis, aún cuando beban menos cantidad que los hombres.

El alcohol causa alteraciones en el ritmo del corazón, por lo que si además se tienen otras enfermedades como el endurecimiento de las arterias, puede aumentar el peligro de enfermedad coronaria.

El páncreas produce insulina lo que es de vital importancia para el funcionamiento del cuerpo y la digestión de los alimentos. Una persona no puede vivir sin el páncreas, por lo que es de alto riesgo el consumo de alcohol ya que es el principal causante de la inflamación del páncreas, denominada pancreatitis.

El alcohol puede interferir con la absorción del calcio y el metabolismo de los huesos al disminuir la presencia de las hormonas que ayudan al cuerpo a absorber, excretar y distribuir el calcio en todo el cuerpo. Las deficiencias del calcio pueden provocar enfermedades como la osteoporosis que afectan la calidad de vida, especialmente en las mujeres, sobre todo cuando se es mayor. Las investigaciones sugieren que los problemas de los huesos ocasionados por el consumo excesivo de alcohol, son reversibles.

El alcohol interfiere con la producción normal de las hormonas femeninas. Se ha demostrado que los problemas menstruales, como dolor, sangrado intenso, grandes molestias previas al período y reglas irregulares o ausentes, son comunes a las mujeres que beben demasiado.

Se puede señalar , según la Asociación Americana de Medicina (Ibid) que una mujer que abusa del alcohol puede presentar dificultad para alcanzar el orgasmo, pues como ya se señaló, es un depresor del sistema nervioso central y no es raro también que afecte la libido o deseos sexuales. Cuando la mujer toma anticonceptivos y hormonas, su capacidad para metabolizar el alcohol se reducirá.

En relación al embarazo, se sabe que el consumo de alcohol afecta directamente el desarrollo del feto. Lo más estudiado, se refiere a la presencia del síndrome alcohólico fetal, un cuadro que se caracteriza por un crecimiento retrasado del feto, que incluye una serie de rasgos físicos, trastornos en el desarrollo e incluso retraso intelectual.

Inclusive se puede afirmar que en algunas ocasiones, el consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas tales como abortos espontáneos o mortinatos (muertos al nacer).

## 2.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS

Debemos tener presente que la dependencia a nivel psicológico es la pérdida de la capacidad de control sobre la sustancia psicoactiva, cuando se prueba aunque sea en pequeñas cantidades no puede controlarse, no puede detenerse y consume de acuerdo a su tolerancia, que es más o menor específica para cada dependiente. La pérdida de control sobre lo que se ingiere es la dependencia psicológica, siendo un proceso irreversible en la cual la persona dependiente jamás en su vida tendrá la libertad de consumir lo que quiere, sino de ingerir lo que puede.

Por otro lado, tenemos la utilización de sustancias psicotrópicas, que es una de las tipologías de dependencia psicológica, no la única, pero sí la mejor estudiada. Probablemente sea así a causa de la mayor facilidad para establecer su existencia a partir de la ingesta repetida de sustancias psicotrópicas.

*“ Una cosa ha de quedar clara: aún cuando el cerebro humano es el soporte de los procesos psíquicos, éstos pueden ser estudiados de forma independiente, cuestión que adquiere gran relevancia cuando estudiamos los fenómenos de la dependencia psíquica relacionados con la drogodependencia .” (Korman, 1996: 67)*

Hay que señalar, afirma el autor, que cada ser humano como sujeto particular, vive en permanente malestar psicológico, inherente a su maduración cerebral extrauterina. Aún cuando se da en un medio social e histórico, este desarrollo es único, con todas las consecuencias que la palabra conlleva.

En consecuencia, la dependencia psíquica sólo puede ser estudiada desde la perspectiva de cada ser humano concreto, con sus objetos, formas, sustancias,

comportamientos, etc., articulados de una forma única. En su dimensión normal, es uno de los elementos que vienen a configurar esto que se denomina el carácter o la personalidad de alguien.

Contrariamente a lo que el discurso dominante afirma, es decir, que es la droga la que crea dependencia en el sujeto, Korman, (1996) afirma que son las condiciones psíquicas previas a la adicción, la que facilitan estructuradamente que un sujeto concreto genere dependencia psíquica a tal o cual cosa, a tal o cual droga. Posteriormente, y a la base de repetir el comportamiento de la ingesta, que produce placer inmediato, la naturaleza química concreta de cada droga abre las puertas a que los mecanismos biológicos de dependencia física, tolerancia y toxicidad entren en juego.

Podemos mencionar además que dentro de la temática de la dependencia alcohólica desde una perspectiva psicológica aparecen los trastornos emocionales en la mujer y que son condiciones objetivas y subjetivas, que provocan quiebres y pérdidas del equilibrio emocional. Son mayores las vivencias de costos, que la posibilidad de obtener recompensas y agradados, con frecuencia y calidad suficiente.

Paralelo al fenómeno tan poliédrico de la dependencia psíquica, encontramos otro fenómeno que no se refiere al sujeto afectado por la adicción, sino al entorno inmediato que le rodea, es decir: los miembros de su núcleo familiar, su pareja, los amigos más próximos e íntimos, los compañeros de trabajo o las personas que participan con el adicto a determinadas aficiones o diversiones: Estamos hablando de la codependencia.

*“ La codependencia corresponde a una serie de conductas compulsivas mal adaptativas que aprenden los miembros de una familia para sobrevivir dentro de una familia en la cual se experimentan gran dolor emocional y estrés... conductas... que*

*pasan de una generación a otra ya sea que esté presente el alcoholismo o no” (Instituto Jonson de Minneapolis , 1987:90)*

Estas conductas aprendidas o defectos de carácter auto-destructivos que resultan en una capacidad disminuida para iniciar relaciones amorosas o participar de ellas o como agente que no cuida de sí misma, ya sea estén o no, o nunca hayan estado en relación con un alcohólico.

Cuando nos introducimos en el tema de la codependencia, debemos mencionar que nos referimos a una involucración obsesiva de algún familiar en los problemas del adicto, llegando a vivir por y para él y desequilibrando su propia vida a todos los niveles: personal, familiar, laboral y social. La persona codependiente pierde el control de su propia vida y sus propios límites, invierte toda su energía en el adicto, y tiene gran necesidad de pertenecer y de ser útil.

El problema que se nos presenta con este concepto de codependencia reside en la dificultad para definirlo de manera precisa. Según Wescheider-Cruce (1989:23) considera la codependencia como: “una enfermedad, porque tiene un inicio, un curso, una sintomatología y un fin”.

*“ La codependencia es un estado psicológico desarrollado por un individuo sometido durante largo tiempo a una situación estresante, por la existencia en su ámbito de un adicto. Mantiene un patrón conductual, emocional y actitudinal inadecuado, su vida se basa en una dependencia hacia los demás, llegando a anular su personalidad.” (Smally, 1991:23)*

Este mismo autor nos señala además que el codependiente para mantener su estabilidad emocional y dar sentido a su vida necesitan ejercer de redentores de personas necesitadas. Esta búsqueda de gente que les necesita o a las cuales ellas puedan ayudar es muy placentero porque permite que su baja autoestima reciba ciertas inyecciones de bienestar al sentirse útiles e importantes para los demás. Este problema,

si no se reconoce, dificulta y obstaculiza el tratamiento, pudiendo a llegar a ser un importante factor de riesgo de cara a que la rehabilitación sea efectiva.

En este sentido la codependencia puede llegar a convertirse en una adicción más, hasta el punto de que la mayoría de las características de un codependiente va a coincidir en gran medida con las del adicto.

En las parejas en donde existe un consumidor de drogas suceden una serie de modificaciones que dependerán de la etapa de deterioro en la que se encuentra el drogadicto en su proceso de adicción: Esto lleva a mantener una actitud protectora y encubridora adoptando comportamientos como: cubrir una deuda, dar excusas en su nombre en el trabajo, darle dinero, actuar como si se creyera las excusas del adicto, no hablar con nadie del tema porque le da vergüenza, dar excusas a sus hijos por el comportamiento que le provocan las drogas, comprarle drogas alguna vez o amenazándole con abandonarle pero no cumplirlo nunca.

Dependiendo de cómo se desarrolle la dinámica familiar, es que existen familias con mayor probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol, así como también se presentan otras con menor probabilidades de que prospere la dependencia.

Algunas situaciones que facilitan el desarrollo de las dependencias y específicamente del alcoholismo, es cuando en la familia existen problemas a las dependencias en algunos de sus miembros se acepta esta situación, tratando de aconsejar al familiar que no beba demasiado, pero en alguna manera aceptando el tipo de conducta del familiar consumidor de sustancias. De tal modo que los miembros de la familia paulatinamente se adaptan a esta situación, aceptando esta forma de vida y pensando en que algún día va a terminar.

La familia se esfuerza por salvar a su miembro y entre otras muchas cosas, la encubre, en este caso específico como se trata de la mujer, con tantos roles impuestos

por la sociedad, la situación se agrava aún más, por ser ella la ideal para organizar la dinámica familiar.

La adaptación inicial al estilo de vida individual, intra-familiar y supra-sistémica al aumento del consumo y de la tolerancia, está caracterizada por maniobras que no evitan el consumo, como sería lo más indicado, sino "aconsejan" a no beber tanto, o beber menos, como el amigo o el vecino, a veces, el incumplimiento de beber menos puede ocasionar rencillas maritales o intra-familiares y enemistades con los vecinos, los esposos se enojan, no se hablan y pueden alejarse de los amigos y vecinos, pero nada substancial cambia en sus relaciones Inter.-personales, ni menos en el uso de bebidas alcohólicas.

### **2.3 EFECTOS SOCIO-CULTURALES**

Troncoso (2001) plantea que en este contexto, dos son los aspectos claves que se han de considerar para comprender la dimensión social de la dependencia de unos seres humanos con otros; en primer lugar, habría que tener presente la comprensión del ser humano como portador de categorías sociales, en donde nos mostraría la clase social a la que pertenece el sujeto y además que éste es portador de categorías de sexo género y que además se mueve en un marco de vida cotidiana, participando de un código moral, de un lenguaje y de unas formas concretas de relación entre tecnología y lenguaje; estamos hablando entonces de un ser humano que es portador de un modelo de civilización y de ciudadano encarnado en su cuerpo y en su mente: lo social es lo que ha configurado su cuerpo y éste se inserta así en la vida social.

El segundo aspecto clave tendría relación cuando este individuo gira alrededor de la categoría de la relación. Es por tanto que de esta manera la vida de cada nuevo ser humano se instala en esta compleja trama de procesos, en los cuales las relaciones se objetivan e institucionalizan en función del lugar que las personas ocuparán en esta gran estructura social.

Todo lo anterior se circunscribe entonces básicamente, por la interposición de la familia, que es el grupo de seres adultos cuya función consiste en introyectar en el nuevo ser humano el modelo de civilización y de ciudadano, y hacerle asumir el conjunto de categorías sociales de las que será portador en su vida adulta. Suele decirse por todo lo dicho anteriormente que la familia es la base de la sociedad, pero de acuerdo con lo anterior, resulta más exacto decir, cada sociedad construye su modelo de familia, es decir, la sociedad es la base de la familia, y así garantiza no sólo la existencia del individuo, sino también la reproducción social.

Desde esta perspectiva, la dependencia social no implica en modo alguno suponer que cada sujeto particular, el niño o el adolescente, son meros receptores pasivos del modelo de civilización y de ciudadano, propio del útero social que les vio nacer; bien al contrario, existe una intensa tarea de metabolización de las categorías sociales en la mente de cada sujeto, un intenso trabajo psíquico que se articula en el contexto histórico. Podríamos decir entonces, que cada sujeto particular, a causa de esta labor metabolizadora, bañada en la dialéctica de la afectividad de los que le rodean, interioriza estas categorías a partir de su propia y particularísima experiencia, por lo cual aún cuando el psiquismo de cada sujeto es histórico social, siempre se expresa de forma única e irrepetible.

Debemos agregar además que está comprobada la existencia de una relación directamente proporcional entre el aumento del consumo de alcohol y el número total de alcohólicos. En este sentido la incidencia, frecuencia y el número total de nuevos dependientes a las bebidas alcohólicas, se obtiene a partir del grupo de los llamados bebedores moderados y consecuentemente, el número de nuevos usuarios a las bebidas alcohólicas.

La composición familiar donde se desarrolla el estilo de vida con aumento de la tolerancia y la dependencia de las bebidas alcohólicas, no son culpables ni deben

sentirse frustradas en esta situación, aunque les cabe, un alto grado de responsabilidad porque tendrán que ser capaces de enfrentarse, resolver sus dificultades y problemas a través de procesos en que no existan ganadores ni perdedores, y que incluya a todo el sistema familiar y sus contextos de pertenencia.

*“ Existen los sistemas intra-familiares en disfunción. Este concepto es apreciación semántica de la forma y contenido de la filosofía de las relaciones entre los miembros de una familia donde existe dependencia.” (Troncoso, op. cit. :102)*

Troncoso (Ibid:114) indica como el abuso de alcohol se asocia directa o indirectamente a diversas condiciones o efectos sociales nocivas difícilmente cuantificables, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

- Violencia intra familiar
- Disfunciones sexuales
- Deprivación emocional y material
- Alteraciones de roles y funciones
- Trastornos emocionales y conductuales en la pareja y/o hijos
- Mal rendimiento escolar
- Reducción de presupuesto familiar
- Embarazo precoz en hijos
- Ruptura de pareja y familia.

Además de lo anterior podemos agregar como el abuso de alcohol puede producir daños sociales tales como:

- Destrucción de bienes públicos
- Abusos sexuales

- Mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (incluido el SIDA)
- Problemas delictuales (ej.: robos para comprar alcohol)
- Menor participación en organizaciones sociales
- Inestabilidad laboral.

Para comprender el ciclo, por el cual pasa una familia, comunidad y sociedad en general aún en nuestro país no se han desarrollado suficientemente técnicas psicosociales orientadas a modificar el hábito de ingesta en bebedores problema sin dependencia. Por este motivo se recomienda impulsar la búsqueda de intervenciones innovadoras, incorporando elementos de experiencias extranjeras exitosas y respetando nuestra propia realidad sociocultural.

# MARCO REFERENCIAL

## **CAPITULO III**

### **GENERO, POBREZA, ALCOHOLISMO Y FAMILIA**

#### **1- GENERO**

La perspectiva de género, según Taborga y Krenn (1997) se refiere al análisis de cómo hombres y mujeres afectan y son afectados de manera distinta por acontecimientos y procesos económicos, políticos, sociales, legales y culturales. Desde una perspectiva de género, se analiza el contraste de funciones, responsabilidades, limitaciones, oportunidades y situaciones de hombres y mujeres en una determinada sociedad y período histórico.

Las sociedades occidentales actuales se definen como patriarcales, en donde son los hombres quienes dominan, y todo lo que tenga relación con lo femenino es considerado como algo sin importancia que puede ser dejado en un segundo plano mientras se resuelven los problemas realmente importantes.

En este contexto la mujer ocupa una posición desfavorable, pues sobre ella descansa el ocuparse de las tareas domésticas, que no son reconocidas ni recompensadas en el ámbito económico, pero que son necesarias para que las actividades económicas del mundo se desarrollen y progresen. Su desempeño en otro tipo de roles relacionados con el campo económico, social, científico, académico y tecnológico es poco valorado lo que se traduce en sueldos por debajo del percibido por el hombre.

En nuestro entorno social, según Lamas, (1996). de la mujer se espera que ésta cumpla con un conjunto de características tales como:

- Mayor orientación hacia las personas, tendiendo más que el hombre a la interacción social;

- Dependencia psicológica y económica del hombre; esta situación ha ido cambiando paulatinamente, especialmente en lo económico, aunque es escasa aún la independencia alcanzada en la mayoría de los casos, por lo bajo de las remuneraciones percibidas en el sector laboral formal.
- La mujer debe ser pasiva y sumisa.
- La mujer, en el área de la afectividad, tiene la primacía, esperándose que sea sensible, emocional, tierna y cálida

Estas características han generado la definición del rol tradicionalmente femenino, que sólo le permite a la mujer desarrollar funciones de madre, esposa, encargada del hogar y de las labores domésticas, además de “ser madres”, su principal expectativa.

No obstante, y pese a los progresos y retrocesos de la sociedad en los diversos campos, la mujer en la actualidad no vive una situación clara. Se ve enfrentada a requerimientos que no pueden compatibilizarse fácilmente y que conllevan a expectativas contradictorias respecto al papel que debe desempeñar.

En la actualidad, en Chile particularmente, la mujer ha debido asumir con mayor frecuencia el mantenimiento de la familia, rol que desempeñaban tradicionalmente los hombres, y que en períodos de crisis económicas es abandonada por ellos. Es entonces cuando la mujer debe desempeñar labores que, en la mayoría de los casos, no está socialmente preparada para realizarla y lo hace desempeñando empleos con los roles asignados.

En la transición entre el predominio de un rol tradicional y doméstico, y el surgimiento de otro más moderno que implica roles tradicionalmente masculinos, un grueso sector de mujeres se encuentra enfrentada a un dilema que le genera tensiones internas y conflictos externos que no se han podido resolver.

La definición del rol femenino dentro de la sociedad está relativizado dependiendo del estrato socioeconómico a que pertenezca. En el sector poblacional

urbano la mujer es dueña de casa, sin trabajo remunerado fuera del hogar, y si lo tiene es del sector informal; existe cierta homogeneidad en sus situaciones de vida, acepta el trabajo doméstico como una obligación ineludible, pero que se ve influenciada en su rol por los medios de comunicación social, lo que hace que tenga expectativas contradictorias respecto al papel que debe desempeñar.

A pesar de lo señalado anteriormente, y a los notables avances que han realizado las mujeres en distintos quehaceres de la sociedad, la familia y su manutención siguen siendo el rol principal de la mujer, y que debe compatibilizar con sus intereses personales, recargando sus labores diarias al doble; su trabajo carece del apoyo de la sociedad y no es valorado o remunerado consecuentemente por ésta.

### **1.1 GENERO Y ALCOHOL**

El concepto género y su relación a la salud de las mujeres, podríamos explicarlo a través de dos niveles fundamentales: nivel individual y nivel social. En el nivel individual se puede entender a través del efecto del proceso de socialización, que reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres.

A nivel social, comprender como las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo –practicada por las instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, sanitarias, etc.-y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de prestigio y remuneración. Esta valoración se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción y protección de la calidad de vida y la salud de cada persona.

*“Como los ambientes familiares violentos, aprendizajes de sobre vivencia en hostilidad explícita y/o implícita, historias de abuso y maltrato de los progenitores, experiencias afectivas en donde el placer, el dolor y el poder se expresan a través del sexo, y en donde ese objeto llamado droga pasa a ser el instrumento de auto lesión más potente, en la ambigüedad del placer, la culpa, el dolor, y el auto castigo, potencian en la mujer, profundos sentimientos de desconfianza y gran temor hacia el poder”(Troncoso, op. cit. :91)*

Apuntamos entonces que el enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres –y una parte de la vida de los hombres-, como espacios donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

Argumentando aún más la definición antes dada, existen estudios que a partir de la variable género, explicarían la significación que se le asigna a esta variable.

Existen a la base, dos perspectivas que están íntimamente relacionadas (que son también evidentes): La primera de ellas es la meramente estructural, con esto nos referimos a las percepciones que tienen las mujeres a partir desde las posiciones sociales (roles) que las mujeres ocupan en la sociedad y que evidentemente condicionan y originan una serie de comportamientos y valoraciones diferenciales.

La segunda y quizás la más importante es la que visualizamos desde una perspectiva dinámica de cambio. Esto quiere decir que todas estas posiciones estructurales en que se encuentran asentadas las mujeres están ahora mismo en un proceso al que se han incorporado objetivos específicos desde los colectivos que incorporan la variable género. Lógicamente que este proceso está generando una readaptación y una redefinición de los roles y nuevas expectativas de futuro de las opiniones que se derivaran en el cambio de las posiciones estructurales.

Al encuadrar estas dos grandes perspectivas surgen tres grandes elementos que realmente son tan interdependientes que resulta prácticamente imposible asignarles un orden de importancia.

Es de importancia para esta investigación dar cuenta del primer gran eje discursivo porque está compuesto por todo lo que tiene que ver desde la perspectiva de las mujeres y desde su percepción de las drogas y sus consumos.

Las mujeres alcohólicas hacen referencia a la atribución de los comportamientos que son o no esperables para un colectivo determinado y que radican en las formas de socialización, en este caso de género. Desde esta mirada surge el segundo gran elemento importante, íntimamente relacionado con el anterior, y que es la posición de las mujeres frente a los consumos de drogas, se explica y se argumenta alrededor de una supuesta carga mayor de exigencia, la de un nivel muy superior en la asunción de responsabilidades y en la demostración de fortaleza.

Esta fortaleza se refiere tanto al espacio privado (control y cuidado del entorno) como a los espacios y comportamientos públicos que ocupan. De esta manera el argumento del control, tan recurrente en los discursos sobre los usos de drogas, en el caso de las mujeres no sólo se refiere a la capacidad para manejar los límites de los consumos propios, sino también tienen que ver con la exigencia de demostrar y ejercer esa capacidad, mucho más de lo que lo hacen los varones.

Y por último, el tercer gran eje que está presente de forma sistemática en los discursos, es el fenómeno de la maternidad, como posición social real o como expectativa. Planteado de esta manera lo que se viene a decir es que el hecho o la posibilidad de ser madre condiciona una determinada manera de entender el auto cuidado y la necesidad de ejercitar y fortalecer antes el control.

Esto permite comprender mejor como e estos tres grandes elementos transversales se irían asentando al discurso diferencial de las mujeres, tanto para la valoración de los comportamientos como para el modelaje de las actitudes hacia ellos. Así desde estos parámetros el modelo de socialización se valora positivamente en la medida que consigue preservar a las mujeres frente a determinados riesgos no sólo los consumos de drogas.

La postura de género explicaría entonces que muchos de los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a la de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas y con necesidad de explicarlos desde su propio marco de referencia.

*“Los efectos del alcohol es también mucho más fulminante en las mujeres que en los hombres y se debe a que la mujer tiene más grasa corporal y menos agua en el organismo, también tiene distinto metabolismo de los lípidos y esto hace que la absorción del alcohol sea más rápido” .(Vanicelli y Nahs ,1984:77)*

Esto estaría explicando, según los autores, que con menos cantidad de alcohol y en menos tiempo la mujer experimente antes sus efectos, pero además el hígado de la mujer es más pequeño y frágil y, como el alcohol se metaboliza en el hígado, la mujer con dependencia alcohólica hace más cirrosis que el hombre con dependencia alcohólica. Otras consecuencias que saltan a la vista en la mujer es que se les ve hinchadas, ojerosas, con bolsas bajo los ojos, su piel está enrojecida y suelen experimentar muchos más años de los que tienen.

Jordá (2003) nos da cuenta de otros efectos que produce esta droga, afirmando que el alcohol es un magnifico productor de celulitis y que además genera inflamaciones subcutáneas, pero que puede afectar también zonas más profundas. Además otro de los efectos que tiene el alcohol en la piel es que afecta la elastina que

mantienen la piel tersa dando elasticidad y es debido a esto que las líneas de expresión se convierten en arrugas definitivas, aceleran el envejecimiento de la piel.

Cuando se bebe alcohol la piel se torna enrojecida, más caliente y húmeda que lo normal (cara de bofe) y esto se debe a la mayor retención de líquido producto de la ingesta, sumada además a que el organismo produjo un exceso de cortisol y a que las glándulas parótidas o salivales terminan hipertrofiándose, produciendo un rostro abultado. Señala también como otro efecto específico que produce el alcohol en la mujer a la hipoproteïnemia y la avitaminosis, que produce la ingestión riesgosa de alcohol, además que le provoca amenorrea, le deprime la excitación sexual y el orgasmo.

Es así que la mujer puede sentir deseo, pero su parte fisiológica está muy disociada de ese impulso, de ahí de que sea falso que para bajar la resistencia sexual de una mujer sea bueno darle de beber alcohol, por otro si la mujer está embarazada o en período de lactancia, la molécula de alcohol es tan pequeña que pasa directamente al sistema circulatorio del feto, pudiendo nacer con síndrome alcohólico fetal (bajo de peso, retardo intelectual, anormalidades físicas), y esto se produce porque el alcohol atraviesa las glándulas mamarias y el lactante bebe alcohol con leche.

Según Jordá (Ibid), la tendencia a sostener y cuidar los vínculos (la extensión del rol materno) persiste en las mujeres dependientes al alcohol, mientras que los varones generalmente se van o delegan el cuidado de los hijos en otras personas.

Para las mujeres las relaciones sociales y los vínculos son necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima, la desconexión y el aislamiento, son fuentes de ansiedad y estrés, esto no significa que los hombres no necesiten de intimidad o vínculos afectivos, sino que el sentido de identidad no está puesto en lo relacional.

Tanto es así que las conductas disruptivas de trasgresión a la norma social son más sancionadas en las mujeres, porque según el patrón cultural están más asociadas a lo masculino, esto conlleva grandes sentimientos de culpa que puede llevar a las mujeres a ocultar su dependencia, sin pedir ayuda ni consultar para tratamiento. Por lo mismo es que podemos observar que las mujeres cuentan con menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema o de plano se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable.

A través de todo lo planeado es que observamos como la mayoría de los dispositivos de tratamiento no cuentan con servicios específicos para mujeres. Uno de ellos como es el tratamiento residencial es que sin lugar a dudas resulta ser prácticamente imposible para mujeres con hijos pequeños. Es necesario tener presente que las mujeres con hijos menores y/o que requieren cuidado permanente, difícilmente encuentran espacios terapéuticos donde poder internarse con ellos, en caso de ser necesario, considerando que es poco habitual que la mujer reciba un apoyo explícito de su red social más cercana, que posibilite el cuidado de los hijos, por un período mayor de seis meses.

Los programas de tratamiento para consumidores problemáticos con compromiso biopsicosocial severo son de larga estadía, lo que significa que el cuidado de los hijos debe estar en manos de terceros, muchas veces por un largo período de tiempo. Por otro lado, en el proceso de recuperación la relación vincular madre-hijo es un elemento altamente significativo, por lo que se requiere un trabajo terapéutico que vaya entrenando una nueva relación y fortaleciendo los lazos afectivos deteriorados por la historia de abandono.

Esto último hace imprescindible que la mujer madre en programa de tratamiento, mantenga un contacto permanente con los hijos. Por lo mismo es que las deserciones habitualmente están relacionadas con factores contextuales: trabajo, responsabilidad en quehaceres domésticos, etc...si no se tiene en consideración esto último, puede incurrirse en el error de evaluar la motivación de la mujer al tratamiento como pobre o escasa.

Hay que considerar y tener presente que las mujeres no son un grupo homogéneo, que se necesitan tener en cuenta otros aspectos, como nivel sociocultural, socioeconómico, condición marital y en especial la edad, porque la etapa de desarrollo vital en que se presenta la dependencia alcohólica.

Al momento de cualquier intervención con mujeres es relevante al momento de a establecer una estrategia de tratamiento considerar la dependencia afectiva y la dificultad para decir no o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva es la que lleva a algunas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de una pareja, tornándose así adictas al adicto, o adictas a la relación. No son necesariamente un grupo psicopatológico, es decir masoquistas, melancólicas, etc. Sino que en ellas se presentan los estereotipos, los mandatos sociales de forma imperativa y como ley; ubicados varones y mujeres jerárquicamente desiguales en los vínculos, independientemente del problema del consumo de alcohol.

Es alentador observar con cierta frecuencia como las mujeres consumidoras de alcohol dejan de consumir esta droga durante el embarazo, inclusive sin realizar tratamiento.

*“ Las mujeres en general tienen serios problemas de autoestima e indicadores de ansiedad más elevados que los hombres, los grupo espacios terapéuticos con grupos de mujeres, son un instrumento válido para aumentar la valoración personal y fomentar climas terapéuticos. La formación de redes de mujeres en el tema es de gran ayuda, favorece relaciones de confianza e intimidad” (Vannicelli y Nahs, op. cit. :56)*

Al conocer la especificidad de la mujer, es que hay que considerar en el tratamiento con ellas de no reeditar la violencia vivida y el poder del profesional terapeuta debe ser sutilmente utilizado, para que de esta forma el poder sea para sana y no se convierta en un poder para dominar.

Como primera consideración Lara (2001) establece que las mujeres deben ser tratadas en forma personalizada, respetando su singularidad y su unicidad, el varón puede comportarse mejor como masa, sin embargo la mujer requiere de especificidad, lo que hace más difícil estandarizar el tratamiento.

Por otro lado considera que el vínculo, el clima terapéutico, la relación de la una con la otra, es uno de los objetivos terapéuticos más importante para el cambio. Eso si que la motivación al logro, no parece más importante que la motivación al vínculo, tal vez es por ello, que cuando se forman fuertes alianzas y un miembro de ella deserta de un tratamiento, la motivación de la otra disminuye notablemente, al punto de querer seguirla.

Tener presente que el contacto físico, el jugar juntas, el maquillarse juntas, es un factor de unión, fortalecimiento grupal, pero siempre debe ir unido a espacios de intimidad a solas.

Otra herramienta terapéutica es la confrontación, muy peligrosa con mujeres, ya que la rabia implícita en una confrontación que inhibe la expresión del sentimiento en las mujeres, y es muy probable, que frente a esto ella escape o se enclaustre, dando origen a expresiones conductuales caprichosas e inconsistentes, producto de una rabia reprimida.

