

Trabajo Social y alcoholismo

Cándida ACERO SÁEZ

RESUMEN

En este trabajo se hace referencia al problema del alcohol y sus principales teorías (biofisiológicas, psicológicas y socioculturales), previo a desarrollar la relación entre trabajo social y alcoholismo, donde se destaca la importancia de una buena formación de los trabajadores sociales para detectar a tiempo el problema del alcohol entre sus clientes y poder informar a los interesados. Por último se hace referencia a un estudio realizado con una muestra de 51 enfermos alcohólicos crónicos, internados en un centro psiquiátrico, donde se resaltan las características principales de estos enfermos (solteros o separados, bajo nivel cultural, escasa relación familiar, etc.).

ABSTRACT

Alcoholism and Social Work.

In this study the author makes reference to the problem of alcohol abuse and its principal theories (biophysiological, psychological and socio-cultural) before delineating the relation between social work and alcoholism. Effective education and training are acknowledged as useful resources to enable social workers to recognize and respond adequately to alcohol problems. The author refers to a particular study: a survey of 51 chronic alcoholics residents in a psychiatric hospital which outlined their general characteristics (single or separated, low cultural level, poor relationship with families, etc.).

Los estudios realizados sobre el alcohol dan como resultado que su uso y consecuencias se extienden hasta el paleolítico, como parece demostrarse por la etimología y los estudios de la culturas de la Edad de Piedra que han sobrevivido hasta el siglo XX. Al hombre paleolítico le era accesible el jugo de frutas fermentadas (vino), el grano fermentado (cerveza) y miel fermentada (aguamiel). Esta última es posible que sea la bebida alcohólica más antigua. Etimológicamente

el vocablo "aguamiel" se deriva en el idioma inglés de "mede" y de "meodu" que proceden de palabras antiguas de origen indoeuropeo como "meti" (griego) y "madhu" (sánscrito), que significan "miel" y "bebida intoxicante" (ROVECHE, 1960).

A finales de 1700 y principios de 1800, Benjamín Rush (USA) y Thomas Trotter (Escocia) consideraron al alcoholismo como una enfermedad y dieron explicaciones científicas para comprender el abuso del alcohol,

substancia aditiva sobre la que el individuo no tenía control. El término alcoholismo fue utilizado por Magnus Huss en 1849 para definir un conjunto de afecciones gastrointestinales, cardiológicas, neurológicas y psiquiátricas que estaban relacionadas con la ingesta abusiva de bebidas destiladas, mientras que las fermentadas (cerveza, vino, etc.) eran consideradas saludables. J. M. Jellinek en "The Disease Concept of Alcoholism" (1960) comenta más de 115 descripciones del alcoholismo y lo define como: "Todo uso de bebidas alcohólicas que acarrea un perjuicio para el individuo, la sociedad o ambas".

En 1964 un grupo de expertos de la OMS estudia la posibilidad de sustituir los términos "toxicomanía" y "habituación" por el de "dependencia". La OMS define la Dependencia como "el estado que resulta de la absorción periódicamente o continuamente repetida de una cierta droga cuyas características varían según las drogas". Ciertas drogas crean Dependencia Psíquica ("Una pulsión psíquica a absorber periódica o continuamente la sustancia") junto a otras capaces de determinar Dependencia Física ("Un estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando la administración de la droga se suspende o se contrarrestan sus efectos con un antagonista específico"). En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 (5), (1978) se sustituye el término de alcoholismo por el de "síndrome de dependencia del alcohol" y se define como "Un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la

ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia, puede haber tolerancia aunque ésta podría no estar presente" (Informe Técnico para Centros de Salud Mental, 1990: 25-27).

A pesar de los innumerables problemas que acarrea el alcohol, desde el comienzo de nuestra civilización ha sido parte de nuestras vidas. Pocos acontecimientos sociales se celebran sin la presencia de este invitado, que no falta en nuestros bautizos, bodas, y celebraciones de todo tipo. Beber, se dice, no es el problema; el problema está en la personalidad del alcohólico, pero como más adelante veremos es un fenómeno muy complejo en el que participan muy distintas variables.