Las mujeres no deben estar en recintos sólo para mujeres, pero si en espacios mixtos, porque estas necesitan de espacios personales. Este espacio físico es importante para la mujer porque se apropia y adueña de él, lo adorna, le pone de sí, es un rincón de pertenencia, pero también deben existir lugares de encuentro en donde sentarse y conversar. Por último es muy importante que los terapeutas hayan trabajado previamente la relación con la madre y con las mujeres.

La consecuencia más inmediata de esta situación es que, si bien los profesionales saben que una mujer adicta además de la adicción suele padecer problemas asociados al rol femenino tanto o más graves (incluso con un papel etiológico en aquella), no se han generado suficientes alternativas terapéuticas válidas para abordar tales cuadros patológicos, haciendo que la adicta acabe sumando a sus muchas dificultades la sensación de fracaso, de incompreensión y, por último de incurabilidad.

*“Que las adicciones son fenómenos asexuados en su génesis y con un potencial destructivo tal que eliminan de la personalidad cualquier rasgo debido al género, lo cierto es que nadie puede escaparse a una realidad tan presente en todos los órdenes de la vida como es la de ser hombre y mujer, ya que aún hoy las diferencias entre ambos se empiezan a implantar prácticamente desde el mismo momento de nacer, para perpetuarse según la persona toma contacto con la sociedad y la cultura en la que le tocan vivir”  
(Simposium.2000)*

El problema se plantea no obstante a la hora de establecer diferencias entre lo que le sucede al hombre y a la mujer adictos que resulten operativas en el abordaje psicoterapéutico de sus alteraciones, pues todavía en la actualidad sigue dándose una desproporción tal en contra de las mujeres que solicitan tratamiento por cuadros adictivos que, en muchos casos involuntariamente, los tratamientos se han adaptado más a las peculiaridades, demandas y necesidades de los hombres que a las de las mujeres.

Al hablar de las áreas básicas en concreto de la dependencia, debe tenerse en cuenta un aspecto que aparece con mayor frecuencia en la clínica de las adicciones femeninas y sobre cuya comprensión y abordaje se sustenta gran parte de la intervención terapéutica con mujeres adictas. El aspecto al que nos haremos referencia es a la codependencia que remite entre otras cosas

*“ Los tipos de vínculos que el adicto establece de forma paralela con el objeto de su adicción y con una figura, normalmente la pareja, con la que crea una dependencia relacional. Este fenómeno se presta a diversas consideraciones y creemos que da la justa medida de cómo el género influye en las adicciones o, si se quiere, cómo vivirá su adicción una mujer y cómo lo hará un hombre.” (Sirven C., 1991: 171)*

El mismo autor continúa afirmando que la intervención se centra en lo adictivo, por lo mismo que cualquier profesional con experiencia en adicciones sabe que el primer aspecto sobre el que debe intervenir cuando se abordan las mismas, es el cuadro de síntomas psicofísicos que las acompaña. Y esto es así con independencia de que el sujeto adicto sea hombre o mujer.

A veces sucede que al planificar cualquier medida terapéutica se concede prioridad a otro tipo de cuestiones (incluidas las de género) sobre el abordaje de la dependencia tanto en su vertiente física como psicológica, con el error que supone esta manera de proceder. Decir a este respecto es necesario señalar que tanto médicos como psiquiatras utilizan los mismos fármacos tanto para desintoxicar a hombres y a mujeres como para hacer frente a trastornos psicopatológicos asociados a las adicciones (depresiones, ansiedad, psicosis, etc.)

En resumen, la intervención debe centrarse en lo adictivo, empezando por los planos más básicos (somáticos y farmacológicos) para una vez que se consigue la recuperación en estos niveles avanzar hacia otros en que el género condiciona -y mucho- el abordaje terapéutico.

Después de lo planteado en los párrafos precedentes, finalmente cabe preguntarse si existen deferencias específicas de intervención en las adicciones femeninas y en las masculinas y, de ser así, cuáles serían los aspectos concretos de dichas intervenciones y cómo habrían de realizarse.

Cada vez más la práctica de la terapia con mujeres convence de que requieren un acercamiento diferente porque ellas mismas así lo solicitan tanto implícita como explícitamente y puede suceder que, si nos dejamos llevar por uno de los prejuicios que en ocasiones lastran al profesional de las adicciones (lo que el adicto demanda y lo que realmente necesita no tienen nada que ver), cometamos el error de no escuchar lo que se nos pide y, antes bien, interpretarlo como manipulación o resistencias.

En relación con esto último, se hace conveniente añadir que en el caso de las mujeres -y debido a cuestiones de género- se invalidan con mayor facilidad sus opiniones acerca de los tratamientos desde la asunción por parte del terapeuta de una postura paradójica que le conduce a proteger a la mujer "débil y desamparada" que pide ayuda, descalificándola a la vez al no tener consideración con lo que ella solicita.

## **2- ALCOHOLISMO, POBREZA Y FAMILIA**

Así, la familia es el grupo primario más importante en la vida del hombre, la institución más estable en la historia de la humanidad. El hombre vive en familia, aquella en la que nace y, posteriormente, la que el mismo crea. Es innegable que, cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada su manera de pensar, sus valores y actitudes, transmiten luego a sus hijos los modos de actuar con los objetos, formas de relación con las personas, normas de comportamiento social, que reflejan mucho de lo que ellos mismos en su temprana niñez y durante toda la vida, aprendieron e hicieron suyos en sus respectivas familias, para crear un ciclo que vuelve a repetirse.

La familia ha presentado transformaciones, de la familia extensa de antaño, conformada por tres generaciones que compartían techo, se pasó a la familia nuclear, de padre, madre e hijos, organización familiar que predominó durante la mayor parte del siglo XX.

Las transformaciones políticas, tecnológicas y sociales de impacto mundial, en la que sobresale la crisis del desempleo y la violencia, perfilan nuevos tipos de conformación familiar. Las perspectivas apuntan a que se aumente el número de hogares monoparentales (madres o padres solteros), como de familias reconstituidas, compuestas por parejas con descendencia mutua, pero también de cada uno de los miembros.

*“ La familia se convierte en una fuente de riesgo para el desarrollo del niño cuando es socialmente empobrecida. Es decir, el desarrollo del niño sufre siempre que la familia está limitada, ya sea porque hay muy pocos participantes o muy poca interacción recíproca, patrones de interacción psicológicamente destructivos, o alguna combinación de los tres” (Garbarino,1996: 11)*

Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. Ha sido definida como un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio, presente en todas las sociedades, siendo ésta la que hace variar su papel y su estructura.

Si miramos la familia, como una institución que primariamente transmite valores e instaura las primeras formas de conducta, se convierte dentro de la teoría de control social en un núcleo primario donde confluyen factores de riesgo y protección dependiendo de las condiciones.

Es en los primeros años de vida donde el niño adquiere los pilares básicos para su supervivencia y adaptación a la sociedad lo que repercutirá durante toda su vida. Entregar modelos conductuales adecuados, donde prime el amor, el afecto, el cariño, como también ambientes seguros en los cuales el niño pueda confiar y desenvolverse de manera autónoma y protegido, es preparar seres humanos íntegros y sanos para la sociedad.

Al retomar lo ya planteado se podría argumenta que el desarrollo de las personas y la construcción de identidad implica una integración de la búsqueda de sí

mismo dentro de un contexto cultural, que imprime algunas exigencias a las personas. Las personas creen que el entorno influye en el consumo de droga (cualquiera sea ésta), sienten que un individuo que se encuentra en un ambiente en donde la droga alcohol juega un rol importante en las relaciones entre las personas, está en mayor riesgo de consumir o de tener un consumo problemático.

Por eso es que la labor de prevenir el consumo de alcohol le corresponde a la sociedad en su conjunto, tanto en lo individual como en lo colectivo. También las instituciones del Estado deben definir políticas más coherentes con las necesidades de la población, tratando de entender que el control es una forma de entender el tema, pero no más importante que la formación y educación de la población..

Se dificulta hablar sobre el tema del alcoholismo porque en la sociedad existen desconfianzas y prejuicios que dificultan tratar abiertamente el tema del alcohol. Socialmente se estigmatiza a cualquier persona que tenga conductas de consumo de alcohol o que sea benevolente en este tema.

Las personas que presentan problemas con el consumo de alcohol han adquirido una serie de conductas que se salen de las normas sociales, familiares y laborales. Estas conductas representan tanto una ruptura con las normas establecidas como la adquisición de nuevas conductas que están íntimamente ligadas con el nuevo estilo de vida, es decir, conductas que le permiten relacionarse con sus nuevos amigos, le permite la búsqueda y consumo de alcohol..

Para comprender mejor la realidad social en términos de género se apunta hacia el reconocimiento de la heterogeneidad de la pobreza. En efecto, al desagregar categorías tales como la comunidad, el hogar o los pobres sobre la base de género, se hace resaltar que el hombre y la mujer tienen atributos, responsabilidades, experiencias de vida diferentes, y de hecho intereses y necesidades diferentes

Desde una perspectiva de género se permite destacar explícitamente lo que a veces permanece en el dominio de lo implícito o en la suposición de relaciones armónicas: la interacción dentro de esta unidad residencial no implica necesariamente equidad o cooperación, obliga también a prestar atención no sólo en los roles del hombre y de la mujer, sino también en las relaciones entre ambos. En la medida en que éstas suelen estar basadas en el poder, no deberíamos suponer un entorno indiferenciado y armonioso dentro del hogar.

*“El conflicto de roles que sufren las mujeres (ser madres, esposa y dueña de casa) las culpabiliza muchas veces y las tensiona. Además, esa tensión puede ser agravada cuando el hombre, aunque pueda reconocer la necesidad económica de la participación laboral de su mujer, conserva una actitud reticente, casi violenta al respecto(Bayer, 1992:76)*

Se hace necesario entonces entender la complejidad de las relaciones de género dentro del hogar si es que, con la lucha contra la superación de la exclusión laboral y la pobreza, se pretende lograr no sólo el mejoramiento del ingreso, sino también del bienestar o de la calidad de vida.

Se debe entender entonces que la desigualdad jurídica de la mujer, vale decir, la existencia de disposiciones legales directa o indirectamente discriminatorias contra la mujer, afectan al conjunto de las mujeres. Sin embargo, las mujeres de escasos recursos aparecen más vulnerables, casi indefensas frente a las consecuencias sumamente perjudiciales que pueden derivar de las inadecuaciones del orden jurídico

Merece poner atención en la participación de las mujeres en la toma de decisiones que dice relación a lo que a sus vidas respecta, sea en el ámbito laboral o local, porque constituye un tema que merece atención en la problemática de la pobreza femenina. La posibilidad de expresar su voz, de reivindicar derechos básicos, podría contribuir a mejorar sus condiciones de trabajo y de vida. Porque la mujer al desenvolverse en un mundo donde casi todo le es desfavorable, sin darse cuenta va

presentando una sintomatología depresiva, de esta manera va incrementando las posibilidades de iniciar un consumo problemático, de tal manera entonces se observa que:

*“En la mujer es más frecuente que el inicio de su alcoholismo esté ligado a desencadenantes específicos como, problemas conyugales, depresión, conflictos de aceptación de su rol como mujer, alcoholismo por parte del esposo u otros familiares. La mujer tiene múltiples situaciones específicas de stress que están ligadas a los factores de riesgo, entre muchos otros su situación de ser pobre.” (Ibid:91)*

Toda familia pasa por momentos de crisis, ya sea por perturbaciones intrafamiliares, por ejemplo las crisis de pareja, los nacimientos, la adolescencia, la pérdida de uno de los miembros, etc. o por perturbaciones de su medio ambiente, por ejemplo los cambios de domicilios, conflictos laborales, emigración, cesantía, etc. Estos momentos de “crisis” abren a la vez posibilidades de crecimiento, pero también son fuente de tensiones y de estrés familiar.

Entendemos por estrés familiar la tensión creada por perturbaciones del entorno y/o internas de la familia, que amenazan el equilibrio familiar y a veces la existencia misma de ésta. El impacto de estas perturbaciones depende, por una parte, de su contenido e intensidad y, por otra, de los recursos y capacidad de la familia para enfrentarlos.

En este caso específico de la familia alcohólica, los mecanismos morfoestáticos ejercen un efecto tiránico, comprimiendo las aspiraciones de desarrollo hasta que éstas estallan por lo general en una gran crisis familiar. Sin embargo en otros casos, hay familias donde parecen ocurrir constantes alteraciones y cambios, descritas como caóticas, y que dan la imagen de familias desorganizadas, descontroladas y no reguladas.

La forma general de desarrollo de la familia o el ciclo de vida de ésta, ha resultado deformado por la superposición de una historia de vida alcohólica sobre el

ciclo de vida habitual de la familia. Esto significa, que estas familias se han convertido en sistemas alcohólicos.

Existen tres principios básicos en el caso de la familia alcohólica:

- Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste, se han convertido en principios organizadores centrales en torno de los cuales se estructura la vida de la familia.
- La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad de alterar con profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia en dirección de la estabilidad a corto plazo (regulación) a expensas del crecimiento a largo plazo.
- El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico, se advierte con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, en la medida que la familia adapta poco a poco su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.

Es conveniente señalar que en las familias con algún dependiente al alcohol éstas tienden a responder a las alteraciones que se producen en las conductas reguladoras y que pueden verse influenciada sobre la forma general del crecimiento y desarrollo del resto de los componentes de esa familia. Estos cambios son producidos en el ciclo normativo de la vida de ésta. Esta complejidad que a su vez es isomórfica por el entramado relacional que se ha ido configurando en torno al síntoma desde etapas muy tempranas del ciclo vital del individuo, hasta la aparición del mismo y la respuesta que éste genera en el sistema familiar.

Es así como se establecen por tanto diferentes patrones comunicacionales, de estructura y organización del grupo familiar de los drogodependientes, correlacionando los procesos de socialización y desarrollo de los hijos con los procesos comunicativos interpersonales, que han puesto en evidencia la presencia reiterada de una serie de características individuales e interpersonales.

Teniendo en cuenta la conducta que asumen los padres de estos dependientes es que las madres han sido descritas como mujeres hiperprotectoras e indulgentes y los padres descritos como individuos débiles, pasivos, fríos y hostiles, con dificultades de contacto y comunicación con sus hijos a su vez que los dependientes han sido descritos como sujetos que han fracasado en la superación de la crisis en la adolescencia. Es así como en numerosas investigaciones, han cobrado relevancia también los hábitos de los padres en el abuso del alcohol o en la utilización de fármacos en situaciones de estrés.

## **CAPITULO IV**

### **POLITICAS SOCIALES Y**

### **MODELO DE INTERVENCION**

El fenómeno del alcoholismo cuya magnitud y consecuencias son descritas como graves para la sociedad actual, que genera grandes problemas de salud pública, razón por la cual el Ministerio de Salud ha implementado las Políticas de Salud Mental .

Con el objetivo de optimizar la satisfacción de las necesidades de salud mental de la población chilena, es que el Gobierno a través del Ministerio de Salud ha implementado programas que vayan en la dirección de brindar servicios de una manera accesible y oportuna, aumentando la cobertura e incrementando la disponibilidad de los recursos.

*“ Se dará énfasis, al mejoramiento de la calidad de las acciones de salud mental en cuanto a la tecnología empleada, la capacitación de los agentes, la adecuación a las necesidades para el logro de satisfacción de los usuarios”  
(Ministerio de Salud 1997: 4) .*

Se pretende además, superar las tradicionales insuficiencias en el abordaje de los trastornos mentales más relevantes, tales como: el abuso y las dependencias del alcohol y otras sustancias psicoactivas, los trastornos emocionales, las psicosis y los trastornos del desarrollo psicosocial.

En su vertiente psicosocial, el Ministerio de Salud se enfatizará en el cultivo y desarrollo de redes sociales de apoyo, en el sentido informal (familiar, religioso, laboral) como formal (sistemas médicos, atención de urgencias, rehabilitación). Se considera que el apoyo social es clave para el bienestar de las personas enfermas, familias y grupos y se nutrirá con diferentes experiencias como: sociológicas, de la psicología social, psicología comunitaria y psiquiatría social.

Desde una dimensión energética, la carga de enfermedad mental gravita en un espacio virtual comunitario e institucional que proporciona mayor o menor contención en el sistema, y en donde a mayor carga de enfermedad mental, la ubicación para la resolución adecuada en el sistema de salud mental, estará más cerca de los dispositivos profesionales de mayor complejidad y que requieran de más energía; a la inversa, la comunidad motivada asumirá la resolución adecuada de la mayor parte de sus problemas de salud mental, lo que implicará una menor gravitación energética en el sistema.

Se plantea además, que una adecuada red social es un requisito para el bienestar básico que cada persona necesita para enfrentar períodos de crisis. Cuando las molestias psíquicas, los problemas relacionales y/o eventos estresores de la vida cotidiana, amenazan con abrumar a los individuos y el apoyo profesional se hace indispensable, la red que constituye un soporte que previene la enfermedad. Por el contrario, en procesos de desintegración social, en los que disminuye la calidad de las redes sociales o en situaciones en que simplemente existe aislamiento y marginación social, los problemas de salud mental aumentan.

Al entrar en contacto con una persona que busca apoyo, no sólo se debe prestar atención a los síntomas y signos o a las dinámicas psicológicas, sino también a su situación dentro de las diferentes redes de las que forma parte. En términos clínicos, las actuales clasificaciones internacionales de enfermedades incorporan el papel pronóstico del nivel de inserción social al considerar los problemas psicosociales y ambientales en la evaluación multiaxial de los problemas psíquicos.

Una concepción de las personas como componentes de un grupo social, inserto en una compleja red de relaciones, exige que todas las tareas de salud sean abordadas de manera integral, utilizando coordinadamente los recursos que existen en la comunidad.

El desarrollo de redes de apoyo implica la voluntad de iniciar un proceso de construcción permanente de relaciones entre diversos actores que tienen interés o necesidad de realizar acciones conjuntas que redunden en revertir la situación problema.

Dentro de los grupos de la comunidad más afectados por problemas de salud mental están los enfermos alcohólicos. Principalmente en hombres y sectores con alta deprivación sociocultural, donde en el sexo masculino el Bebedor Problema y la Dependencia se incrementan hasta en un 50% de la población. En progresivo aumento en la mujer, según el Ministerio de Salud.

## **1- TIPIFICACIÓN DE ALCOHOLICOS**

El Ministerio de Salud (1998) al hablar de tipos de bebedores se refiere a la conducta del individuo frente al alcohol, la cual podría provocar dependencia física, psicológica y/o sociocultural y los clasifica de la siguiente forma:

- *Conducta Abstemia o Abstemio*: Se les considera a las personas que por diversas razones nunca consumen bebidas alcohólicas. Por lo tanto, se incluyen entre ellos aquellos que consumen ocasionalmente y en cantidades muy pequeñas.
  
- *Conducta de Bebedor moderado*: Son aquellos que se caracterizan por un uso de bebida alcohólica que no los lleva nunca a la ebriedad, en cualquiera que sea su grado.
  
- *Conducta Bebedor excesivo*: Estas personas se caracterizan por un consumo de bebidas alcohólicas, sin que se presenten los límites de dependencia física de alcohol, que tipifica la conducta alcohólica o a los alcohólicos: su consumo puede ser esporádico, por ciertos períodos, o ser cotidiano.

- *Conducta alcohólica o alcohólicos:* Se caracteriza por la presencia física del alcohol la que subsiste aunque el sujeto haya dejado definitivamente o por un tiempo de consumir bebidas alcohólicas.
  
- *Alcohólicos Intermitentes:* Estas personas se caracterizan por la incapacidad de detenerse y cuando la enfermedad está más avanzada por el trago en ayunas y las crisis de ingestión de alcohol. Intermitentes porque pasan por períodos de ingesta inmoderada de alcohol que alteran con períodos de abstinencia en que no consumen dicha bebida.
  
- *Alcohólicos Inveterados:* Su rasgo distintivo es la incapacidad de abstenerse al alcohol. Son sujetos que beben todos los días del año a través de todo el día ingiriendo pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas cada cierto número de horas para calmar los síntomas de privación de alcohol.
  
- *Bebedor Problema:* Existen grupos de personas que al no cumplir estas consideraciones se les denomina como los Bebedores Problemas (B.P.), en donde, la mayor parte de ellos no tienen dependencia. De hecho, por cada cuatro Bebedores Problemas sólo uno lo tiene.

## **2- POLITICAS DE SALUD MENTAL**

Una de las políticas implementadas desde 1991 por Ministerio de salud corresponden al Programa de Salud Mental el que incluyó por primera vez en el Subprograma de Alcoholismo el concepto de bebedor problema, con especificaciones para su identificación e intervención temprana.

*“ Bebedor Problema se le considera al individuo que tiene una forma de consumo de alcohol que pone en riesgo o perjudica la calidad de su vida propia y la de los demás. En Chile, más o menos una de cada cinco personas mayores de 15 años son Bebedor Problema. De todos ellos sólo la cuarta parte sufre ya dependencia” (Ministerio de Salud 2003:149)*

El Bebedor Problema pasa por etapas, donde puede consumir alcohol durante un tiempo relativamente largo, sin llegar a sufrir la dependencia y se les llamaría Bebedor Problema sin dependencia . Existen personas que tomando mucho alcohol no llegan nunca a ser alcohólico, en el sentido estricto de la palabra. Esto no quiere decir que su forma de beber no sea real o potencialmente un gran problema para nuestra sociedad. Basta recordar la cifra de muertos en accidentes de tránsito en los que había alcohol de por medio. En cambio hay personas que tomando comparativamente menos que otros, llegan a ser Alcohólicos o Bebedores Problemas con dependencia. Aunque parezca increíble puede ocurrir que un bebedor problema con dependencia tenga o provoque a su alrededor menos daños que otro bebedor sin dependencia.

Cada caso es individual, sin embargo, las comparaciones con otras personas para justificar la propia forma de consumo. Lo importante de todo lo descrito, es que la etapa de Bebedor Problema sin Dependencia, se puede recibir ayuda para intentar la meta de la moderación. Sin duda, resulta más llevadero, para quien bebe habitualmente, disminuir su consumo que tener que suspenderlo total y definitivamente como es el caso de los que ya tienen dependencia, si desean recuperarse. Para esto es importante un reconocimiento precoz (lo más pronto posible) de la forma de consumo que se tiene con relación al alcohol.

Existen personas que con o sin tratamiento han dejado de beber por largos períodos de su vida o incluso para siempre, mejorando su estado físico, su vida personal, emocional y afectiva, situación económica y laboral, “sobretudo su autoestima y su propia reputación”. En cambio, cuando ya se adquiere la enfermedad, ésta se hace cada vez más irreversible. Pero este proceso toma un tiempo más o menos largo.

## 2.1 LINEAMIENTOS GENERALES

Las políticas de Salud Mental, han sido definidas por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, ante la necesidad de contar con lineamientos generales que, sin contraponerse al propio desarrollo de los equipos que trabajan en este tema, impulsen y guíen la labor que se realiza, tanto en el ámbito de los Servicios de Salud, como de los diferentes niveles en que se hace operativa. Estas son:

- Desarrollar las áreas de fomento y promoción de la Salud Mental en la población en general y de sus grupos más vulnerables, así como acciones de prevención de trastornos específicos.
- Planificar equilibradamente las acciones necesarias para beneficiar a los enfermos (as) mentales y sus familiares, los grupos de mayor riesgo y también a la población en general. Este enfoque posibilita, reconocer y abordar problemas psicosociales emergentes, incorporando acciones específicas en todos los niveles de atención.
- Optimizar la satisfacción de las necesidades de Salud Mental de la población, brindando servicios de una manera accesible y oportuna en cualquier lugar del país, aumentando la cobertura e incrementando la disponibilidad de los recursos en todas las regiones. Paralelamente se dará énfasis, al mejoramiento de la calidad de las acciones de salud mental en cuanto a la tecnología empleada, la capacitación de los agentes, la adecuación a las necesidades y las satisfacciones de los usuarios.
- Superar las tradicionales insuficiencias en el abordaje de los trastornos mentales más relevantes, tales como el abuso y las dependencias del alcohol y otras sustancias psicoactivas, los trastornos emocionales, las psicosis y los trastornos del desarrollo psicosocial.

- Incorporar el trabajo a poblaciones o grupos particulares, que constituyen retos a la sensibilidad social y a la eficacia del sistema y cuyas necesidades de atención no están satisfechas. Entre otros, los afectados a los derechos humanos y por todo tipo de violencia, en particular mujeres, niños y ancianos.
- Crear y facilitar espacios que posibiliten la presencia de la comunidad y sus distintas formas de organización, así como los organismos no gubernamentales y de otros sectores de Estado en la programación, ejecución y evaluación de las acciones de Salud Mental, en los tres niveles de atención. La participación social constituye un medio de lograr la toma de responsabilidad por parte de la población en el cuidado de su Salud Mental. Es también un fin en sí misma, ya que participar, promueve la Salud Mental.
- Generar acciones orientadas al desarrollo y cuidado del recurso humano del sistema de salud, en forma sostenida, permitiendo así que el personal de salud, y en especial de Salud Mental, se constituya en una eficaz agente de promoción del desarrollo humano de la población a su cargo, además de eficaz en el manejo de los recursos.

### **3- MODELO DE INTERVENCION ALCOHOLICA**

Un modelo de Salud Mental actúa como una amplia y heterogénea gama de prácticas y de enfoques enlazados en un sistema de redes cuyas características específicas se ha diseñado en relación al contexto sociolaboral, aspectos culturales, socioeconómicos y naturalmente de acuerdo a estas políticas globales en vigencia.

En su vertiente psicosocial, el modelo biosicosocial, postulado por el Ministerio de Salud y con el cual se trabaja actualmente, enfatiza en el cultivo y desarrollo de redes sociales de apoyo, tanto en el sentido informal (familiar, religioso, laboral) como

formal (sistemas médicos, atención de urgencia, rehabilitación). Considera que el apoyo social es clave para el bienestar de las personas, familias y grupos y se nutre de diferentes experiencias sociológicas, de la psicología social, psicología comunitaria y psiquiatría social.

Por otra parte, las características éticas que inspiran este tipo de modelo están contenidas en los preceptos deontológicos de diversas fuentes, nacionales e internacionales, entre las cuales destacan:

- Desestigmatización social de la condición de enfermo mental.
- Entrega de los mismos derechos de salud que al resto de la población.
- Trato igualitario hacia los pacientes mentales.
- Información apropiada sobre su diagnóstico, tratamientos e intervenciones.
- Derecho a rehusar a determinados procedimientos.

### **3.1- TRATAMIENTOS DE ALCOHOLISMO**

Este modelo consiste en un tratamiento ambulatorio y/o residencial, dependiendo del caso.

#### **A) TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Para el tratamiento ambulatorio la experiencia actual plantea que es recomendable programar:

- Una entrevista con el dependiente alcohólico (a) y la Asistente Social.
- Se entrevista el dependiente alcohólico con la Enfermera a cargo de este programa, quien a su vez solicita hora con el médico para la evaluación del paciente y empiece con la ayuda de medicamentos.
- El dependiente alcohólico participa una vez a la semana de un tratamiento terapéutico individual; dos veces a la semana participa con clubes de autoayuda y finalmente cuenta con la ayuda de un médico psiquiatra.

- La programación es de 4 a 6 sesiones de intervención individual o grupal, durante un lapso de 6 a 12 meses, con mayor frecuencia inicial. En estas sesiones pueden participar familiares del dependiente alcohólico.
- El equipo ejecutor de estas técnicas utilizadas debe tomar en cuenta las destrezas y habilidades de sus participantes y con las que cada uno de ellos se sienta más identificado.

Las intervenciones ambulatorias van a permitir el manejo de la mayoría de los pacientes. Dado que algunas personas consumen sustancias que pueden producir síndromes de abstinencia con características graves, estos deben ser hospitalizados según el criterio del médico.

#### **B) TRATAMIENTO RESIDENCIAL**

Para el tratamiento residencial se indicará hospitalización por el médico en el caso de fracasos reiterados en intentos de suspensión de la ingestión en forma ambulatoria y en los casos que se presente comorbilidad psiquiátrica como:

- Ansiedad o angustia extrema sin respuesta al tratamiento.
- Psicosis crónica.
- Retardo mental moderado o severo.
- Trastorno grave de personalidad.
- Depresión mayor que no responde a tratamiento con antidepresivos.
- Riesgo de suicidio.

Antes de comenzar cualquier tipo de intervención se realiza la etapa de desintoxicación. La desintoxicación, según el MINSAL (1997) considera como un proceso dirigido a aliviar el malestar del síndrome de abstinencia de una droga de abuso o dependencia, a atender las complicaciones mentales producidas por el consumo y a preparar al individuo a proseguir con un proceso terapéutico más prolongado. Desde este punto de vista terapéutico, los objetivos del proceso de desintoxicación son:

- Definir estrategias que permitan aliviar las manifestaciones del síndrome de abstinencia actuando principalmente sobre la apetencia y la urgencia.
- Permitir lograr una distancia entre la persona y la droga.
- Iniciar y continuar la abstinencia.
- Preparar al paciente para iniciar un proceso de tratamiento a mediano o largo plazo.

Practicada una primera evaluación para determinar la gravedad del dependiente alcohólico y decidir si puede ser tratado ambulatoriamente, el segundo paso será determinar si requiere ayuda para la suspensión temporal del alcohol y qué tipo de ayuda.