El problema del alcohol

A pesar de que existen millones de enfermos alcohólicos en el mundo, no existe una definición universalmente aceptada de esta enfermedad. A lo largo de los años las definiciones han variado considerablemente, desde formulaciones que se basaban en la presencia, o no, de enfermedades fisiológicas hasta las que ponían el énfasis en las características morales, legales, sociales y/o psicológicas del adicto y de la sociedad. El diagnóstico se basa en los síntomas físicos de la adicción y en los síntomas conductuales de la pérdida de control. Puede así definirse

como el consumo repetitivo de alcohol sin poder controlar la ocasión o la cantidad de la ingesta, con el consiguiente perjuicio físico y psicosocial para el bebedor (Keller, McCormick & Efron, 1982).

A través de estudios realizados en USA, se estima que aproximadamente el 10% de los bebedores adultos se verán afectados por el alcoholismo en alguna etapa de su vida. Esto implica que sufrirán de serias complicaciones en su salud, además de graves problemas psicosociales. La tasa de mortalidad para estos enfermos es 2,5 veces más alta que para la población en general y el alcoholismo es el segundo factor de muerte después de las enfermedades coronarias. En USA, el 25% de las familias se ven afectadas por un problema de alcoholismo.

En España, a partir de 1950, se produce un aumento de la incidencia de alcoholismo debido a la transformación de las estructuras y de las formas de vida que se traducen en una crisis de valores, lo que produce un aumento de ingresos de población alcoholizada en los hospitales generales y en los hospitales psiquiátricos. En 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica que, en años sucesivos, creará una red de centros de asistencia para atender a personas con trastornos psíquicos y en los que destacará la presencia de psicólogos clínicos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. En 1961 comienzan a funcionar en algunas capitales los Dispensarios antialcohólicos. Podemos observar la importancia que se daba al Trabajo Social en estos Dispensarios por la composición del personal de los mismos.

La composición de los equipos antialcohólicos en principio fue la siguiente (SANTO DOMINGO, 1970:10):

- Un Psiquiatra Médico Director de dichos equipos, cargo que recaería en el Director de los Servicios de Psiquiatría e Higiene Mental de la Jefatura Provincial de Sanidad en cuestión.
- Un Médico Psiquiatra ayudante.
- Un Médico Psicólogo Clínico.
- Un Médico especialista en Medicina Interna.
- Dos Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- Cuatro Asistentes Sociales.
- Un auxiliar.

El objetivo de los Dispensarios antialcohólicos fue "acercarse lo más posible al alcohólico en todos los sentidos, realizando una labor asistencial, preventiva y epidemiológica". Con la venida de la democracia desaparecieron los Dispensarios y sus funciones fueron asumidas por programas especiales para estos enfermos que se llevan a cabo en los Centros de Salud Mental, de la Comunidad de Madrid.

El Plan Nacional de Drogas estimaba, para el bienio 1985-86, entre 1.500.000 y 2.300.000 alcohólicos. Entre 1950 y 1979, el consumo de alcohol había aumentado un 65%, mientras que en este mismo período el consumo de cerveza lo hizo en un 357%. Un estudio de EDIS (1984), siguiendo los criterios de la OMS que considera población de riesgo aquella que consume más de 80 gramos de alcohol puro al día, señala que en España hay más de 3.500.000 personas en esta situación. Un 15% estaba comprendida entre los 15 y 17 años. Una encuesta realizada por el Plan Catalán de Seguridad Vial (1990), con una muestra de 3.500 ado-

lescentes y jóvenes, nos revela que el 81.96% son bebedores y de éstos el 13,96% conduce su vehículo sin tener en cuenta si ha bebido y, por lo tanto, la cantidad ingerida.

Para ALVIRA MARTÍN (1984), los diversos estudios realizados constatan que desde 1960 han cambiado significativamente la forma de beber de la juventud española. Describe tres aspectos que lo explican: 1º Disminución de la edad de inicio de consumo en ambos sexos. 2º Cambios en los lugares de consumo y motivaciones del bebedor. 3º Aumento del consumo total, preferencia por la cerveza.

En un estudio realizado por Rooney y Villahoz, con una muestra de 3.925 alumnos, comprendidos entre los 10 y los 18 años, se llega a la misma conclusión. La cerveza es la bebida preferida a partir de los 14 años. Estos autores llegan a la conclusión de que "Se ve un cambio importante en las actitudes conservadoras y permisivas, al tiempo que un descenso llamativo en la estimación del peligro del uso de la cerveza y del vino. También se ve un considerable incremento de aquellos que refieren tener amigos que toman bebidas alcohólicas". "Estos cambios de pasar de una actitud condenatoria a otra más favorable serán fundamentales para incrementar el consumo de alcohol". (ROONEY y VILLAHUZ, 1994: 36).

El consumo prolongado de alcohol produce una serie de complicaciones de las que enumeramos algunas, como síndromes gastríticos y ulcerosos gastro-duodenales, hepatitis, cirrosis, pancreatitis crónica, impotencia, senilidad precoz, trastornos del sistema nervioso; también se relaciona con

cáncer de boca, faringe, laringe y esófago, entre otros. Además, el abuso del alcohol contribuye a deficiencias nutricionales y, en el hombre, produce una disminución de la testosterona. El alcohol es la causa de muchos accidentes de tráfico, caídas con fracturas, aumenta la tasa de suicidios, la violencia familiar, el incesto y separaciones y divorcios y una serie de complicaciones relacionadas con el trabajo que conducen a la incapacidad laboral. Los hijos de alcohólicos tienen un alto riesgo de ser alcohólicos, así como de padecer trastornos nutricionales y desarrollar conductas delictivas.

Teorías etiológicas del alcoholismo

La etiología del alcoholismo se desconoce y las distintas investigaciones realizadas han fracasado en sus intentos de hallar una causa definitiva y única de la enfermedad, probablemente porque ésta no exista y sean varios los factores que interactúen para producir el trastorno. La mayoría de los modelos no hacen hincapié en la ingesta de alcohol "per se", sino que lo centran en la "pérdida de control" sobre la ingesta, que es el rasgo principal del trastorno. Anderson (1987: 132-141) categoriza las principales teorías del alcoholismo según sean las causas fisiológicas, psicológicas y sociológicas:

a) Teorías genéticas y biofisiológicas. Se basan en la presunción de que los alcohólicos están constitucionalmente predispuestos a desarrollar dependencia física del alcohol. La

combinación de alguna deficiencia fisiológica preexistente, rasgos genéticos hereditarios, y/o los cambios metabólicos que se producen como consecuencia de la droga originan la adicción. Los estudios realizados dan tasas más altas entre los familiares de alcohólicos y el mismo resultado se ha obtenido en estudios comparados entre gemelos y adoptados. Kaij encontró que la tasa de concordancia de alcoholismo entre gemelos idénticos era del 54%, mientras que la tasa entre gemelos del mismo sexo era del 28% (Murray & Stabenau, 1982). Hijos de alcohólicos, que fueron adoptados al nacer y crecieron sin conocer a sus padres biológicos, desarrollan altas tasas de alcoholismo (Goodwin, 1976). La influencia genética es, pues, evidente y parece ser que la relación causa-efecto permanece todavía sin aclarar.

b) Teorías psicológicas. Anderson menciona la teoría de la personalidad, la transaccional, la psicodinámica y la del aprendizaje. La teoría de la personalidad asume que hay ciertos rasgos de la personalidad que predisponen al alcoholismo. Se utiliza el término de "personalidad alcohólica" para describir a una persona inmadura, dependiente, impulsiva y fácilmente frustrada, pero es importante señalar que estos rasgos pueden atribuirse también a los efectos del alcohol. Las teorías del análisis transaccional ven el alcoholismo no como una enfermedad sino más bien como un "juego de vida". El análisis del juego se interesa en las clases de transacciones sociales que están relacionadas con los excesos de alcohol (Berne, 1964, p. 77).

Las teorías psicodinámicas par-

ten de que la privación o la sobreprotección infantil conducen a unas necesidades de dependencia inconscientes. Cuando estas necesidades no pueden ser satisfechas, el individuo sufre de ansiedad y desarrolla necesidades compensatorias de poder y control. El alcohol le sirve para reducir la ansiedad y crear un falso sentido de poder y grandiosidad. En estado de sobriedad experimenta de nuevo los sentimientos de fracaso y ansiedad que le motivan a seguir bebiendo.