La severidad del Síndrome de Abstinencia varía de un paciente a otro dependiendo, entre otros factores, de:

- El tiempo transcurrido desde la interrupción o disminución del consumo.
- De la magnitud, duración y velocidad de la ingesta.
- De las condiciones generales del paciente.
- El antecedente de historia de Síndrome de Abstinencia moderado o severo, debe tenerse muy en cuenta a la hora de iniciar la desintoxicación.

### **3.2 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ALCOHOLISMO**

Según el Ministerio de Salud (Ibid) en promedio, uno de cada cinco personas mayores de 15 años es un Bebedor Problema. Esta proporción es generalmente mayor entre los consultantes a los diferentes servicios de salud.

Frente a esta situación es que el Ministerio de Salud tiene un programa para la detección precoz de las personas con problemas de alcohol. La escala de EBBA (escala breve para la detección del beber normal), es un instrumento de filtro, que consiste en la implementación de un cuestionario de 7 preguntas, con respuestas SI o NO, en las que se explora la apreciación subjetiva del sujeto respecto de su forma de beber.

Ha sido construida y validada en la población masculina chilena, mostrando alta sensibilidad y especificidad como instrumento de screening o tamizaje. Un puntaje de 2 o más respuestas afirmativas indica una alta probabilidad estadística que se trate de un Bebedor problema, sin embargo el EBBA (+) por si sólo no es suficiente para confirmar este diagnóstico.

A pesar de que el EBBA no ha sido validado ni en mujeres, ni en jóvenes y/o adultos mayores, la experiencia demuestra que puede ser auto aplicado en poblaciones que tienen un nivel educacional básico, y también puede utilizarse como una entrevista breve estructurada a ser efectuada por cualquiera de los miembros del equipo de salud.

También se aplican otros instrumentos para localizar hallazgos de carácter físico sugerentes del Beber Problema, entre los cuales se destacan: Sudoración profusa, Inyección conjuntival., Aliento etílico, Cicatrices u otras evidencias de lesiones traumáticas, Hipertensión sistólica, Taquicardia/bradicardia/extrasístoles aislados, Temblor fino de extremidades, Disarria., Falta de higiene corporal/descuido, entre algunos.

En general los cuestionarios de screening tienen más sensibilidad que los test de laboratorio. Un test de laboratorio negativo no descarta un diagnóstico de Beber Problema o alcoholismo. Tests de laboratorio que pueden contribuir a la evaluación del beber problema:

### **3.3- GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Las Organizaciones alcohólicas en rehabilitación tienen una larga y productiva historia en nuestro país. Se estima que actualmente agrupan aproximadamente a un 5% del total estimado de pacientes alcohólicos de Chile.

De acuerdo a la experiencia de otros países, se puede postular que si estos grupos reciben el apoyo técnico apropiado alcanzarían un desarrollo considerablemente mayor, tanto en términos de cobertura como en impacto en la rehabilitación de las personas y sus familias. Se les puede encontrar en casi todas las ciudades del país, ofreciendo el apoyo de sus orientadores y monitores, actividades sociales y recreativas, y en muchos casos terapias grupales: Algunos de sus clubes han experimentado algunos problemas en los últimos años, y se encuentran en la búsqueda de una nueva identidad institucional con mayor énfasis en la función rehabilitadora.

#### **A) ALCOHOLICOS ANONIMOS**

Representan la principal organización mundial al servicio de la rehabilitación. A pesar de su larga historia en otros países, sólo en los últimos años ha logrado un desarrollo significativo en Chile, encontrándose grupos en muchas ciudades. Con un fuerte componente espiritual y psicológico, ofrece reuniones "terapéuticas", y una rica variedad de literatura con principios y métodos para alcanzar la sobriedad y el crecimiento personal.

#### **B) PASTORAL DE ALCOHOLISMO**

La Iglesia Católica ha realizado un esfuerzo sostenido en los últimos 30 años para desarrollar programas de rehabilitación y grupos alcohólicos. Muchas parroquias y comunidades cristianas ofrecen diferentes tipos de ayuda a estos enfermos.

### **C) ORGANIZACIONES REHABILITADORAS**

Sin una organización o un modelo definido, en algunas comunas han surgido otros grupos de rehabilitados alcohólicos que también aportan una ayuda valiosa a estos enfermos, y que además han servido para desarrollar actividades innovadoras (ej.: unión comunal de clubes, grupos de mujeres alcohólicas, participación integral de la familia, terapias grupales, otros grupos religiosos no vinculados a la Pastoral de Alcoholismo, etc).

### **D) PROGRAMA MULTIFAMILIAR**

El funcionamiento del Club de Auto-ayuda Multi-familiar (CAM) se concretiza mediante las prácticas de los conceptos de auto-ayuda, auto-defensa, participación y responsabilidad en el adelanto de la cultura de la salud de todos sus miembros y de los habitantes del territorio donde está ubicado. Esto significa que todos los miembros del CAM son auto gestores en la regulación del contenido, forma y esencia de sus normas. Es decir, son partícipes directos en su ideación, implementación y aplicación.

El CAM condensa los esfuerzos de varias familias con problemas parecidos, de estar juntos, ser amigos y cambiar su realidad y su visión del mundo. La abstinencia es parte de esta nueva visión ecológica. No existe ningún tipo de prohibición o impedimento para ser miembro del CAM, de modo entonces, que toda persona con o sin familia, con o sin dependencia, y si así lo requiere, puede ser miembro del CAM. Una vez miembro del CAM, lo es para toda la vida. No existen las expulsiones. Las medidas disciplinarias son temporales, en este tiempo, continúa participando en otros segmentos del Programa. Sin embargo, el miembro del CAM, debe realizar todo lo que es posible, para convertirse en ejemplo de relevancia e importancia en su familia, en su lugar de trabajo y en su hábitat.

En realidad muchos de los programas de tratamiento de dependencia al alcohol son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, e incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros, sin embargo, aún no se considera la variable género en éstos.

Según la experiencia clínica, existen maneras específicas de intervenir en el tratamiento de la dependencia al alcohol en mujeres. En las adicciones femeninas aparece como prioritario el abordaje de lo psicoafectivo y de lo relacional (bidependencia), mediante una mayor comprensión (que no significa permisividad), que detenga la dinámica de su juzgamiento a que se acostumbra a la mujer. Además, tiene especial importancia incidir sobre roles maternos y de crianza y sobre el binomio “mujer-débil”.

El abordaje de los procesos terapéuticos de mujeres con problemas de consumo de alcohol, debe incorporar una mirada comprensiva. Por ejemplo, desechar los enjuiciamientos valóricos en los temas sobre su sexualidad y maternidad, entendiendo que las mujeres pueden presentar situaciones de prostitución para sostener el consumo de alcohol o drogas, como también entender la angustia que les produce el reconocer haber descuidado e, incluso, abandonado a sus hijos/as.

Los programas de tratamiento y las intervenciones terapéuticas debieran estar orientados hacia la recuperación de las mujeres y hacia su integración social en un contexto sociocultural determinado por normas de género. El compromiso y la responsabilidad no sólo corresponden a un centro de tratamiento, a un equipo terapéutico determinado o una oferta de salud específica, sino a la comunidad en su conjunto, a través de oportunidades y posibilidades reales para el acceso, la adherencia y la permanencia de ellas en el proceso terapéutico. También a la incorporación a actividades, trabajo, estudio, etc., que posibiliten su verdadera integración como ciudadanas.

# **PARTE II**

# **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

## **CAPITULO V**

### **INFANCIA E**

### **INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

En el debate del estado y de todas las organizaciones que trabajan la temática del alcoholismo, en particular sobre los problemas que inciden en el proceso y desarrollo sicosocial de los niños y niñas sujetos de derecho, estos merecen una atención muy especial porque es la expresión de lo mucho que en materia de prevención e intervención queda por hacer.

Los elementos que interactúan en el período de la infancia, pueden ser, como afirman los especialistas del tema, determinantes en la posterior vida de adultos de éstos, en relación a sus conductas, personalidad, aprendizaje etc., y tanto el padre como la madre son los primeros obligados en la crianza y desarrollo del niño y la niña.

*“ La personalidad es el producto de las interacciones biológicas, psicológica y social establecidas por el sujeto, desde niño, en el contexto de su familia, sociedad y ambiente socio cultural en el que nace y vive” (Mansilla, 1996:39)*

Cualquier déficit en el desarrollo de los niños y niñas, significará posibles problemas de carácter sicosocial que, de ser inadecuadamente resueltos o no resueltos, pueden atentar contra su futuro de mujer-adulta y/o hombre-adulto o contra sus vidas, en el peor de los casos. Por eso, el ambiente en el cual se desarrolla o cría un niño deberá ser cálido y receptivo; y deberá contar con estímulos apropiados para lograr el máximo desarrollo de su potencial como ser humano.

Sin embargo, a las puertas del siglo XXI, aún se encuentra irresuelta la debida atención a las necesidades humanas; por ejemplo, se produce la temprana incorporación de los niños a las actividades de la economía familiar, iniciación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, sexualidad, maternidad precoz, etc., todo lo cual indudablemente marcará sus vidas y sus personalidades.

Cloninger (1990) sostiene la existencia de la transmisión genética del alcoholismo, pero además persiste que hay una dificultad que implica evaluar la importancia relativa de la herencia y el ambiente como también las variables psicológicas que podrían estar influyendo.

El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres, y una parte de la vida de los hombres, como espacios donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

Por lo tanto, vamos a indagar sobre la ingesta de los progenitores antes de la gestación y sobre otros aspectos del ambiente de las mujeres de nivel socioeconómico bajo como las historias familiares; relaciones; tipo de familia; situación socioeconómica; capital cultural y entrega de afecto, todos elementos que existieron en el periodo de la niñez de estas mujeres, que nos puedan permitir comprender más ampliamente las circunstancias que pudieron haber propiciado el consumo de alcohol, el que posteriormente se volvió en dependencia alcohólica.

## **1- SITUACION FAMILIAR EN LA NIÑEZ**

Es imprescindible el rol que juega la familia y su papel como agente socializador y protector para el ser humano. De ahí la importancia que tiene una dinámica familiar que potencia a sus integrantes, tanto en la protección de éstos como en los elementos que le entrega para su crecimiento y desarrollo. El enfoque sistémico considera a la familia como:

*“ El contexto de aprendizaje más importante del individuo, y, por lo tanto, supone que una concepción del proceso familiar nos daría indicios de la etiología de los modos típicos de interacción familiar” . (Burín, et al , 1977:53 ).*

En tal sentido puede resultar sutil identificar los elementos que se movilizan en la vida familiar, posible de desagregar en tres direcciones de los elementos de la vida familiar.

1- En cuanto al desarrollo de las personas y el significado que estas otorgan a su grupo familiar en lo relacionado con el afecto, el sentimiento de su pertenencia, de protección, la socialización primaria de sus miembros, la construcción de un sustrato económico y valórico.

2- En cuanto al espacio social donde se forja la cultura, se transmite la memoria de la humanidad y su herencia cultural. Donde se aprenden formas de enfrentar y resolver conflictos, asumir relaciones de igualdad en el desempeño de roles y responsabilidades entre hombres y mujeres, ejercen la libertad y autonomía personal, el compromiso, la solidaridad y la búsqueda del bien común.

3- En tanto, es a la instancia que facilita la adquisición de capital social, capacidad asociativa entendiéndose que ello corresponde a actividades asociativas que producen incremento de recursos y activos cuyo uso potencialmente puede ampliar el espectro de oportunidades personales.

El enfoque sistémico se centra en la estructura familiar, funciones familiares, comunicación, normas y reglas, análisis de los subsistemas familiares. Otorga también importancia a la adecuación de normas de participación en el medio ambiente familiar, al concepto de fronteras, resonancia y permeabilidad entre otros.

*“ La familia es una realidad fundamental e insustituible para el desarrollo integral de las personas y la integración social de éstas. Los consensos sociales de todas las culturas así lo establecen” (Miranda 2004:4)*

Por tanto, la familia se podría definir como una agrupación que se ubica en contextos históricos y sociales concretos, que en la evolución de la humanidad ha variado en sus formas de organización. Aunque existe acuerdo respecto a su

presencia a lo largo de la historia y a su importancia en términos formadores, no existe consenso respecto a una única definición, la que queda sujeta a consideraciones valóricas o ideológicas.

## **1.1 HISTORIA FAMILIAR**

Las teorías sociológicas plantean que el contexto social en el cual el individuo se desarrolla, es muy importante considerándolo como causa primordial del beber problema.

En la familia, la historia familiar en conjunto o de alguno de sus miembros, suele citarse como un factor predictor que puede incidir en el comportamiento, valores, etc., por parte de los menores. No obstante numerosos estudios apoyan la idea de que los hijos pueden no exhibir un funcionamiento psicosocial perturbado a pesar de tener familiares que presentan problemas. Historias familiares como: Historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas, historia de VIF, historia de delincuencia.

Vamos a considerar como parte de la historia familiar el consumo de los padres antes de la gestación y la violencia intrafamiliar, que nos permitirán establecer inferencias y relaciones con el consumo de alcohol.

### **A) CONSUMO ANTES DE LA GESTACIÓN**

Las drogas y el alcohol constituyen un peligro frente al cual los niños deberían estar protegidos, debido a los graves problemas individuales y sociales que producen, tanto su consumo, como la complicada y poderosa organización de su producción y tráfico, que produce en la sociedad en general problemas de índole delictual como para el mismo sujeto de derecho el que es afectado tanto físicamente como en lo psicosocial.

La Teorías sobre el consumo de alcohol plantean que la trasmisión de sustancias que provocan dependencia a través de las generaciones han sido enfocadas tradicionalmente desde dos perspectivas distintas; una genética y la otra cultural.

CUADRO N° 1  
 CONSUMO PADRE Y MADRE ANTES DE LA GESTACION  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Antes de que usted naciera su padre consumía alcohol? y  
 Antes de que usted naciera su madre consumía alcohol?**

		Antes de que usted naciera su madre consumía alcohol?			Total
		Si	No	No sé	
Antes de que usted naciera su padre consumía alcohol?	Si	12	6	4	22
	No	3	0	3	6
	No sé	3	2	0	5
Total		18	8	7	33

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Podemos observar en el cuadro N° 1, que un 54,5% de las madres de mujeres alcohólicas consumieron antes del periodo de la gestación al igual que el 66,7% en el caso de los padres, lo que nos permite inferir que puede existir una relación entre consumo de los progenitores y la predisposición de las mujeres alcohólicas al consumo.

Es importante destacar que un 36,4% de éstas mujeres, manifestaron que ambos progenitores consumían alcohol antes de la gestación. Si bien es cierto, ha quedado en evidencia, que los hijos de los padres alcohólicos exhiben una probabilidad mucho mayor de llegar a ser alcohólicos, cuando pasan a la edad adulta.

CONACE (2002) plantea que las historias familiares ya sean de consumo de drogas y alcohol como la violencia intrafamiliar ejercen su influencia de manera permanente, en el desarrollo de los niños y niñas, sus conductas futuras y también en sus metas de vida.

*“En la escala que mide episodios conflictivos en el grupo familiar, se observa que entre aquellos alumnos que refieren tener algún miembro de la familia con problemas de consumo de drogas o haber vivido episodios de elevada conflictividad familiar, la prevalencia de consumo de vida se incrementa considerablemente, como un intento de enfrentar situaciones problemáticas en sus vidas. .(Ibid:98).*

Sólo con este dato no podríamos afirmar que existe una relación causal entre consumo de los padres e inicio del consumo por parte de las mujeres objeto de estudio, pero se podría decir que puede haber existido una predisposición al consumo influenciado por la carga genética y cultural, en el entendido a que estas mujeres en su niñez vieron en sus progenitores estas pautas conductuales tal como lo planteó una de las entrevistadas:

*“ Mi mamá y papá siempre, desde antes que yo naciera consumieron alcohol en la casa, aunque no se curaban mucho, pero siempre consumieron delante de nosotros” Maria*

## **B) ALCOHOLISMO DENTRO DE LA FAMILIA**

Se ha observado que las actitudes y conductas de los padres u otros adultos familiares significativos, tienen un papel importante en la participación de los hijos/ as en conductas de riesgo, por la vía de la observación y modelamiento de la conducta de padres.

Frente a esta situación se les consultó a las mujeres acerca si algún miembro de la familia de origen, en su periodo de infancia, sufría de alcoholismo, obteniendo la siguiente información :

CUADRO N° 2  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOGAR  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### **Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	12	36,4	36,4	36,4
	No	21	63,6	63,6	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar que un 36,4% de las mujeres manifestaron que en sus hogares de origen había algún familiar que era alcohólico, Barcia et al, ( 1990) plantean que si dentro de la familia (órgano institucional concreto) se consume alcohol, y mediante la observación de prácticas sociales, el actor social va internalizando los sentidos y representaciones compartidas por los miembros de la familia en torno a un hecho significativo, y de esta manera, adquirirá códigos significativos que le servirán para dar sentido a la misma práctica, pero en contextos institucionales distintos.

Agregan además, que es por esta razón, que los sujetos al momento de dar cuenta de una práctica tan singular como lo es el consumo de alcohol, la representen y le den sentido teniendo en cuenta las órdenes institucionales y las agencias y agentes de socialización que moldean y direccionan su desarrollo.

*“ Si a lo menos un familiar consume alcohol incide de gran manera en el consumo del niño (a), pues empiezan a ver a la droga alcohol no como un problema sino como un algo normal y parte de su vida, registrándose casos en los que los mismos adultos proveen de alcohol o droga.”(CONACE 2002: 19)*

### **C) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La violencia que se puede dar al interior de la familia involucra a todos los miembros que la componen, si bien puede ésta afectar directamente a uno de los integrantes los demás también se ven involucrados en forma indirecta, ya que los momentos de tensión y agresión son vivenciados por todo el grupo familiar.

Frente a esto se les consultó a las mujeres que participan del tratamiento de alcoholismo sobre la existencia de violencia intrafamiliar en su familia de origen durante su periodo de niñez y si existía, quiénes eran agredidos, obteniendo la siguiente información:

CUADRO N°3  
 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL HOGAR DE ORIGEN  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**En su hogar de Origen existía V.I.F.? y  
 Quiénes eran maltratados?**

		En su hogar de origen, existía V.I.F.?		Total
		Si	No	
Quiénes eran maltratados?	Madre	4	0	4
	Hija (os)	2	0	2
	Madre e hijos	17	0	17
	Nadie	0	10	10
Total		23	10	33

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que un 69,6% de las mujeres alcohólicas presentaban violencia intra familiar, donde un 17,4% corresponde a la violencia en contra de la madre, 8,7% a los hija (os) y un 73,9 % al todo el grupo familiar.

Barudy (1999) plantea que si la violencia afecta directamente a la madre, es ella quien recibe la agresión, sin embargo, los hijos sufren la violencia psicológica al vivenciar el maltrato de su madre, lo cual no es muy diferente si la agresión es hacia los niños, ancianos u otros.

*“ Mi papá siempre le pegaba a mi mamá, y nadie hacia nada, yo era muy chica y no la podía defender, por eso no me llevo bien con el , por que me acuerdo de cómo era él con mi mamá” ( Maritza)*

La violencia física o psicológica, como forma de resolución de conflictos puede producir en un niño o niña una situación de apego ansioso o ambivalente:

*“(…)Donde el menor hace una mínima exploración de su entorno, aún cuando sus padres se encuentren presentes. Si estos se ausentan por corto rato, el menor reaccionara en forma agresiva y rechazando al adulto, sin embargo , luego de un rato no se despega de el.” ( Cano y Tabilo , 2003:54).*

Según los estudios descritos por Barudy (op. cit.) los padres o adultos abusadores cargan con experiencias de vida traumáticas y que en su mayoría se potencian con un sin número de carencias, lo que quiere decir que en su mayoría el niño o niña que es maltratado será un maltratador o abusador.

Por lo tanto podríamos decir que la violencia intrafamiliar, pudo haber propiciado el inicio del consumo de alcohol por parte de estas mujeres.

## **1.2 RELACIONES FAMILIARES**

Dentro de las relaciones familiares con el macrosistema, su relación primera es con la familia de origen. La familia como sistema social, es un sistema jerárquico, y por tanto, lo conduce el subsistema conyugal, por lo cual depende de la manera como son nuestras relaciones con nuestros padres en el sistema familiar, van a ser nuestras relaciones con la autoridad fuera del sistema familiar, por lo tanto la familia de origen en su momento, enseña cosas importantes a sus miembros, que tienen relación posterior con la sociedad.

### **A) RELACIÓN CON PROGENITORES**

El tipo de relación que mantienen los hijos con los padres es fundamental para la orientación, prevención o dirección de las conductas de éstos tanto en su niñez como en su etapa de adolescencia, periodo en el cual es fundamental en la prevención de situaciones de riesgo como es el consumo de drogas y alcohol.

CUADRO N4°  
RELACION CON MADRE Y PADRE  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cómo era la relación con su madre en la niñez?  
Cómo era la relación con su padre en la niñez?**

		Cómo era la relación con su padre en la niñez?		Total
		Regular	Mala	
Cómo era la relación con su madre en la niñez?	Buena	0	4	4
	Regular	3	9	12
	Mala	7	9	16
	No tengo	0	1	1
Total		10	23	33

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 48,5% de las mujeres mantuvo malas relaciones con la madre al igual que el 69,7% de mujeres que tuvieron malas relaciones con el padre. En lo que respecta a la relación con la familia de origen, esta se realiza en opinión de Virginia Satir (1991:), a veces con dificultades porque dentro de la familia existen: roles, estereotipos y rituales.

*“ Siempre me lleve mal con mi mamá y papá por que nunca me escuchaban cuando tenía problemas , o no me creían cuando alguien decía algo malo de mi” (Roxana)*

Un 36,3% de las mujeres mantenía relaciones regulares con su madre y un 30,3% en el caso de los padres. Este datos nos da a inferir que las relaciones que mantuvieron las mujeres alcohólicas en su etapa de niñez no fortalecieron a la familia como institución protectora, lo cual se ve reflejado en la siguiente opinión :

*“ Nunca me lleve bien ni con mi mamá ni con mi papá, por eso nunca le hable sobre las cosas que me pasaban, a lo mejor las cosas pudieron haber sido distintas” ( Juana)*

Las relaciones entre los miembros del núcleo familiar pueden ayudar a la homeostasis del sistema familia, pero cuando estas relaciones no son adecuadas tienden sus miembros a salir del sistema y o bien a suspender o quebrantar las relaciones entre ellos, lo que conlleva que las personas cuenten con menos redes de apoyo y obtención de los beneficios que éstas pueden aportar.

Podemos decir, según los datos obtenidos que las malas y regulares relaciones que mantuvieron estas mujeres en su etapa de niñez con sus progenitores pudieron haber propiciado el inicio del consumo de alcohol, tal cual como lo afirman las teorías sociológicas.

## **B) COMUNICACIÓN MADRE E HIJA**

La madre quien ocupa un rol determinado dentro de la familia, el cual es asignado por este tipo de sociedad machista, es por excelencia el progenitor vital y con mayor significancia para un menor, sobre todo en su etapa de niñez.

*“ El marco estereotipado de la mujer, madre y esposa y la socialización que ofrece el sistema cultural hace aún mayor la diferenciación sexual, depositando en la mujer el rol de la crianza, lo que provoca la ejecución de pautas determinadas desde lo patriarcal, produciendo patrones jerarquizados”.  
(Cano y Tabilo, op. cit.: 37).*

Para indagar más a cerca de esta relación, se les pregunto a las mujeres alcohólicas sobre si conversaban los problemas con sus madres, cruzando estas respuestas con el tipo de relación que mantenían con ellas.

CUADRO N°5  
CONVERSACIÓN CON MADRE  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cómo era la relación con su madre en la niñez? y  
Conversaba con la madre de sus problemas e inquietudes?**

		Conversaba con la madre de sus problemas inquietudes?				Total
		Siempre	A veces	Nunca	No tenía	
Cómo era relación con su madre en la niñez?	Buena	2	1	1	0	4
	Regular	2	7	3	0	12
	Mala	0	0	16	0	16
	No tengo	0	0	0	1	1
Total		4	8	20	1	33

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que un 60% de las mujeres alcohólicas no conversaban nunca sus problemas e inquietudes con sus madres, donde además se agrega que existía una mala relación entre ellas con un 48,5% .

Un 24% de las mujeres conversaba con su madre acerca de su problemas, teniendo con ella una relación regular 21,2% y buena. La madre en la etapa de niñez es el referente más significativo que tiene un niño o niña, por lo tanto poder contar con ella es fundamental para un buen desarrollo sicosocial del menor, pues ahí está la posibilidad de poder orientar correctamente a los hijos respecto de las nuevas vivencias que van experimentando.

*“ Siempre le tuve confianza a mi mamá cuando era chica, aunque no me llevaba muy bien con ella, por eso me sentía mal cuando me metí en el alcohol” ( Paola)*

Sólo un 12,1% conversaba sus problemas con la madre, teniendo además un 6% de relaciones buenas y un 6% de relaciones regulares .

Podemos inferir que la mala o nula comunicación entre la madre e hija pudieron haber propiciado la ingesta de alcohol por parte de estas mujeres en su etapa de niñez.

### **1.3- ENTREGA DE AFECTO**

El camino educativo que la persona emprende desde el momento de nacer se encuentra acompañado no sólo por relaciones más o menos furtivas con otros individuos sino por los valores que se establecen al entablar relaciones afectivas significativas.

La familia funciona cuando existe solidaridad diacrónica, es decir, corresponsabilidad intergeneracional que permite que los miembros de la familia al poseer diversas edades y papeles puedan recibir diversos cuidados, afectos y equilibrios entre actividad laboral, servicio e inactividad forzada a través del tiempo.

*“ Sólo viviendo con otros seres humanos que atiendan sus necesidades sicosociales, el recién nacido puede llegar a desarrollar como ser humano de manera que, cuando sea adulto llegue a ser reconocido/aceptado, integrado y participante de su grupo humano”. ( Mansilla 1992: :21.*

Además Mansilla (Ibid) plantea, que los niños desde que nacen requieren cuidados especiales prolongados, brindados con afecto por otros seres humanos para desarrollarse plenamente como seres humanos todos, sólo así llegaran a aprender hablar, caminar erguidos, a comportarse según las costumbres del grupo en el que viven y podrán recibir el conocimiento acumulado (herencia cultural).

CUADRO N°6  
ENTREGA DE AFECTO Y FORMAS  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Sus padres le demostraban afecto? De qué forma?**

		Sus padres le demostraban			Total
		Siempre	A veces	Nunca	
De qué forma le demostraban afecto?	Le hacían cariño	2	1	0	3
	Se lo decían	4	6	0	10
	Le compraban cosas	0	5	0	5
	No lo demostraban	0	0	15	15
Total		6	12	15	33

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 46% de las mujeres manifestó que sus padres nunca le demostraron afecto, un 36% a veces y un 18% siempre fueron afectuosos. Este tipo de familias, según Miranda (2004) se considerarían como familias no apoyadoras caracterizadas por el predominio de: vínculos fríos, escaso apego emocional, rechazo; de relaciones caracterizadas principalmente por pautas de comportamiento prevalentes entre sus padres o adultos significativos en su grupo familiar.

*“ Yo pienso que como nunca mi familia me demostró afecto no me querían , así que hacía lo que quería y a nadie le importaba” ( Macarena)*

Del 18% de los padres que demostraron afecto en la etapa de niñez , un 6% les hacían cariño y en un 12 % se lo decían. Al contrario de la clasificación que hace Miranda (Ibid) estas familias serían apoyadoras, caracterizadas por el predominio de vínculos acogedores, de apego emocional, aceptación y de cercanía entre los distintos integrantes del grupo familiar. Se las considera como factores de protección.

Podemos decir que la falta de entrega de afecto por parte de los progenitores pudo haber sido una de las circunstancias que propiciaron el consumo de alcohol de estas mujeres e su etapa de niñez.

## 1.4 TIPO DE FAMILIA

La familia moderna está basada en los principios de la Revolución Francesa, que permitió a los matrimonios por efecto y no sólo en razón de la convivencia política, económica o culturales que hasta ese momento regían. La familia tiene el papel más importante en el desarrollo humano y social.

CUADRO N°7  
TIPO DE FAMILIA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### Con quién vivía en la niñez

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Sólo con la madre	8	24,2	24,2	24,2
Sólo con el padre	1	3,0	3,0	27,3
Con padres y hermanos	15	45,5	45,5	72,7
Con padres y más familiares	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100	100,0	
Total	33	100,0		

FUENTE : INVESTIGACIÓN DIRECTA

Frente a la pregunta con quién vivía en la niñez, tenemos que un 45,5% mujeres alcohólicas pertenecía a familia nuclear, un 27,2% a familias monoparentales cuyo progenitor era mujer (24,2%) y jefatura masculina (3,0% y un 27,3% vivía en una familia extensa.

El tipo de familia, como dato por sí solo no explica nada, son las interacciones de sus miembros los que nos podrían dar inferencias a cerca de la relación que podría existir entre tipo de familia e inicio del consumo de alcohol en la etapa de infancia . pero podemos decir, a lo menos que para algunas mujeres el tipo de familia puede hacer constituido en una circunstancia que pudo haber propiciado el inicio del consumo a partir del siguiente relato:

*“ Como éramos muchos en la casa , cada uno hacia lo que quería , así que cuando empecé a consumir alcohol nadie se dio cuenta” (María)*

## 1.5 CAPITAL CULTURAL

El capital cultural familiar es considerado como un factor que potencia el éxito escolar y facilita la orientación de los hijos en relación a la transmisión de las normas sociales .