La teoría del aprendizaje asume que la ingesta de alcohol reduce la ansiedad y la tensión por lo que, al ser positivamente reforzada, motiva el seguir bebiendo.

c) Teorías socioculturales. Los sociólogos se basan en las teorías de la socialización y de la desviación social para explicar la etiología del alcoholismo. White (1982) revisó estas teorías y trató de integrarlas en lo que denominó el modelo del alcoholismo socioambiental. Según este modelo, el individuo propenso al alcoholismo aprende que el alcohol alivia el stress y lo usa con este fin. Estas personas están fuera del grupo que regula sus conductas.

En síntesis, así se describe la adicción al alcohol: el individuo con una predisposición a la adicción al alcohol se ve gratificado con el consumo del mismo. La ingesta se hace más frecuente, lo que produce una dependencia psicológica. Se sigue aumentando el consumo hasta que se desarrolla una dependencia física. En este punto, los síntomas de la abstinencia mantienen al alcohólico bebiendo, pero conviene recordar que no siempre con

continuidad, ya que hay tipos de alcohólicos que alternan períodos de abstinencia con períodos prolongados de ingesta.

Ninguna de estas teorías ha demostrado que sea una sola causa la que produce el alcoholismo, por lo que parece más apropiado considerar que esta enfermedad es el producto final de la interacción de diversas variables, predominando una o más en cada individuo.

Sólo un 15% de estos enfermos recibe tratamiento y ello es debido al desconocimiento de la enfermedad, a la actitud negativa hacia los alcohólicos, a tratar el alcoholismo como un síntoma, más que como una enfermedad y a las barreras, como más adelante veremos, que se ponen en los centros para involucrar a los alcohólicos en el tratamiento (Googins, 1984).

Tipos de alcoholismo

Existen tres tipos de alcoholismo: primario, secundario y reactivo. El alcoholismo primario se caracteriza porque generalmente hay una historia familiar de alcoholismo (existen antecedentes genéticos) (Murray & Stabenau, 1982). Surge entre los 25 y 35 años. El enfermo tiene una alta tolerancia y bebe como respuesta al síndrome de abstinencia. Compulsivamente antepone la ingesta a las demás actividades. El 61% de las mujeres y el 73% de los hombres enfermos pertenecen a este grupo (Winokur *et al.*, 1970).

En el alcoholismo secundario, el enfermo ha sufrido previamente un trastorno psíquico importante. Suele tratarse de

un trastorno afectivo bipolar o unipolar o de una personalidad antisocial. En este último caso, se trata de individuos que han tenido problemas con su familia, compañeros, o con la policía antes de los 15 años y previamente al problema alcohólico. Aproximadamente el 20% de los hombres y el 5% de las mujeres que acuden para tratamiento antialcohólico pertenecen a este grupo (Schuckit, 1973).

El alcoholismo reactivo se observa en las personas que han comenzado a beber excesivamente, como consecuencia de una grave crisis. Generalmente han sido bebedores anteriormente, sin ningún tipo de problema. Algunos individuos pueden controlar la ingesta, mientras que otros llegan a desarrollar una verdadera adicción.

Trabajo Social y Alcoholismo

Los trabajadores sociales no pueden ignorar la presencia del alcohol porque una parte de los problemas con los que se encuentran en su práctica profesional está relacionada con esta enfermedad. En las últimas décadas se ha investigado su prevalencia en el Trabajo Social y citamos como ejemplo un estudio realizado en Glasgow (1979) con una muestra de 351 casos de familia, en la que el 25% del trabajo realizado estaba relacionado con este problema. Este porcentaje varía de unos estudios a otros, lo que puede ser debido al tamaño de la muestra, las diferencias del área geográfica o a que se les haya dado o no un curso informativo sobre el alcohol, previo a la realización del estudio. (LECKIE, 1990:

43). Debido a este alto porcentaje, los trabajadores sociales se encuentran en una posición única para poder prevenir y hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad.