Una familia cuyos progenitores tengan pocos o ningún nivel educacional aprobado, se torna en una situación que va en contra del los hijos, según lo planteado por Bourdieu y Passeron(1976) .

Esta suerte de regla general, puede ser aminorizada en parte si las familias escasamente dotadas de capital escolar o desprovistas del mismo por completo, como es el caso de padres analfabetos, mantienen un rico y fluido diálogo con los hijos, otorgando un puesto simbólico en las conversaciones familiares .

CUADRO N°8  
ESCOLARIDAD DE LOS PROGENITORES  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE  
COMUNA CERDA ESTACION CENTRAL, 2001

**Hasta qué curso llegó su mamá? y Hasta qué curso llegó su papá?**

		Hasta qué curso llegó su papá?				Total
		Sin Estudios	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta	
Hasta qué curso llegó su mamá?	Sin estudios	0	1	3	0	4
	Básica incompleta	2	3	6	1	12
	Básica completa	2	6	9	0	17
Total		4	10	18	1	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

La madre quien, por general, es la que pasa más tiempo con los hijos puede ejercer una mayor influencia en el desarrollo educacional de los menores en la transmisión de su propia cultura y experiencias de vida. Tenemos que un 52% de las madres de las mujeres alcohólicas cuentan con enseñanza básica completa, un 36% con enseñanza básica incompleta y el 12% restante sin estudios.

Los padres de estas mujeres encuestadas presentan un 55% con enseñanza básica completa, un 30% de ellos con enseñanza básica incompleta, el 12% de ellos no tiene estudios y el 3% restante tiene estudios de enseñanza media incompleta.

El nivel educativo del padre y de la madre, pueden influir en la aceptación o no de las normas sociales que debe interiorizar un niño. Junto a ello, el ambiente cultural que los progenitores ofrecen a sus hijos ejerce una poderosa influencia en el proceso de desarrollo de la personalidad, la inteligencia y la socialización.

Por lo tanto, podemos inferir que el bajo nivel de escolaridad de los progenitores y su ingesta de alcohol, como lo vimos anteriormente, pueden haber incidido en el desconocimiento de los efectos del alcohol y en la posición personal que tuvieron las mujeres alcohólicas en su periodo de niñez e inicio del consumo, tal como lo planteó una de las entrevistadas:

*“ Como mi mamá y papá tenían pocos estudios no me hablaron nunca del alcohol y los problemas que podía tener si consumía, y más encima ellos consumían en la casa”  
(Gloría)*

## **1.6 SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA**

La pobreza e iniquidad colocan a numerosas familias en serias dificultades para poder dar a sus hijos la infancia que desearían y que correspondería. Se abren ante la presión de las carencias un cúmulo de situaciones que afectan directamente a los niños,

creando todo orden de conflictos en la unidad familiar e impiden que la familia cumpla muchas de sus funciones.

A pesar de lo importante de indagar en esta variable, sólo vamos a considerar a qué tipo de nivel socioeconómico correspondían estas familias en el periodo de niñez de las mujeres en estudio.

CUADRO N°9  
NIVEL SOCIOECONÓMICO PADRES  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**A qué nivel socioeconómico pertenecía su familia de**

	Frecuenci	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nivel bajo	33	100	100,0	100,0
Total	30	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que 100 % de las familias de mujeres alcohólicas presentaban una situación socioeconómica baja . Este datos nos da a inferir que dicha situación puede haber incidido en las mujeres alcohólicas en ver en el consumo de alcohol una salida momentánea frente a su precaria condición social, tal como lo manifestó Teresa

*“ Éramos bien pobres..... y me daba tanta rabia de no poder tener algunas cosas que mejor me tomaba un copete para olvidarme de eso, aunque eso no justifica nada”*

## **2- SITUACIÓN SOCIAL**

El ambiente es psicológicamente significativo en cuanto está dentro del espacio vital del individuo. Determina el punto de intersección entre las posibilidades

señaladas genéticamente y las motivaciones y dinámicas internas del hombre en su aproximación al mundo que lo rodea.

Existen distintos tipos de ambientes y cada uno determina el tipo de experiencias a las cuales se enfrenta el niño. Debemos, por tanto, tratar de especificar que del ambiente afecta una determinada conducta; cómo las variadas formas de experiencias influyen en el desarrollo.

*“El desarrollo es el producto de la continua interacción entre diversos factores estimulantes y una matriz de crecimiento prevalementemente compuesta por ciertas predisposiciones selectivas, tanto para experimentar el cambio como para responder al ambiente de determinadas maneras”.*  
(Ausubel y Sullivan, 1983: 66).

En ésta misma dirección encontramos la importancia de la interrelación del hombre con su medio ambiente. Se asume que el desarrollo del ser humano es el proceso de integración del producto de la interacción maduración-ambiente, expresado en las áreas afectivas, cognitivas y sociales del individuo; y que, éste desarrollo, incluye el crecimiento o proceso de maduración biológica u orgánica del ser humano.

Para este estudio sólo vamos a considerar la percepción que tienen las mujeres pacientes del consultorio Luis infante Cerda respecto del entorno en el cual se criaron, específicamente si en el existía consumo de drogas y alcohol en el barrio, dato que nos permitirá tener una visión más amplia del desarrollo socosocial que tuvieron estas mujeres en su periodo de infancia.

## **2.1 PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL SECTOR**

Parson (1951) plantea que la conducta de cada uno de los miembros de una familia, al encontrarse en el contexto de ésta, es modelada y limitada por las conductas simultáneas de todos los otros miembros, por si solos y en combinación.

Las investigaciones realizadas por Bandura (op. cit.) respecto de procesos de aprendizajes a través del acondicionamiento clásico resaltan el papel instigador de estímulos agresivos en el medio ambiente, lo que incluye escenas violentas, armas de fuego en el contexto próximo, consumo de drogas y alcohol entre otras.

CUADRO N°10  
 CONSUMO DE ALCOHOL EN EL BARRIO  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**En el ambiente donde se crió, se consumía alcohol en la calle?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	28	84,8	84,8	84,8
	No	5	15,2	15,2	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total			100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

En el ambiente donde se criaron estas mujeres un 84,8% percibía que existía consumo de drogas y alcohol en el barrio. Muchas prácticas sociales son asumidas como correctas cuando se ve constantemente la existencia de éstas y el gran número de personas involucradas en ellas, las que son vistas por el resto como válidas y posibles de ser adoptadas.

*“ Donde yo vivía todo los fines de semana los cabros consumían alcohol y drogas en la esquina o en la plaza, y en la semana igual habían algunos cabros que tomaban a fuera de sus casas o en la esquina, era parte del barrio, como en todos lados”*  
 ( Fernanda)

La calle y otros lugares públicos recogen y permiten observar una cultura juvenil donde se expresan los elementos marginales y diferenciados del modelo de integración social que parece predominar en el resto de la juventud. No es lo más típico de la juventud, pero sí conforma una masa significativa, presente y visible.

*“ El barrio en que se vive (contexto social) es uno de los tantos factores que inciden en el consumo de alcohol y drogas. Este argumento lo esgrimen en forma mayoritaria mujeres adultas de estrato bajo” .(Instituto Nacional de la Juventud, 1997:24)*

La presencia y amplitud de estas conductas no autorizan a generalizar desde aquí a toda la juventud, pero sí se deben revisar con mayor detalle, porque están aquí para mostrar que no todo es integración en la vida de los jóvenes. Para muchos de ellos el camino de la integración está cerrado o simplemente no resulta atractivo transitarlo.

Sin ánimo de estigmatizar, podemos entrar en esta zona oscura de la cultura juvenil a partir del examen de sus elementos más duros como son el consumo de alcohol y drogas. Por lo que podemos decir , que el consumo de alcohol en el barrio donde se criaron estas mujeres puede haber propiciado el consumo de alcohol por parte de éstas.

## **2.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL**

La comunicación se da en un contexto social determinado, que en una primera instancia se da al interior de la familia, luego en su contexto más amplio llámase barrio, población, comuna, ciudad, etc. Estos contextos son los que influyen en la conducta verbal y no verbal.

La participación, en organizaciones del barrio, permite disminuir las posibilidades de consumo de drogas, tabaco y alcohol en edades prematuras de menores, fomenta la creación de nuevas formas culturales, desarrollo de habilidades de las menores, potencialidades, creación o mantenimiento de relaciones con personas y/o redes de apoyo, capital cultural y estimula la motivación por la culminación del sistema educacional, etc.

CUADRO N°11  
PARTICIPACIÓN SOCIAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cuando niña, participaba de alguna organización?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	4	12,1	12,1	12,1
	No	29	87,9	87,9	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

En su niñez estas mujeres en un 87,9% nunca participó en alguna organización social en su barrio y el 12,1% si participó alguna vez. Según Sluzki (1996 ) el apoyo que proporcionan las redes sociales se hace a través de 2 mecanismos, el respaldo emocional y ayuda instrumental. El primero se refiere al apoyo que se ofrece en situaciones emocionales críticas tales como la pérdida de un familiar, enfermedades graves, etc; la ayuda instrumental se refiere a aspectos como proporcionar dinero, cosas agradables, servicios varios e información necesaria.

Una persona que participe de una red social u organización barrial tienen la posibilidad de contar un una red de apoyo más amplia, que la proteja y la apoye en momentos difíciles que lo hubiese sido en el consumo de alcohol.

Aunque la falta de participación social de estas mujeres en su periodo de niñez no constituye una circunstancia que hubiese propiciado el consumo de alcohol, al menos podemos decir que la participación las hubiera protegido , con mayor probabilidad , a la ingesta temprana de éste.

### **2.3 REFERENTE SIGNIFICATIVO**

Los referentes significativos son aquellas personas con las cuales los niños y/o niñas pueden contar frente a una dificultad, ya sea por la ausencia de una buena relación con los progenitores lo que hace que busquen a otras personas para que los

ayuden, o simplemente son otra red con la cual pueden contar las personas ante dificultades.

Para este estudio sólo nos interesa conocer si existía en la etapa de niñez algún referente significativo para estas mujeres con el cual pudieran compartir sus problemas e inquietudes frente a la ausencia de comunicación adecuada con la madre, obteniendo la siguiente información.

CUADRO N° 12  
 CONVERSACION CON LA MADRE Y REFERENTE SIGNIFICATIVO  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Conversaba con la madre de sus problemas e inquietudes? Y en la niñez contaba con la ayuda de algún adulto a quien contar sus problemas**

		En la niñez con la ayuda de algún adulto a quien contar sus problemas ?		Total
		Si	No	
Conversaba con la madre de sus problemas e inquietudes	Siempre	0	4	4
	A veces	1	7	8
	Nunca	2	18	20
	No tenía	0	1	1
Total		3	30	33

FUENTE : INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que sólo un 9,1% de las mujeres contaban con un referente significativo en su niñez con quien compartir sus problemas e inquietudes. Al mismo tiempo podemos decir que un 60,6% de éstas mujeres no conversaba sus problemas con su madre.

El no contar con la madre y/o referente significativo ante problemas y dificultades coloca a cualquier niño o niña en desventaja frente a los distintos factores de riesgo tanto familiares como ambientales que tienen relación con el consumo de drogas y alcohol, por lo que podemos decir que esta ausencia puede haber sido una circunstancia que puede haber influido en el inicio del consumo de alcohol.

### **3- BÚSQUEDA DE SENSACIONES**

Núñez y González (1996:74) postulan que los seres humanos necesitan o están motivados por la variación estimular. Se ha planteado que algunos sujetos tienen una mayor necesidad de búsqueda de sensaciones.

*“Motivación de exploración, curiosidad o variación estimular y necesidad de búsqueda de sensaciones y de curiosidad: los estímulos complejos, novedosos e imprevisibles motivan la conducta, aunque no haya refuerzos instrumentales (Ibid: 51).*

Dentro de la búsqueda de sensaciones, para nuestro estudio vamos a considerar sólo los indicadores: consumo de sustancias lícitas e ilícitas por parte de las mujeres en su período de niñez y como dato consideraremos en compañía de quién y bajo qué circunstancias se dio el consumo. .

#### **3.1 EDAD Y ACOMPAÑAMIENTO**

Las mujeres para Daskal (1989) en general son más sensitivas a las relaciones personales y crisis de orden afectivo, hay mayor probabilidad de recordar y reportar eventos que se relacionen con su comienzo de ingestión y que los hombres no los recuerden, aunque los hayan vivido. Agrega además, que las mujeres manifiestan mayor vergüenza y culpa por beber y se ven obligadas a racionalizar su beber en términos de circunstancias que han desarrollado en la vida.

CUADRO N13°  
 EDAD DE INICIO DEL CONSUMO Y ACOMPAÑAMIENTO  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**A qué edad consumió por primera vez y  
 En compañía de quién consumió alcohol por primera vez**

		En compañía de quién consumió alcohol por primera vez			Total
		Sola	Con familiar	Con un par	
A qué edad consumió por primera vez alcohol?	Antes de los 10	3	0	0	3
	Entre los 11 y los 13	3	0	1	4
	Entre los 14 y los 18	1	13	2	16
	Más de 18	2	8	0	10
Total		9	21	3	33

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 9% de las mujeres consumió alcohol por primera vez antes de los 10 años de edad y lo hizo sola. Según Miranda (2004:6) este tipo de familia que no previno correctamente el consumo de alcohol correspondería a la de tipo Parental Negligente y Permisivo:

*“Este estilo se expresa en bajos niveles de supervisión parental, que repercuten en un escaso conocimiento de los padres sobre las conductas y hábitos de los hijos”( Ibid: 6) .*

Las mujeres que consumieron entre los 11 y 13 años de edad, correspondientes a un 12%, del cual un 9% lo realizó sola y un 3% junto a un par .

Un 48,5% de las mujeres que consumió alcohol entre los 14 y 18 años, 3% consumió sola, un 39,% en compañía de un familiar y un 6% junto a un par. Watson (1913:88) llegó a la conclusión de que toda conducta es una respuesta a algún estímulo del ambiente, en este sentido el estímulo vendría siendo la compañía de un familiar y/o par.

CONACE (2002) nos dice que la ingestión de drogas y alcohol que se presenta cuando el niño llega a la adolescencia, no necesariamente es adicción, más bien es un cambio al ciclo de vida adulta, pero la familia con su actuar frente a este hecho lo puede inducir a una conducta adictiva posterior

### **3.2 CIRCUNSTANCIAS DEL CONSUMO**

Evidentemente, no siempre que se toman una o varias drogas se llega a ser drogodependiente. Esto va a depender de la relación que se establezca. Al ilustrar este proceso con situaciones habituales sería: el que un día una persona, por curiosidad, por presión grupal (para estar a la altura), la situación de consumir alcohol (en una fiesta o celebración) y, desconociendo sus efectos, puede incluso llegar a una intoxicación aguda, pero esto tampoco indica que, en adelante, se vea obligado a tomar bebidas alcohólicas para sentirse bien.

Todas las personas pueden llegar en un momento determinado a consumir alcohol, pero sin que esto altere la normalidad de su vida, comportándose de una manera controlada cuando a ingerido alcohol. Esta situación no crea dependencia ni hace necesaria esta sustancia para seguir su vida normal. Pero nos parece relevante conocer bajo qué circunstancias estas mujeres consumieron alcohol por primera vez, obteniendo la siguiente información :

CUADRO N°14  
CIRCUNSTANCIAS DEL CONSUMO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA CENTRAL, 2001

**Bajo que circunstancias consumió alcohol por primera vez.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Por curiosidad	9	27,3	27,3	27,3
Por una fiesta familiar	4	12,1	12,1	39,4
Por presión de pares	2	6,1	6,1	45,5
Por acompañamiento de la pareja	18	54,5	54,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Podemos observar que un 54,5% de las mujeres del estudio, consumieron por primera vez por acompañar a la pareja, un 27,3% por curiosidad, seguido de un 12,1% por una fiesta familiar y un 6,1% por presión de los pares.

Se ha observado que las actitudes y conductas de los padres u otros adultos familiares significativos tienen un papel importante en la participación de los hijos/ as en conductas de riesgo, por la vía de la observación y modelamiento de la conducta de riesgos, por la vía de la observación y modelamiento de la conducta de sus padres.

### 3.3 CONOCIMIENTO PREVIO DE EFECTOS DEL CONSUMO

Algunos de los valores que nos interesan en este estudio, es como la familia debe tratar el tema del consumo de drogas y alcohol, responsabilidad entre otras, así se verifica si los valores entregados fueron recibidos por los individuos.

Al hablar de este tema de droga y alcohol, nos sirve como mecanismo de prevención e información que va a incidir en su autoestima, al ver participación de sus padres. La cultura es concebida como un conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una vida en común y participan en una estructura

social. Los valores son claves para el funcionamiento psicológico de los individuos, estos valores culturales se refieren a las conductas colectivas e individuales.

*“El objetivo fundamental de la prevención en edad temprana del consumo de droga y alcohol, es favorecer el desarrollo psico-afectivo y social, así como potenciar aspectos de la personalidad del menor, para que estén preparados para rechazar la oferta de consumo de droga o alcohol, a la que probablemente se verán expuestos en la adolescencia o juventud” (Garrido y Pérez, 2002:11)*

El no hablar de drogas a los hijos, puede inducir a que ellos obtengan una información errónea o bien tener una mayor probabilidad de experimentar en forma prematura este tipo de consumo que traerá malas consecuencias como por ejemplo la dependencia.

CUADRO N° 15  
CONOCIMIENTO SOBRE EFECTOS DEL ALOCHOL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Usted antes de consumir conocía los efectos del alcohol? Y  
Dónde escucho hablar de los efectos del alcohol**

		Usted antes de consumir alcohol, conocía sobre sus efectos?		Total
		Si	No	
En qué lugares escuchó hablar sobre Los efectos del alcoholismo?	En ninguna parte	0	19	19
	En la escuela	1	0	1
	En la televisión	4	0	4
	En el hogar	9	0	9
Total		14	19	33

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Un 43% de estas mujeres conocía sobre los efectos que producía el consumo de alcohol, escuchado de la temática en el hogar con un 64,3%, en la televisión con un 28,5% y en la escuela con un 7,1%.

Cabe mencionar que antiguamente no se trataba esta temática en lugares como la escuela y la televisión, este dato hubiese tenido relevancia si el tratamiento de éste fenómeno ni estuviera siendo trabajado por ejemplo por la escuela.

Un 57% de la mujeres del estudio no escuchó en ninguna parte a hablar sobre el alcoholismo.

*“ En mi casa nunca me hablaron de las consecuencias que podía tener si consumía alcohol, como mi padre tomaba siempre y nunca ví nada extraño, sólo que peleaba mucho, nunca le tome importancia” (Juana)*

Podemos decir que el desconocimiento de los efectos del consumo de alcohol, puede haber sido un elemento que puede haber contribuido al inicio temprano del consumo de alcohol por parte de estas mujeres.

### 3.4. EPISODIOS

Una de las posibles causas que plantean los especialistas respecto del consumo de alcohol es la existencia de abuso sexual, por lo que sólo hemos indagado si se dio este episodio en la infancia de estas mujeres obteniendo la siguiente información :

CUADRO N16°  
ABUSO SEXUAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Usted fue víctima de abuso sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	2	6,1	6,1	6,1
No	31	93,9	93,9	100,0
Total	33	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Un 6,1% de las mujeres encuestadas manifestó que en su niñez fue abusada sexualmente. Podemos decir que al menos a éstas mujeres esta situación puede, según los especialistas, haber influenciado en el inicio del consumo de alcohol.

Podemos concluir que las circunstancias que pudieron haber propiciado el consumo de alcohol de estas mujeres, pacientes del consultorio Luis Infante Cerda por un lado; corresponden a familias cuyos componentes pasan a constituir a elementos de riesgo, entre ellos: progenitores que consumieron alcohol antes de la gestación; existencia de un miembro alcohólico al interior del hogar; violencia intra familiar; falta de comunicación adecuada de la madre con su hija ; ausencia de referente significativo; malas relaciones entre hijas y progenitores; bajo capital cultural de los progenitores, nivel socioeconómico bajo de la familia; y consumo de drogas y alcohol en el barrio

Por otro lado, tenemos mujeres que presentaron búsqueda de sensaciones de riesgo como : inicio temprano de consumo de alcohol , por curiosidad y acompañamiento de un familiar y/o par ; y falta de participación en las redes sociales del barrio.

## CAPITULO VI

### SITUACION DE DEPENDENCIA EN MUJERES DE NIVEL SOCIO ECONOMICO BAJO

La idea de dependencia no se refiere a la persona que bebe alcohol, sino a la situación o relación que se establece entre el adicto y el alcohol. La dependencia hace que la persona necesite tomar aquella sustancia periódicamente para poder por un lado, experimentar los efectos psíquicos y físicos que produce, y por otro, evitar los efectos desagradables que su falta provoca

Hughes (1990) plantea que la dependencia física hacia el alcohol, se manifiesta por la pérdida de control del individuo en la ingestión de esta sustancia, deseos imperiosos de beber y síntomas de privación. En este caso las mujeres de este estudio correspondieron en un momento dado a mujeres dependientes del alcohol.

Dentro de la teoría de sistemas un elemento importante en la comprensión y manejo de la conducta alcohólica, no es sólo saber el por qué de la conducta adictiva como lo hacen otros enfoques psicológicos sino que enfatiza en el cómo y dónde sucede. Según este enfoque el alcohólico no es considerado una víctima ni victimario, sino un producto de la alteración del sistema, observando al sistema total como la unidad del problema.

*“ Un sistema social consiste, en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre si en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a "obtener un óptimo de gratificación" y cuyas relaciones con sus situaciones - incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos." (Parsons; 1951:5).*

Frente a esta situación es que nos interesa determinar algunos elementos que tienen relación con la dependencia como es: los motivos por los cuales ellas piensan que se volvieron dependientes, las otras drogas que pudieron haber consumido en este periodo, y las circunstancias de su consumo.

## **1- DEPENDENCIA DEL ALCOHOL**

La teoría Fisiológica, enunciada por Robin (1985) postula a que el factor determinante del alcoholismo es la ingestión excesiva de alcohol durante cierto período de tiempo. Así, se atribuye a la acción fisiológica del alcohol la responsabilidad fundamental de la elicitación del beber incontrolado, iniciado a través de la mediación de los efectos fisiológicos.

Si bien este enfoque, destaca tanto la acción física del alcohol en el desarrollo del alcoholismo, como los factores psicológicos y sociales, no los integran lo suficiente ni tampoco describen su interrelación, por lo que consideramos pertinente hacer referencia a la situación que vivieron las mujeres de nivel socioeconómico bajo, durante su periodo dependencia.

### **1.1 MOTIVOS DE LA DEPENDENCIA**

Jordá (2003) sostiene que en la mujer es más frecuente que el inicio de su alcoholismo esté ligado a desencadenantes específicos como, problemas conyugales, depresión, conflictos de aceptación de su rol como mujer, alcoholismo por parte del esposo u otros familiares, motivos que se presentaron en las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, tal como lo muestra el cuadro N° 17.

Un 36,4% de estas mujeres comenzó a beber por acompañar a la pareja, un 27,3% por infidelidad de su pareja, un 24,2% por soledad, un 9,1% por angustia y el restante 3% por pérdida de algún familiar querido.

*“Cuando supe que mi marido me engañaba, me dio rabia, pena y la verdad que me dio lata contar lo que me estaba pasando, y así empecé a tomar, porque me quitaba un poco la pena”. ( Yolanda)*

CUADRO N°17  
MOTIVOS DE LA DEPENDENCIA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Por qué motivo cree usted que comenzó a beber en exceso?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Por acompañar a la pareja	12	36,4	36,4	36,4
	Por soledad	8	24,2	24,2	60,6
	Por infidelidad de la pareja	9	27,3	27,3	87,9
	Por angustia	3	9,1	9,1	97,0
	Por pérdida de algún familiar	1	3,0	3,0	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total			100,0		

FUENTE. INVESTIGACION DIRECTA

## 1.2 CIRCUNSTANCIAS DEL CONSUMO

Se ha podido constatar que las drogas y el alcohol tienen un valor simbólico y forman parte constitutiva de rituales sociales que se dan en la vida cotidiana. Por ejemplo: el consumo de alcohol trasciende de la mera ingestión del mismo, sino que constituye un ritual social dado que aparece como un medio para: espacio de conversación, compañerismo, tener más personalidad, etc. En otras palabras, el ritual de consumir alcohol es sin duda mucho más importante que el acto de ingerir esta bebida.

Por lo tanto, se les consultó a las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, acerca de las circunstancias mediante las cuales ellas ingerían alcohol, obteniendo la siguiente información :

CUADRO N°18  
CIRCUNSTANCIAS DEL CONSUMO DEPENDIENTE  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sola	8	24,2	24,2	24,2
	Acompañada	15	45,5	45,5	69,7
	Ambas	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100	100,0	
Perdidos		0	0		
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 45,5% de estas mujeres consumía alcohol acompañada, un 30,3% sola y acompañada y un 24,2% consumo sola.

*“Al principio tomaba sola... que nadie se diera cuenta en mi casa, pero después cuando mi marido llegaba con cerveza yo le pedía un poquito y fue así que después no tuve que pedirle pues él me ofrecía”. (Angélica)*

### 1.3. CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

Dentro de los efectos de la dependencia física que es el fenómeno biológico que escapa del control de la persona, su organismo ha sido habituado a un nivel de sustancia circulando en la sangre, si éste baja, el sistema humano tiene una reacción biológica que conlleva varios malestares y síntomas que pueden ser muy peligrosos y amenazar la vida de las personas.

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas.

## A) UTILIZACIÓN DE OTRAS DROGAS

La ingesta de otras drogas más el consumo de alcohol, produce más consecuencias físicas, psicológicas y sociales, que el sólo consumo del alcohol, por lo que se les consultó a las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda si durante su periodo de dependencia consumían otras drogas, obteniendo la siguiente información :

CUADRO N°19  
CONSUMO DE OTRAS DROGAS  
ACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Quando usted era dependiente consumía otras drogas  
Cuáles droga consumía?**

		Quando era dependiente al alcohol, consumía otra droga?	Total
		Si	
Cuál	Benzodiazepinas	13	13
	Marihuana	1	1
	Pasta base	1	1
	Anfetaminas	1	1
	Ninguna	17	17
Total		33	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Quando estas mujeres consumían alcohol el 48% de ellas consumía otra droga. De éste un 39% de ellas consumía Bendodiazepinas, un 3% Marihuana, un 3% Pasta base y un 3% Anfetaminas.

*“Yo tomo alprazolam mucho antes de que me gustara tomar combinados, que es lo que más me gustaba, era mi fuerte”.*  
(Julia).

El consumo de otras drogas, por parte de éstas mujeres es altísimo. Éste dato podría ser más enriquecedor si se cruzara con el tiempo del consumo dependiente y el

de esas drogas para haber determinado si su influencia en los efectos fue mayor que en aquellas mujeres que no consumieron otras drogas, pero dicho dato no se registro.

## B) CONSUMO DE TABACO

CUADRO N°20  
CONSUMO DE TABACO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### Usted cuando consumía alcohol, fumaba tabaco?

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	30	90,9	90,9	90,9
	No	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Una de las drogas más consumidas por cualquier alcohólico es el tabaco , tal como se encontró en este estudio, tenemos que un 90,9% fumaba tabaco cuando consumía alcohol.

*“Cuando tomaba yo no fumaba, pero un día mi amiga me dijo que probara con uno y que si me gustaba bien y si no, no fumaba más”. (Antonia).*

Todo consumo de drogas, incluyendo el tabaco, es dañina para la salud , pero en un hogar con pocos recursos económicos , como es el caso de estas mujeres esta situación agravaba mucho más la dependencia en dos sentido : por un lado el gastar más dinero en otras drogas fuera del alcohol y por otro laco el riesgo de que se volvieran dependientes de otras drogas

*“ Ya tenía problemas para comprar alcohol, mi pareja peleaba conmigo por que me gastaba la plata en el trago, y cuando empecé a consumir pastillas y más encima fumaba no si ni de donde sacaba plata para mis vicios, y todo era peor...” (María)*

#### **1.4 SALUD MENTAL DE LAS MUJERES DEPENDIENTES**

Los equipos de salud deben enfrentarse a diario con personas que solicitan ayuda porque se encuentran en una situación tal, producto del consumo de alguna droga, que no se sienten capaces de resolver por sí mismos las dificultades que experimentan.

Los recursos existentes resultan inefectivos, los acontecimientos los sobrepasan, por lo que la desesperación y el desconcierto se apodera de ellas y de los profesionales que trabajan en la salud, la situación es vivida como crítica para todos, y una ayuda efectiva es requerida.

*“ El alcohol es la sustancia de la que más abusan las mujeres en el mundo. Se trata de una droga depresora, que adormece el sistema nervioso central. Una vez que el alcohol entra en la sangre, llega a todos los órganos del cuerpo en minutos. Las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres.” (Hokfelt, 1981:69)*

Los trastornos psicológicos asociados a la drogodependencia más comunes en las mujeres son: trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos de ansiedad generalizada.

Frente a esta situación es que se les consultó a las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, acerca de posibles efectos en su salud que se produjeron durante su periodo de dependencia, específicamente la existencia de depresión por parte de estas, obteniendo la siguiente información:

CUADRO N°21  
 DEPRESIÓN DURANTE LA DEPENDENCIA  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Durante su periodo de dependencia, padeció de depresión?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	29	87,9	87,9	87,9
	No	4	12,1	12,1	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 87,9% de las mujeres del estudio sufrieron de depresión en el período de dependencia . lo que nos permite inferir la relación que existe entre consumo y estados de salud mental, que van en desmedro de las mujeres dependientes y agrava la situación al presentar más de un problema , por lo tanto se requiere más de un profesional para tratar cada uno de ellos.