Pero, como veremos, esto no es así, por múltiples causas. En primer lugar, porque la mayoría de los trabajadores sociales no están preparados para ello. Salen de las escuelas sin haber recibido ningún curso que les haya dado la formación suficiente para poder reconocer el problema, a pesar de su importancia y de las enormes repercusiones que tiene (relación familiar, deudas, vivienda, atención infantil, delincuencia, etc.) con las que todos los trabajadores sociales se van a encontrar. Otro de los motivos, y muy diferente, por el que no se lleva a cabo la detección precoz del alcoholismo lo relacionan nuestros colegas británicos con el problema de alcohol que padecen también los propios profesionales y que parece ser que en Gran Bretaña afecta entre un 3 o un 6% del total de los que están ejerciendo. Esta minoría influye no sólo en la práctica profesional, sino también en la supervisión, dirección, formación y política de los servicios sociales (LECKIE, 1990: 44).

En general, aunque todas las instituciones sociales se ven afectadas por el problema del alcohol, poco se hace por evitarlo. Googins en "Avoidance of the Alcoholic Client" expone la existencia de ciertas barreras en los Servicios Sociales y de Salud que impiden detectarlo a tiempo lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento (GOOGINS, 1984: 161-166). Brevemente exponemos algunas de estas barreras, mantenidas también por la ig-

norancia de muchos trabajadores sociales:

El mito acerca del alcoholismo (se piensa que beber cerveza no produce alcoholismo como el whiskey; el "mareo" se pasa con una taza de café; otro mito es la vergüenza y culpabilidad, por lo que la familia esconde al enfermo, etc.); *la negación al tratamiento* (se piensa que el alcoholismo es incurable por lo que no se insiste en el tratamiento; lo que Googins denomina "síntomas versus causa", refiriéndose a que se tratan los problemas causados por el alcohol pero no se ataja al problema en sí, por lo que se niega la realidad de la dependencia alcohólica); *el miedo a la confrontación* (se deben confrontar los problemas del alcohólico con su ingesta de alcohol para tratar de romper la fuerte negación que hace de su enfermedad); *la negación por parte de las instituciones* (cada institución cumple con sus objetivos, pero ignora el alcohol y, por tanto, no le da una razonable respuesta a pesar del elevado número de problemas relacionados con él que se atienden). Otra barrera consiste en remitir a los enfermos a los Servicios Sociales Especializados, sin tener en cuenta que esto raramente funciona, ya que el enfermo y su familia no identifican su/s problema/s con el alcohol; *la falta de recursos* de los centros especializados para atender toda la demanda (personal suficiente y preparado, recursos alternativos, etc.).

Dice Googins que para comenzar a romper estas barreras se necesita un consenso profesional y una disposición para cambiar las actitudes de los que niegan el problema del alcoholismo mientras permiten que los alcohólicos y

sus familias sufran los estragos de la enfermedad.

El enfermo alcohólico debe ser tratado preferentemente en régimen ambulatorio. En ocasiones, cuando su estado físico y psíquico así lo requieran, ya sea para una cura de desintoxicación o para tratar cualquier tipo de dolencia física, será necesario su internamiento, que no debe prolongarse más de lo necesario. La falta de medidas preventivas, de un diagnóstico y tratamiento precoz, la carencia de familia o el abandono familiar, las complicaciones con otro tipo de enfermedades, etc. son algunas de las causas del alto porcentaje de alcohólicos crónicos ingresados en los hospitales psiquiátricos.

Por ello se insiste en la importancia de que, al hacer la historia social, el profesional detecte casos de alcoholismo a los que poder informar sobre esta enfermedad. Se deben explorar los problemas físicos y psicosociales relacionados con el alcohol, los antecedentes psicosociales y las consecuencias de la ingesta, los patrones de bebida, la historia de la ingesta de alcohol sin problemas, la historia de los intentos para reducir o dejar de beber y las razones por las que busca ayuda en ese momento determinado.

Debe incluirse información acerca de las relaciones con la familia y con los amigos, profesión y status económico y los factores socioculturales relevantes relacionados con el alcohol. Es particularmente importante valorar la extensión de la tolerancia y la sintomatología que acompaña a la dependencia física.

Por último, se deben explorar las

actitudes acerca de la bebida, así como la historia familiar y personal de depresiones, manías y sociopatías. Es también importante valorar los patrones de bebida, actitudes y conductas de las personas próximas al cliente.

Además de los problemas que ocasiona el alcoholismo en la familia, tales como la falta de apoyo por parte del enfermo -lo que origina una sobrecarga de responsabilidades en los demás miembros-, el abandono, la alteración sexual, etc. hay que añadir los que surgen como consecuencia del desconocimiento de la enfermedad y del manejo de una conducta que no se comprende. La agresión, los celos, las lagunas de memoria, raramente se analizan como síntomas de la enfermedad y, con frecuencia, se achacan y responsabiliza de ellos al enfermo, lo que conlleva un mal manejo de la situación que sería distinto si se actuase partiendo de la base de que es una persona enferma.

Los tratamientos, en los que interviene un equipo interdisciplinario, son diversos. Algunos programas entrevistan al cónyuge por separado, solo o en grupos; otros ven a la pareja conjuntamente o en grupos con otras parejas. A veces, se incluye a los hijos en el tratamiento familiar ya que es recomendable la participación de todos los miembros que forman la unidad familiar. El tratamiento enseña al cónyuge a aceptar el alcoholismo como una enfermedad y explicárselo así a sus hijos a quienes debe dar soporte emocional. Los intentos de controlar al enfermo y las amenazas sólo sirven para aumentar su culpabilidad y agravar la situación. El alcoholismo puede ser la cau-

sa o la consecuencia del patrón de vida familiar (JANZEN, 1978: 135).

Otro problema adicional es el de los hijos, a los que se les impide un desarrollo normal y se les priva de la libertad de ser niños. A menudo se les pide que protejan o controlen al padre o madre enfermo. El poner al hijo como apaciguador no resuelve nunca los problemas familiares. Un objetivo del proceso terapéutico consiste en ayudarle a que se retire del centro conflictivo de sus padres. Las entrevistas familiares mejoran la comunicación y permiten a los hijos poder manifestar sus sentimientos y comentar los problemas y, el hecho de que participen, sirve para que el alcohólico perciba los efectos de su conducta en ellos.

La familia del alcohólico es una familia frustrada que achaca todos sus males al enfermo, al que ven como la causa que les ha hecho perder todos sus intereses. La sobreprotección y el mantener el buen nombre familiar les hace encubrir y favorecer su irresponsabilidad, llegando incluso a eludir el trato con los demás, lo que produce el aislamiento familiar. Saber que el enfermo, bajo los efectos del alcohol, pierde el control de sí mismo y, por tanto, *no es responsable de sus actos*, puede ayudarles a comprender la situación. Es importante que cada uno sea responsable de sus actos y se evite el castigo y la crítica continua. Se debe valorar lo positivo y actuar a partir de ello.

El proteger al alcohólico de las consecuencias directas de la bebida hace que esté menos dispuesto a buscar tratamiento. Se infiere que cuando la respuesta de la esposa es distinta,

se altera el patrón de respuesta y se opera un cambio constructivo.

El trabajador social forma parte del equipo en el tratamiento del alcohólico. Los tratamientos más usuales incluyen la terapia individual, la terapia de grupo, la terapia familiar y el tratamiento farmacológico. No hay que olvidar la gran colaboración que prestan en la rehabilitación del enfermo las asociaciones de auto-ayuda (Alcohólicos Anónimos y Asociaciones de Ex-alcohólicos, y Alcohólicos Rehabilitados, entre otras).

Para Wallace el alcoholismo es una enfermedad tan compleja que implica una predisposición genética, una conducta que al final es autodestructiva y una sociedad que desarrolla patrones negativos hacia los que abusan del alcohol, por lo que defiende un modelo biopsicosocial para su tratamiento. Este modelo debe proporcionar al enfermo una explicación de su conducta que le ayude a percibir que no es responsable de su enfermedad, pero sí lo es, una vez que lo sabe, de su tratamiento. El alcoholismo es una enfermedad multidimensional que implica al cuerpo, a la mente y a la sociedad. Es un problema humano que afecta a la persona en su totalidad (WALLACE, 1989: 325-332).