## **2- EFECTOS DE LA DEPENDENCIA**

Heath y Stantany (1991:53) plantean que la ingesta excesiva de alcohol afectaría todas las áreas de la vida de un individuo, alteraciones de la vida familiar y social, por lo tanto en este estudio vamos a indagar sobre los efectos que se pudieron haber dado en el ambiente familiar, personal y social de éstas mujeres es su periodo de dependencia.

### **2.1 RELACIÓN CON FAMILIA DE ORIGEN**

La familia constituye el primer núcleo al cual todos pertenecemos. Es el único grupo social en el que participan todos los miembros de la sociedad, se desarrollan vínculos diversos, se protegen y transmiten aspectos culturales, valores, normas, etc.

La familia es entonces la unidad integrada por miembros con identidades propias, que desempeñan roles distintos, según sexo, edad etc., y que a pesar que de en rigor dejen de cohabitar el mismo lugar físico los miembros de la familia logran, en su mayoría, mantener ciertos vínculos que le permiten seguir enfrentando la vida y de los cuales pueden obtener ciertos beneficios como toda red social.

El tipo de vínculo que mantienen las personas con su progenitores en períodos de sufrimiento o de dependencia a algunas drogas o alcohol, pueden ser indispensables para enfrentar la situación, donde éstas se ven solas y sin lograr ver alternativas de solución y donde las familias de origen pasan a constituir un pila fundamental en ese proceso.

Frente a esta situación se les consultó a las mujeres alcohólicas sobre el tipo de relación que mantenían con sus progenitores durante su periodo de dependencia obteniendo la siguiente información.

CUADRO N°22  
RELACION CON PROGENITORES  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
ESTACION CENTRAL, 2001

**Cómo era la relación con su padre en el periodo de dependencia  
Cómo era la relación con su madre en el periodo de dependencia?**

		Cómo era la relación con su madre en el periodo de dependencia?				Total
		Buena	Regula	Mala	No tenía	
Cómo era la relación con su padre en el periodo de dependencia	Buena	0	7	4	0	11
	Regular	1	14	2	1	18
	Mala	1	2	1	0	4
Total		2	23	7	1	33

FUENTE : INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar que un 21,2% de éstas mujeres mantenía en su periodo de dependencia malas relaciones con su madre al igual que el 12,1% de malas relaciones con el padre.

*“ Con mi mamá nunca me lleve muy bien, pero cuando tuve problemas con el alcohol fue peor, ella no entendía como no era capaz de salir de esto con voluntad, me decía que lo tenía que hacer por mis hijos, y que la viera a ella, que a pesar de todo nunca consumió alcohol como mi papá” (Margarita)*

Las relaciones con los progenitores en el periodo de dependencia , como lo sostienen los especialistas , es fundamental para las personas que presentan dicha situación, pues este consumo puede estar muy relacionado con los progenitores, su crianza, sus modelos, sus interrelaciones de niñez, su forma de resolver conflictos, etc., por lo tanto ellos son indispensables para la comprensión del problema y la responsabilidad conjunta que todo tienen en el.

Tenemos que sólo un 6,1% de las mujeres mantenía buenas relaciones con la madre y un 33,3% en el caso de los padres. Un 69,7% mantenía regulares relaciones con l madre y un 54,5% con el padre.

### **3- SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

El grupo familiar, lo constituye la familia que las mujeres dependientes formaban parte durante su periodo de dependencia, es decir el hogar que ellas conformaban con us pareja e hijos.

Por lo tanto la dinámica familiar, sus interrelaciones con los miembros de la familia, sus resoluciones de conflictos, etc., van influyendo en la vida de las mujeres dependientes lo que puede ir agravando o disminuyendo los problemas familiares considerando la variable consumo de alcohol y la predisposición salir de dicha situación que involucra a todos los miembros del hogar.

Frente a esta situación nos interesa indagar acerca de las relaciones que existían entre la pareja e hijos ; vida sexual ; situación laboral y social que nos permitan ver los efectos en estos ámbitos que produjo el consumo dependiente.

### 3.1 RELACION CONYUGAL Y PARENTAL

Las relaciones entre las mujeres dependientes , sus parejas y sus hijos, es determinante para que éstas puedan por sí solas tomar una actitud o conducta frente a su problema de consumo

CUADRO N°23  
RELACION CONYUGAL Y PARENTAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cómo era la relación con su pareja?  
Y con su (s) hijo (os)**

		Cómo era la relación con su (s) hijo			Total
		Buena	Regular	Mala	
Cómo era la relación con su pareja?	No tenía	1	2	1	4
	Buena	0	2	2	4
	Regular	6	9	4	19
	Mala	1	3	2	6
Total		8	16	9	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

La relación de pareja que mantuvieron estas mujeres en su periodo de dependencia en general fue regular con un 58% ; un 18% e mala, y sólo un 12% buena .

*“ Me llevaba más o menos no más con mi marido , por el problema de su genio y además por el problema plata, decía que yo era mandá a ser pa´ gastarla”. Mónica*

Una persona dependiente que mantenga malas relaciones con su pareja e hijos tendrá menos probabilidades de tomar una actitud reflexiva y positiva frente a su problema, como sería el de querer salir de la situación y someterse a tratamiento, pues sentirá que no le importa a su familia por lo tanto puede ocurrir que aumente el consumo ; se alargue el periodo de dependencia y pierda autoridad dentro del hogar.

La relación que mantenían estas mujeres con sus hijo (as) en un 48% era regular, en un 28% era mala, en un 24% era buena.

*“ Todos peleaban conmigo por que tomaba, pero nadie me preguntaba porqué tomaba, me daba tanta rabia que tomaba*

*más , y más problemas tenía, no me taba cuenta que me trataban mal para que reaccionara, era peor para mi .....” (Alicia)*

Los hijos van aprendiendo de sus padres pautas conductuales y valores, los cuales va a ir practicando en los ámbitos donde se valla desarrollando. Es muy común que las personas dependientes tengan problemas con sus hijos pues estos les pierden el respeto, se avergüenzan de éstos, y ven en las actitudes del dependiente como hechos que afirman su desafección y no importancia de ellos, por lo que tienden a salir de casa para no ver lo que ocurre en ella, y sin darse cuenta siguen repitiendo las mismas conductas en otros espacios sociales.

*“ Mi hijo mayor, no me pescaba para nada, me decía que no tenía moral para decirle nada y eso me causaba tanto dolor que parecía que ese después era mi motivo para seguir tomando” (Carmen)*

### 3.2 VIDA SEXUAL

La dependencia afectiva y la dificultad para decir no o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva, lleva a algunas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de la pareja tornándose adictas al adicto, o adictas a la relación.

#### A) MALTRATO FISICO Y SICOLOGICO

CUADRO N°24  
MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**En su vida sexual, sufrió de maltrato físico y maltrato psicológico?**

		En su vida sexual, sufrió de psicológico		Total
		Si	No	
En su vida sexual, de maltrato físico?	Si	2	0	2
	No	3	28	31
Total		5	28	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar que un 6,1% de las mujeres en estudio, durante su periodo de dependencia sufrió de maltrato físico y un 15,2% de maltrato psicológico en sus relaciones sexuales.

*“ Mi marido cuando tomaba quería tener relaciones sexuales, yo no quería , me mazamorreaba y me pegaba unas cachetadas así que al final teníamos relaciones igual” (Maritza)*

*“ Como estaba metida en el alcohol , mi pareja no quería nada conmigo, me decía que estaba hedionda a copete, que era fea, que le daba asco estar conmigo....., todo eso me ponía peor” ( Juana)*

## **B) FRIGIDEZ Y PROMISCUIDAD**

García (1996:23) plantea que una mujer que abusa del alcohol también puede presentar dificultad para alcanzar el orgasmo, pues como ya se señaló, en el marco teórico, es un depresor del sistema nervioso central y no es raro también que afecte la libido o deseos sexuales. Cuando la mujer toma anticonceptivos y hormonas, su capacidad para metabolizar el alcohol se reducirá.

Otro efecto específico que produce el alcohol en la mujer es la hipoproteinemia y la avitaminosis, que produce la ingestión riesgosa de alcohol, es que le provoca amenorrea, le deprime la excitación sexual y el orgasmo. ¿Le quita también el apetito sexual? Ella puede sentir deseo, pero su parte fisiológica está muy disociada de ese impulso.

CUADRO N°25  
FRIGIDEZ Y PROMISCUIDAD  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Alguna vez a sufrido de frigidez? Y  
de promiscuidad en su vida sexual?**

		Ha sufrido promiscuidad en su vida sexual?		Total
		Si	No	
Alguna vez a sufrido de frigidez?	Si	0	6	6
	No	4	23	27
Total		4	29	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Los datos obtenidos en relación a la frigidez nos dan cuenta que el 18% de estas mujeres de la investigación sufrió de frigidez alguna vez y un 12% de promiscuidad. Este dato por si sólo no nos permite decir que existe una relación causal entre alcoholismo y frigidez y/o promiscuidad, por que no se consultó acerca de la frecuencia de los hechos, pero si podemos decir que esta situación ocurrió durante el periodo de dependencia de éstas mujeres y probablemente de halla debido al alto consumo de la droga.

*“ Yo no estoy muy segura, pero creo que por el consumo de alcohol no me daban ganas de tener relaciones y cuando las tenía ni siquiera me excitaba, las tenía para que mi marido no se buscara otra mujer” (Berta)*

### 3.3 SISTEMA LABORAL

Del conjunto de elementos que configuran la vida cotidiana, uno de ellos es el trabajo, tiene un valor muy especial dado que es el elemento que, desde una perspectiva antropológica, da sentido a la existencia de los seres humanos.

Este sentido, para Garbarino (1996) presenta varias caras: desde el punto de vista más externo al sujeto, le somete a una serie de constreñimientos sociales que le estructuran su tiempo de vida y su inserción en la estructura social; desde el punto de vista de su equilibrio psíquico es la actividad, a través de la cual el sujeto se auto expresa sintiéndose útil a los demás y recibiendo de los demás el reconocimiento social de las capacidades que le configuran y, finalmente, desde el punto de vista intra psíquico, el trabajo es un factor esencial como mecanismo de carácter sublimatorio de las energías libidinales.

CUADRO N°26  
SITUACION LABORAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Durante su periodo de dependencia, tuvo problemas laborales?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	12,1	12,1	12,1
	No	4	12,1	12,1	24,2
	No trab.	25	75,8	75,8	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Del cuadro presentado obtenemos la siguiente información: un 75% de estas mujeres no ha trabajado nunca.

Un 24,2% trabajó durante la dependencia , de éste un 12,1% tuvo problemas laborales.

*“ Mi jefe me retaba mucho por que llegaba casi todos los días atrasada, y me decía que andaba con olor alcohol, yo siempre lo negué, pero igual todos se daban cuenta y me hacían el vacío..... hasta que le echaron de la pega.....” ( Carola)*

### **3.4 SISTEMA SOCIAL**

Dos son los aspectos clave que se han de considerar para comprender la dimensión social de la dependencia de unos seres humanos con otros; en primer lugar, la comprensión del ser humano como portador de categorías sociales, que nos lo muestran como perteneciente a una clase social, portador de categorías de sexo género, que se mueve en un marco de vida cotidiana, participa de un código moral, de un lenguaje y de unas formas concretas de relación entre tecnología y lenguaje; hablamos de un ser humano que es portador de un modelo de civilización y de ciudadano encarnado en su cuerpo y en su mente: lo social ha configurado su cuerpo y éste se inserta en la vida social.

El segundo aspecto clave es el que gira alrededor de la categoría de la relación. La vida de cada nuevo ser humano se instala en esta compleja trama de procesos, en los cuales las relaciones se objetivan e institucionalizan en función del lugar que las personas ocuparán en la estructura social.

Al respecto nos interesa conocer la participación social que tuvieron las mujeres en su periodo de dependencia, en particular su participación dentro del proceso educacional de sus hijos ( reuniones de apoderados) .

#### **A) PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO EDUCACIONAL**

El Involucramiento y compromiso de los padres con el colegio de sus hijos es concebido hasta estos días, como la participación en actividades que apoyan y que los colegios creen que deben hacer, como son las reuniones de apoderados.

En este caso puntual, tenemos que un 12,1% participaba de las reuniones de apoderado, un 44,5% a veces y un 42,4% no participaba nunca. Con el último dato se desprende que hay una menor probabilidad del conocimiento que la familia tiene

acerca del proceso educativo de sus hijos, los menores a su vez se sienten poco acompañados e influye en sus metas de escolares y de vida.

CUADRO N°27  
PARTICIPACIÓN ESCOLAR  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Durante su periodo de dependencia, participó en reuniones de sus hijos?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Siempre	4	12,1	12,1	12,1
	A veces	15	44,5	45,5	57,6
	Nunca	14	42,4	42,4	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Muchas de las madres se sentían que no eran capaces de asistir a las reuniones de apoderado no tan solo por su condición alcohólica si no por la desgana que sentían frente a cualquier responsabilidad, tal como lo manifestó Noemí:

*“No me gustaba ir a las reuniones de la escuela porque no tenía ganas de nada, no por que era alcohólica, sino por que no me daban ganas de nada”*

El SERNAM (1999) en uno de sus estudios respecto de las demandas del sistema educacional y evaluación de padre-madre,-apoderado, han revelado la importancia que tiene la familia en el éxito escolar de sus hijos y en el beneficio que su participación tiene en los propios padres y docentes. Al respecto se ha señalado, que los alumnos tienen un mayor rendimiento académico, actitudes más positivas hacia la escuela, una mayor autoestima y aspiraciones más altas cuando sus padres se preocupan, los estimulan y se involucran en su educación.

*“Pero muchos padres y madres no se sienten capaces de brindarles apoyo, pues por un lado son los mismos hijos que los desvalorizan, especialmente cuando no lograron un nivel educacional como el de ellos y, por otro, las influencias con las que son bombardeados a cada minuto, son demasiados resistentes e infranqueables para los padres y madres”  
(BID:163)*

Podemos concluir diciendo que los motivos por los cuales las mujeres de nivel económico bajo, pacientes del consultorio Luis Infante Cerda en su mayoría están ligados a problemas en el sistema conyugal, la existencia de un acompañamiento en el consumo por otras personas . El dato más significativo en este ámbito corresponde al consumo general de estas mujeres de otras drogas y tabaco en particular el consumo de benzodiazepinas, drogas relacionadas con la depresión, situación que también se presentó en la dependencia de estas mujeres.

Respecto de los efectos que se pueden asociarse, según las propias protagonistas, al consumo dependiente tenemos: malas y/o regulares relaciones con los progenitores, parejas e hijos; maltrato físico y psicológico en las relaciones sexuales ; frigidez y promiscuidad ; problemas laborales e irresponsabilidad en el proceso educativo de los hijos manifestándose en la falta de participación a reuniones de apoderados.

## CAPITULO VII

### TRATAMIENTO Y SITUACION ACTUAL

#### 1- CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

Las mujeres no son un grupo homogéneo, por lo tanto es importante tener en cuenta otros aspectos, como nivel sociocultural, socioeconómico, condición marital y en especial la edad, la etapa de desarrollo vital en que se presenta el tratamiento de dependencia alcohólica, es relevante para establecer la estrategia de tratamiento.

##### 1.1 - EDAD

La edad es relevante cuando se trata de intervenir en personas, pues dependiendo de ésta se pueden establecer estrategias y/o técnicas de grupo e intervención

CUADRO N°28  
EDAD  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

##### Qué edad tiene?

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Entre 22 y 32	5	15,2	15,2	15,2
	Entre 33 y 42	9	27,3	27,3	42,4
	Entre 43 y 52	13	39,4	39,4	81,8
	Entre 53 y 62	4	12,1	12,1	93,9
	63 años y	2	6,1	6,1	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 39,4% de estas mujeres del estudio pertenecen al rango de 43 y 52 años de edad, un 27,3% al rango comprendido entre los 33 y 42 años, un 15,2% al rango de entre 22 y 32 años, un 12,1% al rango de 53 y 62 años y por último un 6,1% en el rango de 63 y más años de edad.

Este dato nos da a inferir que el tratamiento dependiente de alcohol se presenta en mayor concentración en mujeres adultas-mayores que en mujeres jóvenes, por lo tanto esta variable de be de ser considerada al momento de plantear técnicas de grupo , y visión de la temática de las mujeres en relación a sus marcos referenciales, pues no tiene el mismo significado para una generación que para otra, así quedo evidenciado por las entrevistadas.

*“ Que una mujer mayor consuma alcohol , es visto por todos como algo malo y que no tiene cura, en cambio para una mujer menor la gente piensa que es un periodo que pronto se va a acabar” (Antonía 51 años)*

*“ Cuando tomaba y tomaba todos le decían a mi mamá que era normal a mi edad” (Julia 23 años)*

*“ La gente te discrimina y te trata peor que a las jóvenes cuando eres una mujer adulta , por que saben que por ser adulta tienes hijos y tomar alcohol delante de ellos es una vergüenza” (María 49 años)*

## 1.2- ESTADO CIVIL Y NUMERO DE HIJOS

CUADRO N°29  
ESTADO CIVIL Y NUMERO DE HIJOS  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

		Cuántos hijos tiene?				Total
		Uno	Dos	Tres	Más de tres	
Cuál es su estado civil?	Casada	0	3	6	0	9
	Soltera	1	1	0	0	2
	Separada	4	3	4	7	18
	Viuda	0	1	3	0	4
Total		5	8	13	7	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar que un 27,3% de las mujeres se encuentran casada, las cuales tienen entre dos a tres hijos . Un 6,1% se encuentra soltera con un y dos hijos respectivamente.

Un 54,5% de encuentra separada con dos a cuatro hijos . cabe mencionar que 7 de estas mujeres manifestaron que el motivo de su separación correspondió a la dependencia alcohólica, y un 12,1% se encuentra viuda.

*“ Mi marido me dejó, según él, por mi consumo de alcohol”  
( Alicia)*

### 1.3- ESTADO EDUCACIONAL

CUADRO N°30  
ESCOLARIDAD  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

#### Hasta qué curso llegó?

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Sin estudios	2	6,1	6,1	6,1
	Básica incompleta	15	45,5	45,5	51,5
	Básica completa	14	42,4	42,4	93,9
	Media incompleta	2	6,1	6,1	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

El 45,5% de las mujeres del estudio tiene enseñanza básica incompleta, un 42,4% cuenta con estudios de enseñanza básica completa y un 6,1% de ellas no tiene estudios.

*“Yo llegué hasta la básica no más, no me dio más la cabeza y además que no me gustaba ir a la escuela”. ( Andrea).*

De acuerdo a estos antecedentes, se observa que la baja educación conduce a una desvalorización de la dignidad personal, disminuyendo la autoestima y los sentimientos de competencia.

Este dato adquiere relevancia al momento de establecer metodologías de intervención, considerando el alto porcentaje de educación básica incompleta lo que significa readecuar las formas de intervención para que sean significativas, prácticas, innovadoras y creativas, que permitan a estas mujeres comprender y comprometerse con el tratamiento.

## 1.4 SITUACIÓN LABORAL

CUADRO N°31  
SITUACIÓN LABORAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Tiene experiencia laboral? YCuál es su situación laboral actual?**

	Situación laboral actual?		Total
	Si trabajand	No trabajand	
Tiene experiencia laboral	Si 6	No 9	15
	No 3	15	18
Total	9	24	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 45% de estas mujeres tienen experiencia laboral y actualmente un 27% se encuentra trabajando.

*“Si he trabajado como empleada doméstica como 3 veces, pero ahora no estoy trabajando porque mi marido no le gusta que trabaje porque dice que me pagan poco y no paso en la casa” (Antonieta).*

*“Se producen contradicciones en el discurso respecto de los roles de género, ya que los hombres plantean, por un lado, que es bueno que la mujer trabaje y se desarrolle como persona, pero, por otro, declaran que las mujeres que se quedan en la casa son mejores madres y que sus hijos tendrán mejor rendimiento escolar” (Vivas: 1996:43)*

Este dato junto a la baja escolaridad de estas mujeres puede dar inicio a propuestas de orientación o vinculación de éstas con sus redes sociales lo que puede permitir nivelar educación , con ello mejores oportunidades de trabajo , y por otro lado la reinserción laboral por parte de estas mujeres lo que permite desarrollar un mejor autoestima, definición de roles parentales , auto-suficiencia, independencia económica etc.

## **2. SITUACIÓN FAMILIAR**

Para interpretar esta complejidad veremos a la familia como una unidad doméstica; o sea al conjunto de actividades productivas, laborales, asistenciales y de servicios realizados dentro del hogar y que se desarrollan en relación a la socialización de los hijos. Por otro lado, se refiere a las actividades que constituyen la base para la integración de las personas y familias a la sociedad .

### **2.1- TIPO DE FAMILIA**

La familia se comprende como grupo primario, se va a dividir por dos generaciones y dos sexos. Se la considerara como familia aquel grupo que vive bajo el mismo techo, podemos saber si es una familia o no por el tipo de funciones que hay dentro de ellas, las que se deben de identificar.

Las generación se dan entre padres e hijos, y el sexo, entre femenino y masculino. Para ir comprendiendo a la familia siempre hay que considerarla como Polimargica y tiene muchas funciones y se expresan en distintos tipos de tipologías

*“Un conjunto de individuos emparentados, vinculados entre sí ora por alianza, el matrimonio, ora por filiación, ora más excepcionalmente por adopción (parentesco), y que viven todos bajo el mismo techo (cohabitación)”. Bourdieu 1997:127).*

CUADRO N°32  
TIPO DE FAMILIA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Con quién vive?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Sola con hijos	6	18,2	18,2	18,2
	Sola con pareja	3	9,1	9,1	27,3
	Con pareja e hijos	24	72,7	72,7	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 72,7% de las mujeres de la investigación vive con su pareja e hijos constituyendo familias nucleares con hijos , un 9,1% familias nucleares sin hijos es decir, ellas vive sola con su pareja y un 18,2% vive sola con sus hijos formando hogares monoparentales, lo que dificulta el mantenimiento emocional y económico del hogar

*“Ahora estoy viviendo sola con mi hijo y tengo que mantener la casa sola y cuidar de mi hijo, es algo muy difícil....”  
(Ursula)*

En ese sentido, el problema mayor se sitúa en las familias vulnerables, categoría comprendida por todas aquellas que tienen a lo menos un miembro de la familia que pertenezca a los grupos vulnerables, sena niños, mujeres, jóvenes, mujer jefa de hogar, adultos mayores, discapacitados, etc. (BID, et al, 1995)

*“ La madre “sola” o los hogares cuyo único progenitor es la mujer, el grado de riesgo del grupo familiar aumenta ya que la madre, generalmente, no cuenta con un apoyo social y*

*económico mínimo para cumplir con sus responsabilidades como madre y jefa de familia”. (Ibid:125).*

Un número creciente de unidades familiares tiene sólo uno de los progenitores al frente, en la inmensa mayoría de los casos, la madre. La correlación con pobreza es muy estrecha. Un gran porcentaje de las mujeres jefes de hogar pertenecen a estratos humildes de la población. El citado estudio del BID plantea que casi totalidad de los países de América Latina tienen porcentajes de hogares con jefatura femenina superiores al 20%, lo que contribuye fuertemente al fenómeno conocido como “la feminización de la pobreza”.

## **2.2 COMUNICACIÓN**

La comunicación con el grupo familiar es indispensable para cualquier persona que se encuentre en un tratamiento, más aun un tratamiento de rehabilitación alcohólica el que requiere de la retroalimentación de lo que se va adquiriendo en el proceso con la familia, lo que va fortaleciendo a la persona y aumentando su compromiso con el tratamiento, así lo afirman los especialistas.

*“ La comunicación adecuada y frecuente del tratamiento con los miembros del hogar es fundamental para ir refirmando lo aprendido , a la vez que permite a la propia familia la comprensión del fenómeno y el como deben de aportar desde su individualidad” (Troncoso 2001: 70)*

Por tanto se les consultó a las mujeres pacientes del consultorio, respecto de la frecuencia con la que conversaban dentro de su hogar, respecto de lo aprendido en el tratamiento, obteniendo la siguiente información :

CUADRO N33°  
 FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cada cuánto tiempo conversan en su hogar sobre lo aprendido en el tratamiento?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Todos los días	2	6,1	6,1	6,1
	2 veces por semana	5	15,2	15,2	21,2
	2 veces al mes	12	36,4	36,4	57,6
	Nunca	14	42,4	42,4	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Según el cuadro podemos señalar que la frecuencia de comunicación que mantienen estas mujeres al interior de su hogar respecto del tratamiento es baja ya que el 42,4% no lo hace nunca, un 36,4% lo hace tan sólo dos veces al mes, seguido con un 15,2% que lo hace dos veces por semana y tan sólo un 6,1% lo hace todos los días.

*“La internalización del lenguaje se convertiría también en un vehículo para la trasmisión de la motivación humana”.(Huerta J., 1996:214)*

La comunicación que se produzca al interior de estas familias es fundamental, debido al proceso específico en el cual están inmersas, como es el tratamiento en el cual se insertaron, es de prioridad hacerlo porque de este modo estas mujeres se sienten importantes para ellos(la familia), lo que permitirá potenciar su autoestima.

*“ En mi casa no conversamos nunca de mi tratamiento, a veces me siento muy sola por que nadie me pregunta, no é si eso esta bien” (Maritza)*

### **2.3- RELACIONES FAMILIARES**

Hasta el momento ninguna otra institución humana o social ha logrado suplir el funcionamiento de la familia, sobre todo en la satisfacción de las necesidades

biológicas y afectivas de los individuos. La familia cambia y continuará cambiando, pero también persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en las actuales sociedades. Responde básicamente a dos funciones:

- **Interna:** protección de sus miembros. Ésta función se logra por el sentido de pertenencia y el sentido de diferenciación, a través del afecto.
- **Externa:** transmisión de la cultura e inserción del individuo en la cultura, lo que se conoce como socialización.

Estas funciones nunca se dejan de cumplir por la familia, en relación a esto es que se les consultó a las mujeres respecto de su relación actual con sus progenitores.

#### A) RELACIONES CON LA FAMILIA DE ORIGEN

Tenemos según el cuadro N° 34 que actualmente un 49% de estas mujeres mantiene una relación regular con su madre, un 21% tiene una buena la relación, y por último un 9% de ellas mantiene una mala su relación.

CUADRO N34°  
RELACION CON LOS PADRES  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

#### Cómo se lleva actualmente con su madre y padre?

		Cómo se lleva actualmente con su padre?				Total
		Bien	Regula	Mal	No tengo	
Cómo se actualmente con su madre?	Bien	4	2	1	0	7
	Regular	8	4	4	0	16
	Mal	1	2	0	0	3
	No tengo	0	3	0	4	7
Total		13	11	5	4	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Las relaciones actuales de estas mismas mujeres con su padre nos arroja que para un 40% de ellas es buena, para un 33% resulta regular, para un 15% de ellas es mala .

Este dato puede llevar al equipo de trabajo a considerar esta variable en la intervención sicosocial, lo que permitirá ampliar las redes de apoyo familiares de estas mujeres con ello mejorar su calidad de vida.

Se desprende entonces que para un 19% más de estas mujeres es mejor la relación con su padre.

*“Sabe señorita yo desde chiquitita que me llevaba mejor con mi papá, sería que él siempre me consentía más que mi mami”.*  
(Rosa)

Cabe mencionar que el tipo de relaciones que mantenían estas mujeres con sus progenitores durante y después de la dependencia mejoró levemente, lo que vuelve a reafirmar la necesidad de trabajar en este ámbito.

## **B) RELACIONES CON EL GRUPO FAMILIAR ACTUAL**

Jiménez (1999) sostiene que la introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad de alterar con profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia en dirección de la estabilidad a corto plazo (regulación) a expensas del crecimiento a largo plazo.”

*“ Los hechos se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta especial atención a las conexiones y relaciones, más que a las características individuales.”*  
(Jiménez et al, 1999:3)

Las relaciones que se dan dentro de la familia, por lo tanto pasan a ser un elemento indispensable para poder ir perfilando la dinámica familiar, la cual va a afectar directamente en la vida de las mujeres que se encuentran en su etapa de tratamiento.

## B.1 RELACION CONYUGAL Y PARENTAL

CUADRO N°37  
RELACION CONYUGAL Y PARENTAL  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### Cómo es su relación actual con su pareja e hijo(os)

		Cómo se lleva actualmente (s) hijo			Total
		Bien	Regular	Mal	
Cómo es relación con su pareja?	Buena	0	2	5	7
	Regular	4	7	2	13
	Mala	3	3	1	7
	No	3	3	0	6
Total		10	15	8	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Estas mujeres actualmente un 40% de ellas mantienen una regular relación de pareja, para un 21% de ellas es buena su actual relación, un 21% de ellas es mala la relación y para el 18% restante no tiene.

*“ Yo me llevo mal con mi pareja por la sencilla razón que pasa muy poco en la casa, sabe él es amigo de sus amigos y dice que la mujer es pa que esté en la casa no más” ( Jessica)*

Actualmente la relación con sus hijos para un 46% de ellas es regular, para un 30% de ellas es buena y para el 24% es mala.

Podemos decir, que se hace necesario trabajar esta variable dentro del tratamiento de las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda , pues a mediano y/o largo plazo las malas y regulares relaciones con l pareja e hijos puede transformarse en un nuevo motivo de consumo de alcohol, al sentirse que pese a sus esfuerzos no hay gratificación familiar por su esfuerzo.

## 2.4 ENTREGA DE AFECTO

La perspectiva de género en la problemática de las mujeres consumidoras de alcohol permite comprender la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de contacto afectivo y el miedo a perderlo (en especial respecto de la pareja), es un factor de riesgo para el uso de sustancias como el consumir alcohol. La tendencia a sostener y cuidar los vínculos (la extensión del rol materno) persiste en las mujeres dependientes al alcohol, mientras que los varones generalmente se van o delegan el cuidado de los hijos en otras personas.

La entrega de afecto se hace fundamental al interior de una familia, ya que es un proceso que dirige hacia la conducta de logros de metas, además que tiene relación con la autovaloración y el auto concepto del ser humano.

Nº40  
DEMOSTRACIÓN DE AFECTO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Actualmente sus padres le demuestran afecto? \***  
**Y su pareja le demuestra afecto?**

		Actualmente su pareja le demuestra afecto?				Total
		Siempr	A veces	Nunc	No tengo pareja	
Actualmente sus padres demuestran afecto?	Siempre	0	1	1	3	5
	A veces	2	7	2	1	12
	Nunca	3	6	1	2	12
	No tengo	1	3	0	0	4
Total		6	17	4	6	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Hay a un 36% de mujeres que manifestaron que sus padres a veces le demuestran afecto, un mismo 36% expreso que nunca le demuestran afecto y un 16% de ellas sus padres les son afectuosos

A un 52% expresa que a veces sus pareja les demuestran afecto, a un 18% siempre les demuestran afecto, y un 12% nunca se lo demuestran.

*“Mi marido es cariñoso pero no tanto, o sea, cuando está de buena por ejemplo me acompaña a la feria y quiere que compre de las cosas que a mi más me gustan” (Juana)*

Según indican las investigaciones de Goleman (1996), y otras, el buen desempeño y el éxito de las personas, en su vida productiva, no se halla ligado sólo a su cociente intelectual, tiene estrecha relación con sus calidades emocionales. Entre los componentes de este orden particular de inteligencia, se hallan el autodominio, la persistencia, la capacidad de auto motivación, la facilidad para establecer relaciones interpersonales sanas y para interactuar en grupos, y otras semejantes.

## **2.5 ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR**

La teoría funcionalista sostiene que en el tratamiento del alcoholismo, específicamente la rehabilitación, debe considerar no sólo al individuo sino al contexto social en el cual se está inmerso, de modo que la persona logre un manejo más adecuado de su vida cotidiana.

*“ El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico, se advierte con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, en la medida que la familia adapta, poco a poco, su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo ” (Abeldo, 1992: 94).*

Por lo tanto se les consulto a las mujeres pacientes del consultorio Luis infante Cerda respecto del acompañamiento familiar obteniendo la siguiente información :

CUADRO N°41  
 APOYO EN TRATAMIENTO DE PADRES Y PAREJA  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Su familia (padres y hermanos) la apoyan en su tratamiento? y  
 Su pareja la apoya en su tratamiento?**

		Su pareja la apoya en su tratamiento?				Total
		Un poco	Nada	Mucho	No tengo pareja	
Su familia (padres y hermanos) la apoyan en su tratamiento?	Un poco	1	6	5	0	12
	Nada	2	3	1	0	6
	Mucho	4	3	2	6	15
Total		7	12	8	6	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

A un 46% de estas mujeres su familia (padres y hermanos) la apoyan mucho en su tratamiento, a un 36% de ellas la apoyan sólo un poco y al resto del 18% no la apoyan nada.

La familia es la matriz de la identidad y del desarrollo sicosocial de sus integrantes y de este modo debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura al interior de ésta. El sentido de identidad de los individuos está determinado por el sentido de pertenencia a una familia, es aquí donde asume pautas transaccionales que lo acompañan a lo largo de su evolución individual. Por lo tanto una familia que apoya, en este caso, a uno de sus miembros en este proceso de rehabilitación es fundamental para todo el grupo familiar, pues permite la cohesión de estos y el desarrollo de un buen autoestima del miembro solicitante que es fundamental para la rehabilitación.

El 37% de las parejas de estas mujeres no apoya en nada su tratamiento, un 24% apoya mucho su tratamiento, un 21% la apoya un poco . el apoyo de la pareja es fundamental en este tratamiento pues sin ella , la mujer tenderá a dejar el tratamiento por sentirse sola y tenderá a pensar que lo que hace no tiene sentido para su familia, así lo afirma Troncoso (2001)

*“ Una familia que no motiva o acompaña , pasa a ser un elemento no complementario en este caso específico del proceso de un tratamiento, lo que va a dificultar el logro de esta meta, tanto en la mujer como en su entorno familiar”  
 .(Ibid106)*

#### **A) PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO**

Muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, e incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros.

La familia es considerada , según .Raúl Atria, (1999) , en la mayoría de los casos, un recurso básico, dado que se ha constatado que cuanto mayor es la solidez de ese capital básico mejores son los resultados de cualquier estrategia de intervención. Hay que considerar que la potencialidad del capital social es que no se agota con su uso, pero puede ser reducido o destruido, en aquellos casos en que se enfrentan crisis o al constatar que un determinado vinculo no cumplió sus expectativas o que fue frustrado, situación que podría corresponder a las familias de las mujeres con problemas de dependencia.

CUADRO N°42  
 FORMA DE PARTICIPACIÓN EN PROCESO DE FAMILIA  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

#### **Su familia participa de este proceso?**

		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Si	27	81,8	81,8	81,8
	No	6	18,2	18,2	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

El 81,8% de las familias de estas mujeres estudiadas participa en este proceso de tratamiento, el 18,2% restante no lo hace. En el tratamiento de la mujer con dependencia alcohólica el apoyo familiar es fundamental, y mejor aún si la familia posee el conocimiento de esta enfermedad.

A fin de optimizar las intervenciones realizadas por los equipos técnicos, es necesario considerar los recursos ( materiales, afectivos) con los que cuenta cada familia, las instancias con las que se relaciona y la forma que utiliza para satisfacer las necesidades de sus miembros. La relación entre todos esos recursos y la confianza que deposita el sujeto que interactúa con otros actores sociales es una de las formas de entender el capital social. y que es de gran utilidad en el tratamiento de estas mujeres.

*“El tratamiento de alcoholismo debe considerar no sólo al individuo sino al contexto social en el cual está inmerso, de modo que la persona logre un manejo más adecuado de su vida cotidiana.” (Heath y Stantany, 1991:24)*

La utilidad práctica del concepto capital social radica en la percepción de que es un recurso que se puede formar, construir y acumular, es decir, agentes externos, pueden contribuir en la conformación de capital social en un grupo o comunidad

## A.1) FORMA DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO

CUADRO N43°  
FORMA DE PARTICIPAR EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### De qué forma la familia participa del proceso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulad
Válido				
De charlas	11	33,3	33,3	33,3
Acompañamiento a terapias	16	48,5	48,5	81,8
De ninguna forma	6	18,2	18,2	100,0
Total	33	100	100,0	
Total	33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

El cuadro nos indica que la familia participa en este proceso de tratamiento en un 33% a través de charlas que imparte el consultorio a los familiares de estas mujeres sometidas a tratamiento, un 48,5% sólo acompañan a sus familiares a las terapias individuales o de grupo a las que estas mujeres son sometidas durante este proceso y por último un 18,2% no participa de ninguna forma.

Hay que considerar que el alcoholismo y los problemas derivados del consumo inmoderado del alcohol, sin duda alguna el principal desafío para la salud pública de nuestro país. La cuantía de la población que los padece, las consecuencias para la salud física y mental del afectado y de su grupo familiar y los perjuicios sociales y económicos que representan para la sociedad en su conjunto, justifican una real participación de todos a la hora de empezar con el tratamiento. Por eso es conveniente que para hacer posible la eliminación de los problemas y dificultades relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas que causan dependencia, como es el caso de las mujeres del estudio, es que su grupo familiar, debe estar motivado e involucrado en la participación activa en el tratamiento del cual participa su familia, independientemente si son o no consumidores o dependientes.

## 2.6 VIOLENCIA INTRA FAMILIAR

La consideración de una perspectiva familiar pone énfasis también en que el vivir en familia es una experiencia multigeneracional. Esto significa que la mayoría de los sucesos ocurren en una compleja interacción de al menos tres generaciones y que cualquier evento histórico o situacional que ocurra en la familia afectará a todos los miembros de ese sistema familiar, como lo sería al ingesta de alcohol y la existencia de violencia intrafamiliar .

### A) CONSUMO DE ALCOHOL DE LA PAREJA Y VIOLENCIA INTRA FAMILIAR

CUADRO N°44  
VIOLENCIA INTRA FAMILIAR DE PAREJA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Su pareja, actualmente consume alcohol? y  
Actualmente usted sufre de V.I.F.?**

		Actualmente sufre de V.I.F.?		Total
		Si	No	
Su pareja, consume alcohol actualmente?	Si	17	2	19
	No	6	2	8
	No tengo	1	5	6
Total		24	9	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Un 58% de las parejas de estas mujeres del estudio actualmente consumen alcohol, y ejercen violencia intrafamiliar. Que la pareja de una persona que se encuentra en un periodo de rehabilitación tiene más probabilidades de una recaída o reincidencia alcohólica y abandono del tratamiento, situación que se agrava con la presencia de la violencia intrafamiliar.

En los últimos veinte años, diversos especialistas entre ellos Larrain, (1995) han tratado de explicar el por que de la violencia, es decir, buscan una explicación al fenómeno. La principal hipótesis era que las personas que ejercen violencia, han sufrido violencia en su niñez , otras lo hacen por sufrir trastornos mentales, pero no es

la única forma de explicación que se ha encontrado, sino que también se han tratado de incorporar elementos explicativos a través del uso y abuso de alcohol y drogas, pero estudios mas profundos del uso de sustancias han mostrado que las drogas y alcohol, mas que causar la violencia pueden facilitarla, ya que éstas tienen la propiedad de suprimir las inhibiciones.

Un 21% de estas mujeres expresa que su parejas ejercen violencia intrafamiliar , aunque la variable consumo de alcohol se encuentra ausente. La Violencia Intra Familiar involucra a todos los miembros de una familia, si bien ésta puede afectar a un solo miembro del grupo familiar, los demás también se ven involucrados de forma indirecta, ya que los momentos de tensión y agresión todos vivencian esta situación.

### **3- SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA**

El concepto de pobreza abarca una situación socioeconómica que es recortada de la realidad y calificada en relación a los valores y derechos que predominan en la sociedad. La pobreza puede medirse, entonces, de tantas maneras como posiciones valorativas se consideren, variando el número de familias pobres según las necesidades definidas como básicas y los grados de satisfacción que declaren suficientes o aceptables.

Para nuestra investigación vamos a considerar dentro de la situación socioeconómica el ingreso familiar, condiciones de la vivienda y sistema de salud en la cual se atiende la familia.

#### **3.1 INGRESO FAMILIAR Y VIVIENDA**

Del cuadro N° 46 se desprende que el 48,5% de los ingresos familiares se encuentra en el rango correspondiente a menos de \$.100.000 mensuales, un mismo 48,5% donde los ingresos mensuales corresponden aquellos entre \$101.000 y 150.000 mensuales y tan sólo un 3% el ingreso se encuentra entre \$150.000 y \$200.000

mensuales. Por lo que podemos decir que éstas familias , en general, se encuentran en situación de pobreza

CUADRO N°46  
INGRESO FAMILIAR  
PACIENTES CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Cuál es el ingreso del hogar? Y Tenencia de la vivienda?**

		La vivienda				Total
		Propia	Cedida	Arrendada	Allegado	
Cuál es el ingreso del hogar?	Menos de 100	1	1	2	12	16
	Entre 101 y 150	16	0	0	0	16
	Entre 151 y 200	0	0	1	0	1
Total		17	1	3	12	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Además, estas familias en un 36,4% viven de allegados, un 9,1% paga arriendo por su vivienda y un 51,5% vive en casa propia. Este dato sólo nos muestra en la situación actual , respecto de vivienda, que tienen las mujeres que son pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, de la comuna de estación central, que puede servir de indicador de pobreza para esta institución.

**A) TIPO DE LA VIVIENDA**

CUADRO N°47  
TIPO DE VIVIENDA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**De qué tipo es su vivienda?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulad
Válido	Básica	19	57,6	57,6	57,6
	Mediagua	14	42,4	42,4	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total			100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

La vivienda de estas familias en un 57,6% corresponde a casas básicas, y el 42,4% corresponden a mediagua.

## B) MATERIAL DE LA VIVIENDA

CUADRO N°48  
MATERIAL DE LA VIVIENDA  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

### De qué material es la vivienda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulad
Válido	Concreto	19	57,6	57,6	57,6
	Madera	11	33,3	33,3	90,0
	Mixto	3	9,1	9,1	100
	Total	33	100	100,0	
Total		33	100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Estas viviendas en un 57,6% son de material de concreto, un 33,3% de madera y en su calidad de mixto un 9% ,

## 3.2 SISTEMA DE SALUD

El modo mediante el cual la familia se atiende en el sistema de salud también pasa a constituir un indicador de la situación socioeconómica de estas mujeres.

Tenemos , según el cuadro N° 49, que un 84,8% de estas mujeres y sus familias se atienden con tarjeta de gratuidad, corroborando su situación de pobreza. Y un 15,2% se atiende con FONASA.

CUADRO N°49  
 SISTEMA DE SALUD  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**En qué sistema de salud se atiende su familia?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	Tarje de gratuidad	28	84,8	84,8	84,8
	Fonsa	5	15,2	15,2	100,0
	Total	33	100	100,0	
Total			100,0		

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

#### 4- SITUACIÓN SOCIAL

CUADRO N°50  
 PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES  
 PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
 COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Qué habilidades tiene usted? Y Actualmente  
 participa de alguna organización social, en su barrio?**

		Actualmente participa de organización social, en su barrio?		Total
		Si	No	
Qué habilidades tiene usted?	Cantar	1	1	2
	Bailar	1	12	13
	Escribir	0	4	4
	Hacer deporte	1	13	14
Total		3	30	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Actualmente un 91% de estas mujeres no está participando en ninguna organización en su barrio, tan sólo el 9% participa. Entre las habilidades con que cuentan estas mujeres un 43% de ellas les gusta hacer deporte, a un 39% les gusta bailar, a un 12% les gusta escribir y al resto del 6% les gusta cantar.

La mayoría de las familias no hace uso de algunas redes comunitarias, lo que les permitiría paliar algunas de sus necesidades, obtener beneficios de las redes como apoyo, acompañamiento etc., y por sobre todo el desarrollo de sus habilidades.

*“ Cuando un individuo es portador innato de habilidades, existe mayor probabilidad que a través de éstas, pueda desarrollar una mejor autoestima y desarrollo personal” (Atria 1999:73).*

La familia al conocer las habilidades de estas mujeres, les permitirá valorar otro aspecto de la mujer, y será importante integrarlo a una organización o a actividades determinadas, para que esta cualidad se desarrolle plenamente, lo que permitirá su trabajo en equipo, auto concepto y una mayor participación grupal.

## **5. PERCEPCION DEL TRATAMIENTO**

La adicción femenina continua siendo en la actualidad una gran desconocida en el campo de las adicciones. Y además por partida doble pues, mientras por un lado muchas de las fórmulas terapéuticas que se han desarrollado se basan más en el (los) perfil (es) del adicto varón que en el estudio de las diferencias introducidas por el género en el abordaje de dicho fenómeno, por otro, los constructos epistemológicos y operativos sobre los fenómenos adictivos carecen actualmente de la aplicabilidad clínica de otras épocas debido a los cambios socioculturales acaecidos de unos años a esta parte.

El poder desarrollar una visión de sí misma más positiva, donde se identifique por sus logros y características positivas por sobre las negativas; el desarrollo de una imagen personal más cercana a la realidad y la certeza de que no es víctima de las circunstancias, sino protagonista de su acontecer, fomenta el desarrollo de la autoestima

CUADRO N° 51  
OPINIÓN DEL TRATAMIENTO  
PACIENTES DEL CONSULTORIO LUIS INFANTE CERDA  
COMUNA ESTACION CENTRAL, 2001

**Qué opina usted acerca de este tratamiento? y  
Usted se siente capaz de salir adelante?**

		Usted se siente capaz de salir adelante?			Total
		Si	No	No sé	
Qué opina acerca de este tratamiento	Es muy efectivo	10	8	0	18
	Poco efectivo	0	7	5	12
	No es efectivo	0	0	3	3
Total		10	15	8	33

FUENTE. INVESTIGACIÓN DIRECTA

Para un 55% de estas mujeres el tratamiento a que se han sometido es muy efectivo, para el 36% de ellas es poco efectivo y para el 9% no es nada efectivo.

*“Yo encuentro que el tratamiento es bueno, porque yo voy todavía y siempre me han tratado bien, aparte que ya no tomo, pero igual sigo yendo al consultorio, para no tentarme y además contar lo que yo pasé a otras personas para que no les pase lo que a mí”. Amalia*

Además , un 46% de estas mujeres del estudio no se sienten capaces de salir adelante en su vida futura, el 30% de ellas es más optimista y piensan que si son capaces, y el 24% restante no lo sabe.

*“Las mujeres en general tienen serios problemas de autoestima e indicadores de ansiedad más elevados que los hombres, los grupo espacios terapéuticos con grupos de mujeres, son un instrumento válido para aumentar la valoración personal y fomentar climas terapéuticos” (Vannicelli y Nahs, 1984:104)*

Investigaciones recientes intentan explicar la motivación de logro basándose en las metas que persiga el sujeto, metas que se eligen dan lugar a diferentes modos de afrontar lo que se han propuesto y a distintos patrones motivacionales.

Hay que tener en cuenta, según Bandura (1997) la correlación significativa que existe entre autoestima (valoración positiva o negativa del auto concepto) y el locus de control podemos deducir que en la medida que desarrollemos la autoestima mejoraremos la atribución causal. Así tenemos que los sujetos con baja autoestima suelen atribuir sus éxitos a factores externos e incontrolables (el azar) y sus fracasos a factores internos estables e incontrolables (baja capacidad) .

*“ En una pluralidad de actores individuales que interactúan entre si en una situación que tiene al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a **obtener un** óptimo de gratificación y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos”.Parsons, 1951:6)*

Según la experiencia clínica, existen maneras específicas de intervenir en el tratamiento de las dependencias en mujeres. Dentro de este proceso, es necesario fomentar habilidades cognitivas que posibiliten la toma de decisiones y resolución de conflictos, ayudando a la estructuración de la vida cotidiana y a afrontar problemáticas relacionales, de tal manera de potenciar los recursos cognitivos al servicio de sí mismas; de otro modo, se puede incurrir en el error de potenciar sólo la expresión emocional (hábito frecuente en las mujeres), pero sin permitir visualizar recursos personales para afrontar conflictos.

Por lo tanto podemos concluir que las variables que se encuentran presentes e la situación actual de las mujeres pacientes del consultorio Luis Infante Cerda, deben constituirse en los indicadores a considerar en el tipo de técnicas e intervención lo que permitirá una mejor y más eficiente utilización de los recursos humanos. Nos referimos a los indicadores :edad, escolaridad, tipo de familia , situación socioeconómica, numero de hijos, estado civil.

Por otro lado las variables : relaciones, acompañamiento y autoestima deben ser los ejes de cualquier tipo de intervención, pues en ella descansa el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Este estudio describe las circunstancias que pudieron haber propiciado el consumo de alcohol; los motivos que percibieron las mujeres como los causantes de su consumo dependiente; los efectos de la dependencia; y la situación actual de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, de la Comuna de Estación Central; utilizando la teoría fisiológica, genética, sociológica y de sistemas empleadas como marco teórico que dio cuenta del fenómeno en estudio.

Con esta mirada multidimensional, se ha podido observar el fenómeno del alcoholismo desde un antes, durante y un después del período del consumo dependiente, logrando tener una mirada más real de la temática del alcoholismo femenino, consiguiendo además poder establecer categorías de análisis para comprender y establecer situaciones que participaron en el consumo de alcohol de las mujeres de nivel socio económico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, Comuna de Estación Central.

Las preguntas de investigación que guiaron el presente trabajo –como se señaló en el planteamiento- se orientaron a describir las circunstancias que pudieron haber propiciado el consumo de alcohol, los motivos que pudieron haber incidido en la dependencia, los efectos que contrajo la dependencia y la situación actual de éstas, en relación a su proceso de tratamiento, observándolos a través del nivel personal, familiar y social.

Desde las circunstancias que pudieron haber propiciado el consumo de alcohol, se pudieron identificar componentes de la familia, determinar los aspectos personales y por último mencionar las condiciones sociales en las que vivieron las mujeres alcohólicas en su periodo de niñez.

Del mismo modo, se pudieron determinar los motivos que las mujeres del estudio percibieron como los causantes de su dependencia, la identificación de los efectos de ésta en el ámbito personal, familiar, laboral y social.

Por último, se logró describir la situación actual de las mujeres, determinando el funcionamiento familiar; la identificación laboral y social; y señalamos las percepciones que tienen las mujeres respecto del tratamiento en el que se encuentran insertas.

De acuerdo con los datos obtenidos a través de la encuesta y entrevista, las mujeres de nivel socioeconómico bajo, pacientes del Consultorio Luis Infante Cerda, se puede señalar que antes que éstas mujeres nacieran sus progenitores, en general, consumían alcohol alcanzando en la madre al 55% y un 67% en el caso de los padres.

*“ Es así como ha quedado en evidencia, que los hijos de los padres alcohólicos exhiben una probabilidad mucho mayor de llegar a ser alcohólicos cuando pasan a la edad adulta” (Cloninger 1990:51)*

Si a ésta aseveración se le agrega la existencia, a modo general, de un miembro de la familia alcohólico con un 67%, se podría apuntar entonces hacia lo genético y la socialización como factores determinantes del consumo de alcohol femenino.

*“Un estudio realizado entre hijos de padres alcohólicos adoptados a temprana edad, demostró que la exposición ambiental al alcoholismo puede contribuir al alcoholismo femenino y no así al masculino. Este mismo estudio agrega que cuando hay alcoholismo familiar, aumenta la tendencia de las mujeres a casarse o a mantener convivencia con alcohólicos”. (Rojas; 1990:46)*

Un alto porcentaje de estas mujeres, 70%, reconoció que en sus hogares de origen se caracterizan por existir violencia intra familiar, de la cual un 17,4% corresponde a la violencia ejercida contra la madre, un 8,7% a los hijo (os) y un 73,9% a todo el grupo familiar.

Barudy (1999) plantea que si la violencia afecta directamente a la madre, es ella quien recibe la agresión, sin embargo, los hijos sufren la violencia psicológica al vivenciar el maltrato de su madre, lo cual no es muy diferente si la agresión es hacia los niños, ancianos u otros.

Pareciera ser que el consumo de alcohol en la mujer está relacionado con la manera en que se han vivido los vínculos afectivos en el sistema familiar, y en especial con la figura materna, es así como en este estudio se reconoce que un 36,3% de estas mujeres mantenía una relación de tipo regular con su madre y un 30,3% el mismo tipo de relación con el padre. En tanto al tipo de comunicación que existía entre ellas y sus madres para conversar acerca de sus problemas e inquietudes, un 60% de ellas nunca tuvo esa posibilidad y un 24% si conversaba con su madre de temas de su interés.

*“Sólo por medio de establecimiento de relaciones cordiales con los padres, los maestros podrán esperar el tratamiento de algunos casos de perturbación emocional en sus orígenes y evitar que se desarrollen otros ( Montenegro, 1984 :669).*

También se da cuenta que estas familias no ejercen en su plenitud sus funciones familiares como la entrega de afecto, ya que quedo en evidencia la ausencia de demostración psicológicas y/o físicas, es así como un 46% de ellas nunca recibió afecto de ningún tipo por parte de sus progenitores, un 36% tan sólo a veces y el 18%.

*“Los niños desde que nacen requieren prolongados cuidados especiales brindados con afecto por otros seres humanos para desarrollar plenamente como seres humanos todos sólo así llegaran a aprender hablar , caminar erguidos, a comportarse según las costumbres del grupo en el que viven y podrán recibir el conocimiento acumulado (herencia cultural). Es decir , sólo viviendo con otros seres humanos que atiendan sus necesidades sicosociales, el recién nacido puede llegar a desarrollar como ser humano de manera que, cuando sea*

*adulto llegue a ser reconocido/aceptado, integrado y participante de su grupo humano". (Mansilla 1992:21).*

Es así, como se a explicado a la dependencia como una forma de suplir las incapacidades de enfrentar exitosamente el mundo de los afectos y regular el comportamiento y las relaciones interpersonales al interior del núcleo familiar. Esto apunta de alguna manera a una vulnerabilidad estructural de los aspectos de auto cuidado y auto protección y a los efectos de enfrentarse con éxito a las dificultades y a los problemas de necesidades no satisfechas y de afectos dolorosos surgidos al interior de la misma. El alcohol es empleado entonces, posiblemente como una defensa permanente contra el dolor, como también para silenciar, contener y eliminar la pena, la rabia y agresión que desorganizan sus vidas.

Tenemos además, que este tipo de mujeres provienen, en su mayoría, de familias nucleares (45%), seguido de familias monoparentales (27,2%), donde de este, y un 27,3% pertenecía a una familia extensa.

Es así como en este caso hablamos de familias vulnerables, y según el BID (et al, 1995:125), "se consideran familias vulnerables a todas aquellas que tienen a lo menos a un miembro de la familia que pertenece a estos llamados grupos vulnerables, sean niños, mujeres, jóvenes, mujeres jefas de hogar, etc".

*"La madre sola o los hogares cuyo único progenitor es la mujer, el grado de riesgo del grupo familiar aumenta ya que la madre, generalmente no cuenta con un apoyo social y económico mínimo para cumplir con sus responsabilidades como madre de familia. (IBID:125)*

El capital humano de los padres, es decir su escolaridad podemos señalar, que las madres de estas mujeres, un 52% de ellas tenía enseñanza básica completa, un 36% enseñanza básica incompleta y por último un 12% corresponde a sin estudios. Los padres un 55% presenta enseñanza básica completa, un 30% enseñanza básica incompleta, un 12% sin estudios y un 3% con estudios de enseñanza media incompleta; lo que de acuerdo a las teorías sobre el tema los ubica en un bajo capital

cultural; los resultados obtenidos nos indican que esta carencia está jugando como elemento de riesgo , sólo considerando la escasez de conocimientos acerca de los efectos del alcoholismo y la forma de relacionarse con sus hijos.

Habría que mencionar, que los factores de socialización y aprendizajes de modelos se internalizan a través de la percepción de consumo que en muchos casos se da en el sector al cual se pertenece, en este caso puntual de estas mujeres, en un 84,8% percibían la existencia de consumo de alcohol en las calles y pasajes , lo que pudo haber constituido sus primeros marcos referenciales acerca del alcoholismo.

*“ El mecanismo psicológico que mediatiza el proceso experiencial es el APRENDIZAJE, en un sentido de adquisición de conocimiento en relación con una realidad externa.” (Huerta, 1996:27 ).*

La participación social ya sea en espacios públicos y agrupaciones formales y/o informales que es donde las personas comparten y en los que conviven relacionándose entre si, por lo general siempre aportan beneficios para los que participan en ellas, sobre todo en lo que tiene relación a la buena salud mental de los individuos, sea en cualquier edad, sin embargo, en el caso de estas mujeres de la investigación, en su etapa de la niñez esta participación social era nula ( 87;9%) tan sólo un 12,1% acusó participación en alguna de ellas.

Se desprende también que estas mujeres no contaban con algún referente significativo fuera del hogar (91%) sujeto que podría haber orientado a las mujeres en su periodo de niñez, considerando la ausencia de comunicación con la madre.

Como no existe un único motivo para iniciar y mantener el consumo de alcohol, ni una manera exclusiva de volverse dependiente de esta droga y además como siempre se da la interacción de diversos factores y sólo a partir de la consideración de los tres vértices del mismo triángulo, como son: sujeto, sustancia y contexto, y recién desde allí se puede alcanzar una visión real del problema. Es así que estas mujeres en la búsqueda de sensaciones un 48,5% consumieron alcohol

entre los 14 y 18 años de edad, entre los que el 3% lo hizo sola ; el 39% en compañía de un familiar y el 6,5% lo hizo junto a un par; un 9% lo hicieron antes de los 10 años de edad, sola; un 12% entre los 11 y 13 años de edad de los cuales un 9% lo hizo sola y el resto correspondiente al 3% junto a un par; se desprende entonces de lo anterior que un 27% bebió alcohol por primera vez sin compañía, un 64% en compañía de un familiar y finalmente un 9% lo hizo en compañía de un par.

Respecto del curso de la enfermedad, se encontró una edad temprana de comienzo de beber (21%). En todo caso se han encontrado afirmaciones contradictorias con relación al curso y pronóstico del alcoholismo femenino. Los datos obtenidos en esta investigación son importantes para enfatizar la necesidad de investigar este punto con muestras ambulatorias y con criterios de diagnósticos homogéneos. No olvidar que en la medida que el alcoholismo femenino sea difícil de diagnosticar precozmente, y sea un fenómeno de salud escondido y estigmatizado los datos de morbilidad y la epidemiología en este tema es sólo una aproximación al problema.

En cuanto a las circunstancias del consumo, observamos que las vías de desarrollo que se viven en la actualidad, con procesos de modernización, generándose así cambios en muchos aspectos de la vida, que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo de la salud mental de la población, y que además contribuyen al debilitamiento del rol de la familia, de las redes de apoyo social, se agregan mayores exigencias del medio social, económico y ambiental, y una mayor accesibilidad a las drogas y alcohol, manteniendo de esta forma los problemas psicosociales asociados a la pobreza, alcoholismo, violencia y discriminación hacia la mujer, es que en el presente estudio nos encontramos como un 57% de estas mujeres antes de consumir alcohol por primera vez no conocían sobre sus efectos y un 43% si había escuchado hablar sobre ellos, pero en este último caso, el conocimiento no impidió su ingesta.

Con relación a si habían escuchado sobre alcoholismo un 57% de ellas nunca lo oyeron, un 3% escuchó hablar en la escuela, un 12% en la televisión y el 28% restante

lo hizo en su hogar, se puede deducir entonces, el no uso de las redes sociales existentes en el contexto en que se desenvuelven de este 57% de mujeres, además que nos habla de una mala comunicación al interior de su hogar; se destaca sin embargo, que dentro de todos los episodios que les han tocado vivir en sus vidas, en un 93,9% no han sufrido del flagelo de abuso sexual, desafortunadamente un 6,1% lo vivieron, relatando, que es una experiencia que las marca para toda la vida y que se sienten hasta hoy día muy vulnerables frente a lo acaecido.

Según los datos expuestos podemos afirmar que: Los factores de riesgo, es decir, circunstancias que pueden haber propiciado el consumo de alcohol en niñas y niños corresponden a: consumo de alcohol de los padres antes del periodo de gestación; un miembro alcohólico dentro del núcleo familiar; violencia Intrafamiliar; malas y/o regulares relaciones entre progenitores e hijos; ausencia de comunicación con la madre; ausencia de entrega de afecto; bajo capital cultural de los padres; consumo de drogas y alcohol en el barrio y falta de participación social de las menores en sus redes barriales.

Respecto de la situación de dependencia alcohólica sufrida por estas mujeres, encontramos en este caso que los motivos aducidos por las mujeres para beber dan cuenta que un 36,4% lo hizo para acompañar a su pareja, por soledad un 24,2%, por infidelidad por parte de la pareja un 27,3%, por sentirse angustiada un 9,1% y por pérdida de un familiar un 3%.

Por lo tanto podemos reafirmar lo planteado por Jordá (2003) quien sostiene que en la mujer es más frecuente que el inicio de su alcoholismo esté ligado a desencadenantes específicos como, problemas conyugales, depresión, conflictos de aceptación de su rol como mujer, alcoholismo por parte del esposo u otros familiares.

Es posible que este tipo de consumir surja del nivel socio económico evaluado; tal vez en niveles socio económicos medios y/o altos, las mujeres beban más solas ya que el estigma asociado puede ser mayor; aunque por otro lado, la sociedad se ha liberalizado en estos últimos años (reflejo o consecuencia de ello, es la incorporación de la mujer a la propaganda de consumo de alcohol), y la ingesta en mujeres aparece más socializada en el presente. Este grupo de mujeres bebe también acompañada, no puede concluirse que está ausente el estigma social que pesa sobre su alcoholismo. Es así como la mujer alcohólica en esta evaluación, bebe tanto a solas (24,2%) como en compañía de otros (45,5%) y en ambos casos (30,3%).

*“Se ha podido constatar que el alcohol tiene un valor simbólico y que forma parte constitutiva de rituales sociales que se dan en la vida cotidiana. Este lícito trasciende de la mera ingestión del mismo, constituyendo un ritual dado que aparece como un medio para: espacio de conversación, compañerismo, tener más personalidad, etc.(Troncoso 2001:63)*

Estas mujeres no sólo consumían la droga alcohol sino también otra droga como benzodiazepinas en un 39% de ellas, un 3% marihuana, un 3% pasta base y el resto del 3% anfetaminas. Al consultarles si además consumían tabaco, un 90,9% afirmó que si y el resto del 9,1% no lo había hecho nunca. Como la ingestión de alcohol se asocia además a los problemas de salud mental presentado por las mujeres, es que al consultárseles respecto si habían tenido intentos de suicidios durante su vida, ninguna de ellas lo había realizado, sin embargo la teoría existente señala al respecto, que éstos son frecuentes en las mujeres con dependencia alcohólica puesto que se asocian a cuadros depresivos, de hecho un 88% de estas mujeres manifestó haber tenido depresión en le periodo de la dependencia.

*“ El alcohol es la sustancia de la que más abusan las mujeres en el mundo. Se trata de una droga depresora, que adormece el sistema nervioso central. Una vez que el alcohol entra en la sangre, llega a todos los órganos del cuerpo en minutos. Las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres.” (Hokfelt, 1981:69)*

Las mujeres, dada su posición en la comunidad y las expectativas en relación al rol social que la sociedad tiene de ellas, como madres, esposas, dueñas de casa, etc, no deben ni deben embriagarse porque no pueden perder el control, que las deprivaría de la cautela y sería un escándalo mayor para aquellos que la rodean en su núcleo familiar, porque se comportan de forma irresponsables frente a las obligaciones que le han sido impuestas por los roles que desempeñan, en relación a esto, consultamos a las mujeres de la muestra sobre la responsabilidad con que asumían respecto del proceso educacional de sus hijos, encontrando que el 42% no participaba nunca de reuniones de apoderado y un 45% sólo a veces.

Al hablar del tema de la familia, debemos considerarla como la red primaria, ya que no solo debe reforzar los vínculos entre sus miembros, sino que significa más que eso, como asumir su función como instancia articuladora entre la mujer y su medio social.

Con respecto a la funciones de la familia, Miranda (2004) sostiene que debemos tener presente que la principal función es garantizar la permanencia de la especie humana, satisfaciendo sus necesidades básicas, de efecto, seguridad y relación mutua, de identidad de grupo, por lo tanto, es en este espacio social donde se garantiza el desarrollo del si mismo y de la identidad de los sujetos.

En lo concerniente a estas mujeres del estudio, las relaciones mantenidas con su familia de origen, en este caso el padre en un 33,3% era buena, un 54,6% era regular y un 12,1% era mala. Con respecto a la relación con su madre un 6% era buena, un 70% regular un 21,% mala y el 3% no tenía, con las cifras obtenidas podemos inferir que las funciones al interior del hogar nuclear de estas mujeres no están siendo bien desarrolladas y se visualiza con los porcentajes expuestos que se encuentran en una situación riesgosa en términos de grupo familiar.

Si continuamos analizando el tipo de convivencia que mantienen estas mujeres con su grupo familiar en su periodo de dependencia , podemos señalar que con sus hijos en un 48% la relación es regular, un 28% mala y un 24% buena. En tanto a las

relaciones que mantiene con la pareja podemos señalar que en un 58% era regular, un 18% mala, un 12% buena y cabe destacar que un 12% restante no tenía pareja o de su dependencia.

Se desprende de lo anterior, entonces, que lo vivido por estas mujeres al interior de su familia nuclear, lo están traspasando consciente o inconscientemente a sus familias. Esta regular armonía dentro del grupo familiar, facilita la desestabilización de cualquier grupo humano aún existiendo consanguinidad entre ellos, tal vez esto último agrave aún más la situación, ya que hay ciertas reglas y normas que deben ser respetadas dentro del mismo, como valores, afectos, comunicación que deben ser entregados al interior de una familia.

Otros de los aspectos considerados importantes de evaluar, hace referencia a la vida sexual de estas mujeres, teniendo en cuenta la regular comunicación acusadas por ellas al interior de su hogar y agregando además que son dependientes al alcohol.

Nos encontramos así, que los resultados obtenidos son concordantes con lo planteado en el párrafo anterior, ya que las mujeres del estudio aparecen con una sexualidad ajustada y activa. Al consultarles si en su vida sexual habían sufrido maltrato físico un 94% de ellas dijo que no y un 6% si habían sufrido maltrato físico; en relación a si habían sufrido maltrato psicológico en su vida sexual un 85% de ellas no lo había sufrido, sin embargo el 15% restante si había sufrido de este tipo de agresión.

Respecto a si alguna vez habían sufrido frigidez un 82% no y un 18% en alguna ocasión si sufrió de frigidez; al mismo tiempo se les consultó si habían sido promiscuas en su vida sexual un 88% respondió que y un 12% que si.

Como se ha explicado en todo el proceso investigativo, estas familias pertenecen al estrato socioeconómico bajo; por lo que se consideró importante investigar acerca de su inserción al mundo laboral, destacando la dificultad que se

les había presentado para ingresar al mercado laboral, (75,8% no ha trabajado nunca). Esta dificultad se acentúa en los sectores de más bajos ingresos,

*“Es justamente en los sectores indigentes donde la participación laboral femenina no alcanza al 20% (16,2% en 1992 y 18% en 1994) mientras que en los sectores no pobres esta tasa llega a 38,6%” (SERNAM, 1999:26)*

Pero además se debe a varios factores que influyen, en algunos casos con las mujeres en estudio existe un juego de aceptaciones y resistencias de parte de la pareja masculina en que los cambios en los patrones y las prácticas culturales ocupan un lugar fundamental, dentro de nuestra muestra existen muchas opiniones que acusan haber tenido este tipo de problemas con la pareja por haber querido trabajar.

Los beneficios para la mujer, aparte de los materiales, son esencialmente de orden psicológico. Aunque trabajen en condiciones difíciles, las entrevistadas revelaron que el trabajo es apreciado como una fuente de bienestar, que produce satisfacciones. Reconocen además, el echo de contribuir a la mantención del hogar, no solo enorgullece a las mujeres y les sube el autoestima, sino que también sube su poder de negociación al momento de la toma de decisiones y puede contribuir a flexibilizar las relaciones con la pareja .

Con respecto al perfil de estas mujeres del estudio podemos señalar en relación a la variable edad un 39,4% de ellas se encuentran en el rango comprendido de 43 y 52 años, un 27,3% en el rango de edad entre 33 y 42 años, un 15,2% entre el rango de 22 y 32 años, un 12,1% en el rango de 53 y 62 años y por último el 6,1% de 63 años y más. Del estado civil de ellas podemos decir, que un 55% está separada, un 27% es casada, un 12% son viudas y el restante 6% se encuentran solteras.

Se pudo constatar también que un 40% de ellas son madres de 3 hijos, el 24% corresponde a madres que tienen 2 hijos, un 21% tienen más de 3 hijos y el 15% tan solo 1 hijo. La escolaridad de ellas corresponde a un 45,5% con enseñanza básica

incompleta, un 42,4% terminaron su enseñanza básica y nos encontramos que el 6,1% no tiene estudios pero al menos saben leer.

Las mujeres del estudio, aparecen con baja escolaridad (100%) lo que sin duda influyó negativamente en su salud mental (llegando a ser dependientes a la droga alcohol). Podría postularse entonces, que estas mujeres tuvieron por un lado mayores expectativas y por otro mayores dificultades para llevarlas a cabo en su vida adulta. Esta imposibilidad de realizar sus metas, las llevaría a tener mayores conflictos consigo mismas y con el mundo, lo que no es equivalente a mayor patología, sino a una reacción más realista ante el mundo deprivado y frustrante.

Al consultarles acerca de la conformación de sus familias, para un 72,7% de estas mujeres sus hogares lo conforman su pareja e hijos, para el 18,2% lo conforman por ella y sus hijos y el 9,1% señalan estar viviendo solo con su pareja.

Estas familias a su vez, no presentan una motivación familiar, es decir, no existe interacción dialogal democrático, no resuelven los conflictos ni inquietudes a través del diálogo, según los porcentajes encontrados en el presente estudio así lo demuestran, porque de ellas un 42,4% no mantienen comunicación con el resto de los integrantes de su familia, 36,4% tan solo conversa de sus problemas 2 veces al mes, un 15,2% lo hace 2 veces por semana y tan solo el 6,1% todos los días. Esta falta de cohesión al interior de estas familias conlleva a mantenerlos con la mala calidad de vida con que subsisten hasta hoy día.

Actualmente estas mujeres mantienen relaciones consideradas aceptables con sus padres, en el caso de la madre un 49% es regular, un 21% buena y el resto 21% no tiene, en relación al padre, el 40% mantiene una buena relación con él, un 33% regular, un 15% mala y el resto 12% no tiene; lo anterior influye y es importante, porque interfiere en el desarrollo del auto concepto de estas mujeres, de este modo pueden desarrollarlo, mantenerlo y/o modificarlo, lo que repercutiría posteriormente en su motivación y rendimiento en lo que se propongan.

Al extender la investigación acerca del tipo de relación que viven al interior de sus hogares, considerando en el caso que corresponda a la pareja y a los hijos, estas mujeres señalaron en un 21% para ellas es considerada buena, para un 40% regular, un 21% mala y el resto 18% no tiene; en relación a los hijos, para un 30% de ellas es buena, 46% regular, y para el 24% de ellas mala.

Para responder a esta pregunta, las mujeres consideraron la demostración del afecto hacia ellas, la comunicación, el dialogo, el trabajo conjunto en bien de todos los de su grupo familiar, el sentirse apoyadas, y sobre todo el interés que presentan por lo que ella hace o deja de hacer en bien de sus aspiraciones como persona. En relación a la entrega de afecto por parte de los padres y pareja de estas mujeres, se obtuvo como resultados que de parte de los padres un 36% solo lo reciben a veces, un 36% nunca, un 16% siempre les demuestran afecto y un 12% no tiene, en cuanto a lo mismo pero por parte de las parejas, un 52% recibe afecto a veces, un 12% nunca, un 18% siempre y por último el otro 18% no tiene. Refieren ellas al respecto que esta demostración de afecto la reciben de diversas formas como por ejemplo, conversan con ellas, se interesan por sus habilidades y como podrían trabajarlas para que se sientan bien, preguntan por sus proyecciones como mujer, etc., es así como vemos que:

*“La interrelación del lenguaje se convierte también en un vehículo para la trasmisión de la motivación humana. (Huerta, op cit, 1996::55)*

Para estas mujeres del estudio, el apoyo que han recibido de parte de sus padres (46% siempre, 36% a veces, 18% nada) en su proceso de tratamiento has sido fundamental, ya que, por un lado eso les demuestra el cariño que sienten por ellas, además que eso deja de manifiesto que entendieron que solas no podían con su problema de dependencia, y que en algunos casos esta situación las privó de satisfacciones que podían haber vivido y compartido con los seres queridos. Sienten que vuelven a ver la luz, como hace mucho tiempo no lo hacían.

En el caso de sus parejas (24% si, 21% a veces, 37% no), la situación cambia, debido a que influyen otros elementos como por ejemplo, que un 58% de éstos siguen

consumiendo alcohol (24% no consume y el 18% no tiene pareja) y para muchos de ellos la mujer ya no los acompañará en la ingestión de esta droga, aún más, la mujer al no beber, se plantea la vida de forma distinta a como lo hacía cuando era dependiente, retomará los roles asignados por la sociedad como el de esposa, madre, hija, y en muchos casos jefas de hogar, ya no se sentirá estigmatizada como cuando consumía alcohol.

Estas mujeres en un 81,9% ven como sus familias participan de este proceso de tratamiento, un 33% de estas familias participan en las charlas otorgadas a los familiares De las mujeres en proceso de rehabilitación, a un 48,5% las acompañan a las terapias o entrevista con algún profesional calificado y solo al 18,2% no recibe ninguna estimulación al respecto.

*“Es conveniente poner de manifiesto que problemas, complicaciones y consecuencias del uso de bebidas alcohólicas que provocan dependencia, no pueden ser resueltos fuera del contexto familiar, sociocultural, territorial, donde estas dificultades nacen, evolucionan y provocan alteraciones. Por la envergadura y multifactorialidad de este fenómeno, no es posible resolverlo exclusivamente desde el modelo médico ni sólo con medidas o técnicas de tratamiento, se necesita el apoyo y colaboración de otras áreas del saber científico y popular, y sobre todo, la participación activa de la familia y de toda la población””(Troncoso, 2001:78)*

Al consultarles a estas mujeres si eran víctimas de violencia intra familiar al interior del hogar, un 73% afirmó que si y el restante 27% no, al compararlos con la violencia que vivían en sus hogares de origen (70% si y 30% no), se puede afirmar entonces, que estas mujeres durante toda su vida se han desenvuelto en ambientes violentos, agresivos, donde el maltrato pudo ser de tipo físico o psicológico, lo cierto que lo anterior, pudo haber influido en un gran porcentaje a la dependencia que mantuvieron y además a la calidad de vida que han conocido y les ha tocado vivir.

Desde que el maltrato y la violencia intra familiar fueran reconocidas como graves problemas sociales es que se definió, como toda conducta que por acción o por omisión causara daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia.

En cuanto a la situación socioeconómica a la que estas familias pertenecen, se les puede denominar baja, o sea corresponden a familias pobres, que en un 48,5% de ellas sobreviven con una renta mensual menos a \$100.000, otro porcentaje igual con un ingreso mensual, que fluctúa entre los \$101 y 150 mil pesos y tan solo el 3% vive con una renta superior a los \$150 mil pesos con un tope de \$200 mil pesos.

Tienen el acceso a la salud a través de las tarjetas de indigencia otorgadas en los mismos centros asistenciales públicos, lo que significa que no están con su previsión al día, lo que concluirá que se mantendrán en su mismo nivel de indigencia, ya que no tendrán la posibilidad de optar cuando sean adultos mayores a pensión alguna. Pero pese a la precariedad de sus salarios, un 52% de estas familias cuenta con casa propia, un 36% viven en calidad de allegados, un 9% arrienda, y a un 3% le cedieron una casa. Es así que un 57,6% de estas viviendas corresponden al de tipo básico, otro 42,4% es de tipo mediagua. De estas podemos señalar que en un 57,6% están construidas de material de concreto, un 33,3% de madera y un 9,1% es mixta.

Pese al nivel de indigencia en el que viven estas familias y aunque tienen carencias, la vivienda en un gran porcentaje de estas familias tienen al menos asegurado un techo digno donde vivir; significa por lo demás que en este aspecto han hecho uso de las redes sociales, en este caso específico como obtener el beneficio habitacional otorgado por las autoridades gubernamentales.

Por todo lo antes expuesto como resultado de esta investigación, se señala además que es necesario que estas mujeres recuperen la cohesión social y desarrollo de habilidades para la toma de sus propias decisiones y resolución de sus problemas, permitiendo así el emponderamiento de ellas y de los grupos donde debieran participar.

Es relevante lograr que el ambiente social al cual pertenecen estas mujeres del estudio sean capaces de proveer capacidades para el desarrollo y expresión de la resiliencia, estimulando su autonomía, su identidad y el sentido de pertenencia de ellas

y así refuerce la capacidad de recuperación y que sean capaces de hacer frente a la adversidad, en el caso específico de estas mujeres que están haciendo frente a esta dependencia al alcohol, les resultaría de gran aporte para ellas lograr incorporarse a esta red social con miras a beneficiar su autoestima.

En este sentido el resultado obtenido después de consultarles respecto de sus habilidades es que a un 43% de ellas gusta de practicar deporte en general , un 39% prefiere bailar, escribir a un 12% de ellas y cantar a un 6% de ellas. Aún reconociendo de las habilidades que poseen, todavía un 91% de ellas no participa en organización alguna, tan solo el 9% lo está llevando a la práctica.

De este modo y encontrándonos en esta situación con ellas, se cree oportuno que su integración social debe ser a corto plazo y las oportunidades y posibilidades reales al acceso sean con miras a la adherencia y permanencia que ellas puedan lograr. También se hace necesario su incorporación al mundo laboral, de estudios, etc., que posibiliten su verdadera integración como ciudadanas. Hay que generar además la posibilidad de que ellas sean capaces de propiciar y mantener vínculos afectivos, por lo mismo que con una actitud comprensiva y de acogida, son aspectos fundamentales en este quehacer de incorporación de estas mujeres del estudio en la vida social y con sus pares.

En este aspecto, se podría comenzar con el que estas mujeres tengan una participación más activa en el colegio de sus hijos, de tal modo que además de su integración a la red educacional, ellas creen un vínculo más estrecho con sus hijos, estos cuando se sienten acompañados en su proceso educativo, se sienten protegidos, y esta demostración de afecto puede ir lográndose a través de cosas simples como por ejemplo el ayudar en las tareas, asistir a las reuniones de apoderados y participando en las actividades al interior del establecimiento educacional.

Los porcentajes obtenidos en este estudio reflejan que actualmente tienen una buena participación en los quehaceres educativos de sus hijos ( un 67% lo hace a veces, un 27% siempre y nunca solo un 6%). Si hacemos la comparación a como

participaban cuando eran dependientes al alcohol, existe diferencia , (46% a veces, 42% nunca y solo 12% siempre), estas cifras nos apuntan, a que ya están viviendo cambios al interior de su hogar en lo que respecta a lo afectivo, emocional, esto mismo las impulsará con mayor fuerzas a mantenerse firmes en lo que tienen relación con el tratamiento al que se quisieron insertar.

Estas mujeres manifiestan en un 55% que consideran efectivo el tratamiento al que se han sometido, manifestaron ver resultados positivos no tanto a nivel individual sino también familiar y social, por cuanto se interesan en realizar transformaciones en su calidad de vida, la que irán también en beneficio de los suyos.

Se sienten más activas, más soñadoras, más optimistas frente a la vida pese a las carencias materiales que siempre han sufrido y en la que se han acostumbrado a sobrevivir. Existe por otro lado, un 36% que opina que el tratamiento es de regular calidad, expresamente no les gusta por el motivo que no existe especificidad por género para el tratamiento de las dependencias. El otro 9% tan solo opina que no les gustó y que además no lo consideran efectivo, hay que considerar que este porcentaje de mujeres son las que han presentado mayores conflictos con ellas mismas para mantenerse en él.

A todo lo anterior existe un 46% de estas mujeres que no se sienten capaces de salir adelante solas, ellas reconocen necesitar de sus pares, como de su familia, para ir integrándose al mundo social y en la toma de resoluciones, se sienten débiles en su actuar, lo hacen de forma insegura. También existe dentro de estas mujeres un 30% que reconoce poder hacer frente a esta nueva forma de vida que se le presenta, cree en sus fortalezas aún cuando reconocen también sus falencias, lo mejor de todo que ella se cree esta oportunidad que se le ha brindado no solo por parte de su familia sino de la sociedad en su conjunto.

## **APORTE AL TRABAJO SOCIAL**

Según lo manifestado por el Ministerio de Salud, la salud es una meta que impone serias exigencias, por lo que se hace difícil que toda la población la reciba en forma equitativa. Como está definida actualmente significa un reto adicional para los profesionales Trabajadores Sociales, pues considera a esta disciplina no sólo para prevenir y tratar enfermedades con un enfoque familiar y comunitario, sino también, como el aporte que pueden entregar a las personas y organizaciones sociales en la gran tarea de lograr una mejor salud para todos.

*“ Se dará énfasis, al mejoramiento de la calidad de las acciones de salud mental en cuanto a la tecnología empleada, la capacitación de los agentes, la adecuación a las necesidades para el logro de satisfacción de los usuarios”  
(Ministerio de Salud 1997: 4) .*

En este aspecto al asumir este desafío, los Trabajadores Sociales de los Servicios de Salud e instituciones públicas y privadas, deben iniciar un proceso de cambio profundo y progresivo, que genere un nuevo estilo de trabajo más abierto, participativo con equipos interdisciplinarios. Proceso que permitirá potenciar aquellos ya iniciados, legitimar experiencias validadas en la comunidad local o a nivel de redes sociales y al mismo tiempo, poder generar articulación entre éstas para trabajar en proyectos más específicos .

Todo esto con la certeza de poder contribuir a las bases de un futuro cualitativamente superior con un desempeño más eficiente en condiciones de dignidad para los usuarios. Si estos profesionales acogen estas inquietudes y demandas el objetivo del Trabajador Social será contribuir a la recuperación del quehacer profesional, para asumir los actuales y futuros desafíos. Reorientación que le otorgará un rol más activo, dada la articulación que se daría en la práctica entre el Trabajador Social y demandas de los usuarios como estrategia de desarrollo local.

Del mismo modo se cree que el aporte profesional del Trabajador Social en esta específica intervención con los enfermos y familias con dependencia alcohólica, por lo que debe incluir una combinación de sentido común, consejo profesional e influencia para promover comportamientos que tiendan al abandono del consumo de bebidas alcohólicas y el mejoramiento de las interrelaciones entre las personas, con énfasis en la salud general, mental y entre pacientes y público en general.

Por lo mismo, la intervención de este profesional debe considerar la prevención como la cesación y la promoción de una conducta no bebedora a través de iniciativas de la comunidad y de organizaciones profesionales, así como del estilo de vida personal.

Por todo lo planteado en los párrafos anteriores, es que se considera necesario que la intervención del Trabajador Social en problemáticas de Salud Mental hoy en día es fundamental, pues debe incorporarse al trabajo del equipo multidisciplinario de profesionales de las Ciencias Sociales y las formas de intervención deben ser en forma individual, familiar y comunitario; lo importante es trabajar más en la prevención y menos en el tratamiento, pues abarata costos monetarios y disminuyen los problemas en la salud a corto, mediano y largo plazo el que involucra a toda la sociedad.

De esta forma se verá más involucrada frente a uno de los mayores problemas presentados tanto a nivel regional, nacional y mundial. Si bien es sabido que desde hace décadas el Estado ha otorgado fondos para enfrentar esta problemática de adicción, sin embargo, las estadísticas nos dan cuenta que las estrategias utilizadas no han sido las más adecuadas, por los altos índices de alcoholismo en nuestro país y en donde las mujeres y los niños comienzan a beber más tempranamente; más aún cuando Servicio Social desde sus inicios ha estado estrechamente vinculado al desarrollo de los sistemas de salud del país, siendo su inserción de salud coherente con las políticas

del sector en los distintos períodos históricos. Pero como en las administraciones anteriores las políticas estuvieron orientadas a la implementación de un modelo biomédico, con énfasis en lo recuperativo, subestimándose el aporte de las Ciencias Sociales y la integración de los aspectos psicosociales en el diagnóstico y la resolución de los problemas de salud.

Las políticas actuales de salud han permitido un replanteamiento del ejercicio profesional, y es así como en varias regiones del país los Trabajadores Sociales del Servicio de Salud han organizado jornadas de trabajo con el propósito de hacer propuestas de reorientación del que hacer profesional en salud.

Integrar el aporte específico del Trabajador Social en los diferentes programas , sub-programas y proyectos específicos que se implementan en los distintos niveles y tipos de establecimientos, es usar adecuadamente un recurso que durante años ha estado sub-utilizado en el sistema público en salud. Recurso necesario que seguramente aportará metodologías y elementos de análisis a la implementación del nuevo modelo de salud biopsicosocial que se requiere desarrollar hoy en día.

El principal desafío para el Trabajador Social es contribuir con una visión global e integral de los problemas de salud. Esta permitirá al equipo de salud, por una parte visualizar la multicausalidad e interrelación de los diversos factores sociales que influyen o determinan los procesos de salud enfermedad, y por otra, podrá ubicar a las personas beneficiarias en su contexto social y ambiental real.

En este sentido, es fundamental recrear y establecer modos de socializar la información que es común a todos, reflexionar en torno a la realidad bio-psicosocial, compartir las estrategias de intervención y realizar acciones conjuntas de responsabilidades de todo el equipo.

En esta perspectiva integradora es necesaria la inserción del Trabajador Social a cada uno de los programas , sub programas y a través de actividades que realiza este profesional.

Es necesario entonces, que cada Trabajador Social, en diálogo abierto con su equipo de trabajo, genere y ejecute las acciones que sean necesarias para responder oportuna y con su especificidad a los problemas prioritarios en salud, como es el caso del Alcoholismo. Frente a cada problema debe definir , según prioridades, una intervención social adecuada con perspectiva interdisciplinaria, intervención que bien puede coincidir con las actividades programáticas tradicionales o bien, debe ser creada como apertura programática, como un proyecto de desarrollo local o como una intervención especializada.

El Trabajador Social debe tener la identificación precoz de riesgo social que presenta la persona, familia y entorno ambiental, es prioritario. Evaluados aquellos susceptibles de modificar debe desarrollar estrategias de intervención que incorporen las metodologías propias del Trabajo Social logrando una cobertura individual, familiar y comunitaria.

La atención social debe estar presente a lo largo de las diferentes etapas del individuo. Por esto se destaca el enfoque familiar que permite el continuo necesario, y que facilita el análisis multifactorial de la situación de salud.

Es fundamental tener presente que, tanto la actual situación de salud de la mujer como el rol y función social asumido durante las últimas décadas; generan nuevas demandas y desafíos a las acciones históricamente desarrolladas en torno a la salud de la mujer, hecho que ciertamente genera exigencias adicionales al Trabajo Social.

La salud mental es la gran preocupación hoy en día, de vastos sectores de la sociedad trascendiendo incluso el propio sistema de salud. La preocupación creciente deviene del eco de que las llamadas patologías psiquiátricas más comunes: beber problema, neurosis, alcanzan a un 20% de la población adulta que sin contar con el nuevo alcance de la drogadicción infanto juvenil generan graves problemas en la vida familiar, laboral y social, ya que alteran al individuo en su configuración integral, tal como lo afirma el Ministerio de Salud (2003)

Este más que cualquier otro problema de salud, debe contar con la activa participación de la comunidad y de todos los actores involucrados, ya que se relaciona directamente con estilos de vida y organización de la sociedad en su conjunto.

El Trabajo Social en su propuesta de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, debe colaborar tanto en acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud mental de la población.

Un reto entonces para el Trabajo Social es que reconozca en forma práctica el aporte de las personas y organizaciones sociales en la gran tarea de lograr más y mejor salud para todos, considerando además la prevención y tratamiento de las enfermedades de salud mental de mayor incidencia en nuestro país como es el consumo de drogas y alcohol con un enfoque individual, familiar y comunitario.

Así se hace recomendable que el Trabajador Social se sume a un proceso participativo para mejorar integralmente la calidad de vida de todos, dando prioridad a los pobres y sectores postergados, utilizando estrategias como: participación social y comunitario; la promoción; el auto cuidado; y la capacidad de gestión. Esta tarea no está restringida sólo a estos profesionales de la salud, sino que se debe gestar en la base social, en las acciones integradas en los programas de salud, en la integración a nivel local entre el sector público de salud y solidario y en la articulación con los otros sectores y actores sociales.

Todo lo anterior respondería a la necesidad de mantener una acción coherente y complementaria, única forma de enfrentar con éxito la gran tarea que debe asumirse como Servicio Social. Esta perspectiva constituirá un referente para que cada Trabajador Social, con renovada energía y creatividad, y en diálogo abierto con su equipo de trabajo, diseñe y ejecute un programa de acción apropiado a las particularidades de su quehacer profesional, de esta manera se estará contribuyendo de forma sólida al pensar programático y al desarrollo de propuestas innovadoras en salud mental, que respondan con eficacia social a las necesidades actuales especialmente de quienes viven en condiciones de marginalidad por su problema de dependencia y pobreza, referida a las carencias materiales.

Actualmente el Trabajo Social debe proponerse la intervención a nivel de individuo, familia, grupos y comunidades en la detección de sus problemas y orientación a la búsqueda de respuestas a sus demandas y/o necesidades. Esta intervención debe realizarse a través de acciones orientadas a disminuir los factores intervinientes en el daño ocasionado por su dependencia a la droga alcohol y así desarrollar instancias para retomar la creación de vínculos familiares y sociales, trabajar además en la prevención del consumo de drogas con un enfoque familiar y comunitario; de esta forma el Trabajador Social debe trabajar directamente con personas, familias, grupos y comunidades, abordando sus problemas, necesidades y demandas sociales en relación a la salud mental; aportando una combinación de recursos de distinta naturaleza; abarcando simultáneamente y/o separadamente objetivos de tipo promocional, educativo, organizativo, de gestión y de desarrollo local. Por lo mismo que es importante la contribución a la configuración de redes sociales y desarrollo de actividades de apoyo social a personas con enfermedades crónicas como por ejemplo, las con dependencia a alguna droga.

Como se ha señalado a lo largo de la investigación, la salud mental es la gran preocupación, hoy en día, de vastos sectores de la sociedad trascendiendo incluso el propio sistema de salud. La preocupación creciente deviene del hecho de las llamadas

patologías psiquiátricas más comunes como el bebedor problema y la depresión, que generan graves problemas en la vida familiar, laboral y social, ya que alteran al individuo en la configuración integral.

La propuesta que se hace al Trabajo Social es que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población, teniendo como objetivos entre otros:

- Motivar y crear condiciones para que las organizaciones sociales (juntas de vecinos, centros de madres, clubes deportivos, etc.), de la comunidad se integren activamente tanto en la descripción diagnóstica como en el establecimiento de prioridades y resolución de los problemas de ingesta de alcohol y drogas en general
- Motivar e incentivar en la comunidad la creación y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo, en un intento de promover sistemas innovativos de organización social, que favorezcan la resolución de problemas de consumo de drogas y alcohol.
- Promover cambios en los estilos de vida que favorezcan el paulatino desarrollo y fortalecimiento de pautas culturales tendientes a la solidaridad, apoyo mutuo y auto responsabilidad con relación al abuso de consumo de alcohol y otras drogas.
- Crear y promover la formación de grupos y organizaciones de auto ayuda y funcionamiento democrático.
- Promover y fomentar la identidad cultural propia de los grupos y comunidades.
- Sensibilizar y motivar a la comunidad en general, respecto al tema de consumo de drogas y alcohol.
- Elaborar e implementar proyectos de intervención específicos en problemas de consumo de drogas y alcohol, en conjunto con el equipo

de salud en cualquiera de los 3 niveles de intervención del profesional Trabajador Social.

Solamente podremos conseguir un impacto real en el tratamiento de la temática de alcoholismo, si toda la sociedad en su conjunto se hace participe de ésta informándose, realizando acciones que giren en torno a la prevención ; formas de tratar a los dependientes, nos referimos en particular a las relaciones que se mantienen con éstos en su periodo de dependencia que son fundamentales para que las personas adictas tomen una nueva actitud y conducta frente al alcoholismo ; y tratamiento de estas personas en las que no sólo debe estar involucrada la familia directa si no todo su entorno social para lograr realmente la erradicación de este problema .

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abeldo M. (1992) : La familia como sistema. Santiago, Chile. Editorial Interamericana.
- Albala C.; (2004) : Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. Santiago, Chile Editorial Contemporánea,
- Ames y Archer (1988) : “Achievement Goals in the classroom” Students Learning Strategies and Motivation proesses. Psychl Review, N°80.
- Ander-Egg (1995) : Diccionario de Trabajo social . Argentina . Editorial Lumen
- Arriagada Irma (2000) : Estudio de las Dependencias. España. Alianza Editorial S.A.
- Asociación (2000) : Formas de beber del género femenino. Diario de la Americana de Medicina EE.UU. s/ed.
- Atria Raúl (1999) : Nuevas formas de desarrollo de auto estima y desarrollo de habilidadesS Santiago, Chile. Editorial Zig-Zag.

- Ausubel H. (1983) : El Desarrollo Infantil. Buenos Aires. Editorial Sullivan R Paidos.
- Bach J. (1989) : Alcohólica clandestina.. Revista adicciones, vol. N°10, España. s/ed.
- Bandura A.(1997) : Aprendizaje social y desarrollo de la Personalidad, España, Editorial Alianza Editorial S.A.
- Barcia, Morcillo (1991) : El alcoholismo en la familia., Madrid, España.  
Pozo Ediciones temas de Hoy
- Barudy J. (1999) : “Prevención y reparación”, Maltrato Infantil, Ecología Social, s.l. s/ed.
- Bayer H., (1992) : Personalidad coactiva, España. Instituto de la mujer, Ediciones mujer y Salud,
- Beck W., Rusch T. (1976) : La Terapia cognitiva. The University of Chicago Press,  
Chicago, EE.UU
- BID-CEPAL-PNUD (1995) “Informe sobre la situación en América Latina” Birdasall N, y Londoño J. Asset inequaty matters:an asesment of the world banks approachh to poverry reduccion. American Economic Review, May, 106-168.

- Bononato N., (1989) : La codependencia en la familia, Medellín, Colombia.  
Editorial Corporación Surgir.
- Bourdieu P.(1997) : Razones Prácticas sobre la Teoría de la Acción.  
Barcelona España, Ed. ANAGRAMA.
- Bourdieu P (1976) : “La Reproducción” , Barcelona, España, Editorial  
Laica.  
Passeron J.C.
- Burín, Rojas (1977) : Los sistemas familiares. Medellín, Colombia.  
Cedro y Parra Corporación Surgir, Editorial Alfaya .
- Cano M. (2003) : Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo  
Tabilo C Social, Tesis para optar al título de Asistente Social,  
Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Carcas Charo (1992) : El alcoholismo en la mujer, Madrid, España.  
Ediciones temas de Hoy
- Carmona Alfredo (1981) : Factores psicológicos en la investigación  
acerca de la ingesta de alcohol. , Santiago,  
Chile. Editorial Interamericana
- CEPAL (2002) : Panorama Social de América Latina, Santiago –Chile.

- C.I.E. 10 (1995) : Clasificación Internacional de enfermedades. s/l, s/ed.
- Comas, Aguinaga (1999) : Postura al género en adicciones. Barcelona, España.  
Ediciones Internacional
- CONACE (2002) : Consumo de alcohol según genero en la población a  
nivel  
de  
país. Consejo Nacional de Control de Estupefacientes  
Chile.
- CONACE (2003) : Estudio de consumo de estupefacientes lícitos e ilícitos  
en la población a nivel país.
- Cloninger D. (1990) : Adicción, Conferencia, Al final del milenio, Brasil.  
s/ed.
- Covington S (2002) : Mujeres en recuperación, entendiendo la Adicción.  
Instituto for Relational, Estados Unidos.
- Cowan N (1992) : Teoría Genética, Boston: Harvard University Press.  
s/ed
- Daskal Y (1989) : Personalidad coactiva. Medellín Colombia. Editorial  
Surgir
- Dobert María (1978) : Magnitud y características sobre el Alcoholismo en la  
mujer. Santiago, Chile. Ediciones Interamericana

- Earnie L. (1984) : Codependencia familiar. Mujer y salud, Instituto de la salud, España . s/ed.
- Escalante Cecilia (1990) : Reseña histórica sobre el tema Ciencias Sociales, E. Cultura Universitaria, Costa Rica. s/ed.
- Fernandez A. (1981) : La codependencia en la mujer, Santiago, Chile. Editorial Universitaria
- Font y Quer (1976) : Historia del alcohol. México. Editorial Siglo XXI,
- García A., (1996) : Las mujeres y las drogas. Centro de documentación especializado en la temática del uso indebido de drogas. Buenos Aires, Argentina. s/ed.
- Garrido A. (2002) : La familia en su desarrollo psicológico y social, Pérez J. Santiago, Chile. Editorial Sur.
- Garvarino W. (1996) : Revista Nosotras. “Los niños como proceso de abuso y abandono.. Madrid. Editorial Akal

- Godoy C. (1981) : Resultados de tratamiento antialcohólico en mujeres. Santiago, Chile. Editorial Contemporánea.
- Goleman R. (1996) : Inteligencia Emocional, Barcelona, España. Editorial Paidós
- Hawasy y may (1991) : Terapia Cognitiva, , Barcelona, España. Editorial Anagrama
- Heath y Stantany (1991) : Teoría Sociológica, The University of Chicago Press, Chicago, EE.UU.s/ed.
- Hernández S. ( 1998) : Metodología de la Investigación, México, Buenos Aires, Santiago de Chile. Segunda edición , Ed. Mc Graw  
 Fernández C.  
 Baptista,P Hill Interamericana Editores.
- Hokfelt M. ( 1981) : “Efectos producidos por la ingesta del alcohol”, Costa Rica. Editorial Alfarya,
- Huerta J. (1996) : Como comunicarse y aprender mejor. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.

- Hughes W. (1990) : Teoría Fisiológicas, The University of Chicago Press, Chicago, EE.UU.s/ed.
- Instituto Nacional (1999) : “Sociabilidad y Cultura Juvenil”. Segunda encuesta De la Juventud nacional de jóvenes : El rostro de los nuevos ciudadanos Cuadernillo Temático número 2 , Santiago de Chile. Editorial Instituto Nacional de la Juventud.
- Instituto Jonson (1987) : “Simposium Aspectos psicológicos de la mujer de Minneapolis consumidora de drogas” EE.UU. s/ed.
- Jellineck J (1992) : La familia con adicciones., Revista Adicciones, Vol. 10, N°2, España.
- Jiménez B.(1999) : “Familia y Sistemas”, Editorial Sur, Santiago de Chile.
- Jordá H. (2003) : Postura al género. Artículo publicado en Revista Era Adicciones, Santiago, Chile.
- Korman G. (1996) : “Psicología de la mujer en etapa reproductiva”, , Madrid, España. Editorial Alianza.
- Lamas P. (1996) : Género y Familia. Santiago, Chile. Editorial Interamericana.

- Laporte y Salas (1976) : Efectos Biológicos por consumo de Drogas., Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Lara P. (2001) : “Especificidades en tratamiento con Dependientes Alcohólicas” Previene Estación Central., Santiago, Chile.s/ed.
- Larrain, L. (1995) : Violencia intra familiar en todas sus dimensiones, Revista Salud y Sociedad N°2, Madrid, España.
- Lawton R. (1992) : Personalidad coactiva. The University of Chicago Press, Chicago, EE.UU. s/ed.
- Linares J. (1996) : Enfoque Interaccional en la familia Alcohólica, Santiago, Chile. Editorial Interamericana.
- Mancilla A. (1996) : “La socialización diferenciada por sexo” Perú. Ediciones Concytec.
- Mansilla A(1992) : ”Tres veces postergada, La niña de los secretos populares”, Informe de Investigación, Ministerio de Salud y OPS/OMS, Lima, Perú.

- Marlatt W. (1985) : Terapia Cognitiva., The University of Chicago Press, Chicago, EE.UU.s/ed.
- Martinez D. (2000) : Documento Las dependencias tienen origen Biológico, psicológico y social., Santiago, Chile. Editorial Cebra
- MIDEPLAN (1996) : Prospectiva y Mujer. Santiago, Chile.
- MINISTERIO (1991) : Políticas de Salud Mental.,Santiago Chile.  
DE SALUD
- MINISTERIO (1997) : Documento de Políticas Públicas en Salud  
DE SALUD
- MINISTERIO (1998) : Documento de Auto cuidado de la Salud  
DE SALUD
- MINISTERIO (2000) : Documento Prevención y Promoción de la salud mental.  
DE SALUD
- MINISTERIO (2003) : Reformulación de los modelos utilizados en salud.  
DE SALUD
- Miranda P. (2004) : La familia una construcción histórico social. Diplomado Mediación Familiar. Editorial Universidad academia de Humanismo Cristiano, Santiago , Chile

- Montenegro H. (1984) : "Psiquiatría del niño y adolescente, Santiago de Chile  
 Guajardo H. Editorial Salvador,.
- Mosser C. (1995) : "Planificación de Género y Desarrollo., Lima, Perú.  
 Editorial Cultura Universitaria
- Núñez y González (1996) : Motivación y Aprendizaje escolar. Congreso Nacional  
 sobre motivación e Instrucción, Actas 53-72, s/1
- Parsons (1951) : Bases, Prioridades y desafíos de la promoción de  
 la salud .; citado por Albala Cecilia (2004) , Santiago,  
 Chile  
 Editorial Contemporánea,
- PREVIENE (2001) : Sistema Comunal de prevención de drogas Comuna  
 Estación Central. Santiago .
- Robin N. (1985) : "La Teoría fisiológica, y consumo de drogas ".  
 Barcelona, España. Editorial San Ignacio
- Rojas M. (1990) : "El alcoholismo enemigo duro de eliminar", Lima, Perú  
 Editorial Tarea,.
- Satir V.(1991) : "La familia y roles al interior de ésta", Uruguay.  
 Editorial Tierra Nueva,

- SERNAM (1999) : “Demandas del Sistema Educacional y evaluación De Padres/ Madres /Apoderados” . Documento elaborado por Valaria Ramírez Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile , por encargo del Departamento de Planificación y estudios del SERNAM. Edición , Junio, N° 66, 5-2.
- Skinner B. (1990) : Adicciones. Buenos Aires. Editorial Hacette,
- Snelly H. (1991) : “Género y familia del consumidor, el codependiente otra adicción”, España.. Editorial Universidad Complutense.
- Simposium (2000) : Género y su nuevo rol en la sociedad. CONACE, 3 y 4 agosto, Santiago, Chile.
- Sirven C. (1991) : Alcoholismo y Género.. México. Editorial Piados
- Sureda F. (2003) : Tratamiento en la Mujer con Dependencia. Santiago, Chile.Editorial Lord Cochrane,
- Taborga y Kreen (1997) : Género. Caracas, Venezuela Editorial Zeuz
- Troncoso M. (2001) : Abordaje Multifamiliar en Dependencias. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.
- Vanicelli y Nahs (1984) : Género en las dependencias. España. Editorial Piados.

- Velásquez E. (1996) : La mujer, las drogas y grupo la familia. Cuaderno de nuevas Drogas, el conflicto de fin de siglo, Caracas Venezuela .s/ed.
- Velásquez H. (1997) : La comunidad terapéutica para la mujer. México. Editorial Siglo XXI.
- Vivas H. (1996) : Familia y Roles en la sociedad moderna. Uruguay Editorial Elcira,
- Watson J. (1913) : La Terapia Cognitiva. Buenos Aires. Editorial Gedisa S.A.
- Wescheider (1989) : “La codependencia otro tipo de adicción”, Editorial Club de Lectores, Argentina.  
Cruce K.

## **FUENTE ELECTRÓNICA**

www.conace.cl

[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

# **ANEXOS**

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Sub Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores
<b>Circunstancias</b>	<p>Conjunto de los que está en torno a uno. El mundo en cuanto mundo de alguien</p> <p>(Gran plaza Y Janes Ilustrado, 1997:258)</p>	<p>Situaciones, elementos o características personales, familiares y/o sociales que podrían haber incidido en el consumo de alcohol.</p>	<p>Aspectos personales</p> <p>Situación Familiar</p> <p>Sociales</p>	<p>Búsqueda de sensaciones</p> <p>Componentes</p> <p>Condiciones</p>	<p>- Inicio del consumo</p> <p>- Relaciones</p> <p>- Tipo de familia</p> <p>- Historia familiar</p> <p>- Afecto</p> <p>- Situación socioeconómica</p> <p>- Comunicación</p> <p>- Capital cultural</p> <p>- Consumo de drogas y alcohol en el barrio</p> <p>- Participación social</p>	<p>- Edad Acompañamiento</p> <p>- Circunstancias</p> <p>- Conocimiento sobre los efectos del alcohol</p> <p>- Tipo Nuclear, extensa, etc.</p> <p>- Consumo de los progenitores antes de la gestación</p> <p>- Abuso sexual</p> <p>- VIF</p> <p>- Ausencia y/o presencia</p> <p>- Formas</p> <p>- Nivel</p> <p>- Ausencia y/o presencia</p> <p>- Nivel de escolaridad de los progenitores</p> <p>- Ausencia y/o presencia</p> <p>- Ausencia y/o</p>

						presencia
--	--	--	--	--	--	-----------

<b>Variabl e</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensione s</b>	<b>Sub Dimensione s</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Sub Indicadore s</b>
<b>Motivos</b>	Causa, factor o razón que induce a una cosa y que actúa como un componente energético, activador y dinamizador de la conducta (Ander-Egg. 1995:193)	Razones conyugales, personales y/o familiares mediante las cuales las mujeres alcohólicas justifican la frecuencia de consumo de alcohol	Niveles	Conyugal  Personal  Familiar	Acompañamiento marital - Infidelidad  - Por soledad - Angustia  - Perdida de un familiar	
<b>Efectos</b>	Resultado de una causa . fin para hacer una cosa. (Diccionario polifuncional Dasa, 2002:139)	Consecuencias personales, familiares , laborales y/o sociales que se produjeron en el periodo de dependencia alcohólica.	Tipos	Personal    Familiar    Laboral   Social	- Depresión  Responsabilidad  - Sexualidad   - Resolución de conflictos  - Relaciones  - Afecto  - Comunicación   - Problemas   - Redes sociales barriales	- Reuniones escolares  Promiscuidad - Frigidez  - Ausencia y/o presencia VIF  - Tipo  -Ausencia y/o presencia  - Frecuencia   Participación

			Consumo		Acompañamiento de otras drogas - Circunstancia	
--	--	--	---------	--	---	--

Variab e	Definición Conceptua l	Definición Operaciona l	Dimensione s	Sub Dimensione s	Indicadore s	Sub indicadore s
<b>Situación Actual</b>	Disposición de las cosas respecto del lugar que ocupan en la actualidad  (Diccionario polifuncional Dasa, 2002:361)	Características y percepciones individuales y familiares que tienen actualmente las mujeres alcohólicas que se encuentran insertas en un proceso de tratamiento	Características          Percepciones	Niveles          Opiniones	Familiar          Individual          - Autoestima - Tratamiento	- Rol - Tipo de familia - Relaciones - Resolución de conflictos - Apoyo escolar - Apoyo familiar          - Edad - Estado civil - Escolaridad - Numero de hijos - Participación social - Situación laboral - Habilidades

--	--	--	--	--	--	--

## ENCUESTA

### ANTES DE LA DEPENDENCIA

#### Dimensión individual

1- A qué edad consumió alcohol por primera vez? (búsqueda de sensaciones)

- 1.- Antes de los 10 años
- 2.- Entre los 11 y 13 años
- 3.- Entre los 14 y los 18 años
- 4.- Más de 18 años.

2- Bajo qué circunstancias consumió alcohol por primera vez? (búsqueda de sensaciones)

- 1.- Por curiosidad
- 2.- Por una fiesta familiar
- 3.- Por presión de pares
- 4.- Por acompañamiento de la pareja
- 5.- Otro.

3- En compañía de quién consumió alcohol por primera vez? (búsqueda de sensaciones)

- 1.- Sola
- 2.- Con un familiar
- 3.- Con un par
- 4.- Otro

4- Usted antes de consumir alcohol, conocía sobre sus efectos? (Conocimiento)

- 1.- Si
- 2.- No

5- En qué lugares escucho hablar sobre el alcoholismo (Conocimiento)

- 1- En ninguna parte
- 2- En la escuela
- 3- En la televisión
- 4- En el hogar
- 5- Otro

6- Usted fue víctima de abuso sexual? ( episodios)

- 1- Si
- 2- No

#### Dimensión familiar

7- Antes de qué usted naciera su padre consumía alcohol? (historia familiar)

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- No sé

8- Antes de que usted naciera su madre consumía alcohol? (historia familiar)

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- No sé

9- Algún miembro de su familia consumía alcohol en el hogar? (historia familiar)

- 1- Si
- 2- No

10- En su hogar de origen, existía V.I.F.? (historia familiar)

- 1- Si
- 2- No (pasar a la pregunta 12)

11- Quienes eran maltratados? (historia familiar)

- 1.- Madre
- 2.- Hija (os)
- 3.- Madre e hijos

12- Cómo era la relación con su madre en la niñez? (relaciones)

- 1.- Buena
- 2.- Regular
- 3.- Mala
- 4.- No tenía

13- Cómo era la relación con su padre en la niñez? (relaciones)

- 1.- Buena
- 2.- Regular
- 3.- Mala
- 4.- No tenía

14- Sus padres le demostraban afecto? (afecto)

- 1.- Siempre
- 2.- A veces
- 3.- Nunca

15- De qué forma le demostraban el afecto? (afecto)

- 1.- Le hacían cariño
- 2.- Se lo decían
- 3.- Le compraban cosas
- 4.- Otro

16- A qué nivel socioeconómico pertenecía su familia de origen? (situación socioeconómica)

- 1- Alta
- 2- Media alta
- 3- Media
- 4- Media baja
- 5- Baja

17- Con quién vivía en la niñez? (tipo de familia)

- 1- Sólo con la madre
- 2- Sólo con el padre
- 3- Con ambos
- 4- Con padres y otros familiares
- 5- Otro

18- Conversaba con la madre de sus problemas e inquietudes? (comunicación)

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca

19- En la niñez contaba con la ayuda de algún adulto a quien contar sus problemas o inquietudes?  
(Referente significativo)

- 1- Si
- 2- No

20 Hasta que curso llegó su mamá? (capital cultural)

- 1- Sin estudios
- 2- Básica incompleta
- 3- Básica completa
- 4- Media incompleta
- 5- Media completa
- 6- Otro \_\_\_\_\_

21 Hasta que curso llegó su papá? (capital cultural)

- 7- Sin estudios
- 8- Básica incompleta
- 9- Básica completa
- 10- Media incompleta
- 11- Media completa
- 12- Otro \_\_\_\_\_

#### Dimensión social

22- En el ambiente donde se crió, se consumía alcohol en la calle? )(plazas, pasaje etc.)

- 1- Si
- 2- No

23- Cuando niña, participaba de alguna organización barrial?

- 1- Si
- 2- No

## DURANTE EL PERIODO DE LA DEPENDENCIA

### Motivos

24- Por qué motivo cree usted que comenzó a beber en exceso?

- 1.- Por acompañar a la pareja
- 2.- Por soledad
- 3.- Por infidelidad de la pareja
- 4.- Por angustia
- 5.- Por pérdida de algún familiar querido
- 6.- Otro

25- Cómo era su relación su pareja? ( efecto- Relaciones)

- 1- No tenía
- 2- Buena
- 3- Regular
- 4- Mala

26- Cómo era la relación con su hijos(os)? ( efecto- Relaciones)

- 1- No tenía
- 2- Buena
- 3- Regular
- 4- Mala

27- Durante su periodo de dependencia, sufrió de V.I.F.

- 1- Si
- 2- No

28- En su vida sexual, sufrió de maltrato físico? (efecto -sexualidad)

- 1.- Si
- 2.- No

29- En su vida sexual, sufrió de maltrato psicológico? (efecto- sexualidad)

- 1.- Si
- 2.- No

30- Alguna vez a sufrido de frigidez? (sexualidad)

- 1.- Si
- 2.- No

31- Ha sufrido de promiscuidad en su vida sexual? (sexualidad)

- 1.- Si
- 2.- No

32- Durante su periodo de dependencia , padeció de depresión?(efecto)

- 1- Si
- 2- No

33- Durante su periodo de dependencia , fue irresponsable frente a sus obligaciones escolares?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca

34- Durante su periodo de dependencia , tuvo problemas laborales?

- 1- Si
- 2- No

#### Dimensión social

35- Durante su periodo de dependencia , participo de reuniones de apoderado?

- 1- No tengo hijos
- 2- Siempre
- 3- A veces
- 4- Nunca

36- Durante su periodo de dependencia , participó en organizaciones barriales?

- 1- Si
- 2- No

#### Consumo

37- Bajo que circunstancias usted consumía alcohol

- 1.- Sola
- 2.- Acompañada
- 3.- Ambas

38- - Cuando era dependiente al alcohol, consumía otra droga?

- 1.- Si
- 2.- No (pasar ala pregunta 40)

39- Cuál?

- 1.- Benzodiazepinas
- 2.- Marihuana
- 3.- Pasta base
- 4.- Tabaco
- 5.- Anfetaminas
- 6.- Otro

## SITUACIÓN ACTUAL

40- Qué edad tienes?

- 1- Entre 22 y 32
- 2- Entre 33 y 42
- 3- Entre 43 y 52
- 4- Entre 53 y 62
- 5- Más de 62

41- Cuál es su estado civil?

- 1.- Casada
- 2.- Soltera
- 3.- Separada
- 4.- Viuda

42- Hasta que curso llegó?

- 1.- Sin estudios
- 2.- Básica incompleta
- 3.- Básica completa
- 4.- Media incompleta

43- Cuántos hijos tiene?

- 1.- Uno
- 2.- Dos
- 3.- Tres
- 4.- Más de tres

44 Tiene experiencia laboral?

- 1.- Si
- 2.- No

45- Por qué no tiene experiencia laboral?

- 1.- No quería trabajar
- 2.- No encontré nunca trabajo
- 3.- No me dejó mi pareja

46- Situación laboral actual?

- 1.- Si estoy trabajando
- 2.- No estoy trabajando

47 - Actualmente participa de alguna organización social , en su barrio'

- 1- Si
- 2- No

48- Qué habilidades tiene usted?

- 1- Cantar
- 2- Bailar
- 3- Escribir
- 4- Hacer deporte
- 5- Otro

Características familiares

49- - Con quién vive?

- 1.- Sola
- 2.- Sola con hijos
- 3.- Sola con pareja
- 4.- Con pareja e hijos

50- Cómo es su relación actual con su pareja?

- 1- Buena
- 2- Regular
- 3- Mala
- 4- No tengo pareja

51- Cómo se lleva, actualmente con su madre?

- 1- Bien
- 2- Regular
- 3- Mal
- 4- No tengo

52- Cómo se lleva actualmente, con su padre?

- 1- Bien
- 2- Regular
- 3- Mal
- 4- No tengo

53- Cómo se lleva, actualmente con sus hijos?

- 1- No tengo
- 2- Bien
- 3- Regular
- 4- Mal

54- Cómo resuelve su conflictos actualmente al interior de la familia?

- 1- Los evito
- 2- Los enfrento conversando
- 3- Los enfrento agresivamente
- 4- Otro

55- Cada cuánto tiempo conversa sus inquietudes y/o problemas con algún miembro de su familia?

- 1- Todos los días
- 2- 2 veces por semana
- 3- 2 veces al mes
- 4- Nunca
- 5- Otro

56- Actualmente sus padres le demuestran afecto?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca

57- Actualmente, su pareja le demuestra afecto?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca

58- Su familia (padres y hermanos) la apoyan en su tratamiento?

- 1- Un poco
- 2- Nada
- 3- Mucho

59- Su pareja la apoya en su tratamiento?

- 1- Un poco
- 2- Nada
- 3- Mucho

60- Su pareja, actualmente consume alcohol?

- 1- Si
- 2- No

61- Usted acompaña a su hijo (os) en su proceso educacional?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca

62- Qué rol cumple al interior de su familia?

- 1- Proveedora
- 2- Dependiente
- 3- Apoyo ( aporta ingresos)

63- Actualmente usted sufre de V.I.F.

- 1- Si
- 2- No

64- Su familia participa de este proceso (tratamiento)

- 1- Si
- 2- No

65- Qué opina usted a cerca de este tratamiento?

- 1- Es muy efectivo
- 2- Poco efectivo
- 3- No es efectivo
- 4- Otro

66- Usted se siente capaz de salir adelante? (auto-estima)

- 1- Si
- 2- No
- 3- No sé