El trabajador social tiene una *intervención directa con el enfermo* y las familias y una intervención indirecta mediante la utilización de los recursos de la comunidad. Tradicionalmente, los trabajadores sociales se han esforzado más en la intervención directa pero hay que fomentar el interés por trabajar en la prevención. Es importante para la profesión el preparar a trabajadores

sociales capaces de comenzar la ardua tarea de desarrollar unas medidas preventivas eficaces.

Estudio de enfermos alcohólicos crónicos

El estudio se ha realizado con una muestra de 51 enfermos diagnosticados de alcoholismo (demencia alcohólica, síndrome de Korsakov, dependencia alcohólica, etc.) ingresados en el Centro San Juan de Dios. Representan aproximadamente un 12% del total de enfermos psíquicos ingresados (sin contabilizar los enfermos diagnosticados de retraso mental). No existe una Unidad de Alcoholismo por lo que los enfermos están distribuidos por las distintas unidades (unidad de breve y media estancia, rehabilitación, psicogeriatría, etc.). De los datos recogidos mencionamos los más significativos.

Es un Centro privado concertado con distintos organismos y en nuestro caso los enfermos están ingresados a cargo de: Comunidad de Madrid (Salud Mental 35,2% e Integración Social un 11,7%), ISFAS (11,7%), Diputación de Cuenca (3,9%), INSERSO (3,9%), Ayuntamiento de Madrid (5,8%), ONCE (1,9%), privados (25,4%) y otros (3,9%).

El 29,4% de estos enfermos llevan más de 21 años ingresados. Sólo un 7,8% llevan menos de 2 años y son los que tienen alguna posibilidad de reinserción. Las medidas preventivas y un tratamiento precoz de la enfermedad probablemente hubiesen evitado algunos de estos internamientos.

Un 25,4% tienen entre 41-50 años

y este porcentaje se repite entre los que tienen 61-70 años. El 19,6% tiene más de 70 años. Sólo el 5,8% tiene menos de 40 años.

El 66,6% son solteros, el 9,8% casados y el 21,5% están separados, algunos de ellos ya divorciados. Observamos el alto porcentaje de separados entre los casados (64,2%).

El nivel cultural es bajo. Un 19,6% son analfabetos, el 43,1% tienen estudios de primaria incompletos y un 15,6% estudios primarios, que contrastan con sólo un 1,9% con estudios de grado medio y un 5,8% de grado superior.

Dentro de la variable "profesión" destacamos que el 52,9% han trabajado como obreros no cualificados, dato que correlaciona con el bajo nivel de estudios; el 13,7% no han tenido ningún trabajo.

Previo al ingreso vivían: con sus padres (29,49%), con sus hermanos (19,6%), con su cónyuge (3,9%), con sus hijos (3,9%), con cónyuge e hijos (9,8%) y solos (en pensiones, albergues o de vagabundeo) (9,89%). El 7,8% procedía de otra institución (residencia de ancianos u hospital psiquiátrico). La aceptación es mayor por parte de la familia de origen que por la familia propia.

Les visitan los hermanos (29,4%), padres (13,7%), sobrinos (7,8%), esposas (5,8%), hijos (7,8%) y en menores porcentajes otros familiares. El 23,5% no reciben ningún tipo de visita. En la variable padres, debemos tener en cuenta que por la edad de los enfermos muchos ya han fallecido, lo que puede influir en el porcentaje.

La frecuencia con que reciben visitas es semanal (11,7%), mensual

(27,4%), esporádica (13,7%). La mayoría no sale nunca. Sólo un 9,8% sale con su familia en Navidad y un 5,8% lo hace los fines de semana y en vacaciones de verano.

El problema mayor con que se encuentran los trabajadores sociales es el abandono familiar, agravado porque durante muchos años, previo al ingreso, ya se había roto la relación familiar, en muchos casos debido a la conducta antisocial del enfermo, lo que dificulta el acercamiento familiar.

En algunos de estos enfermos se observa:

- Alcoholismo primario, secundario y reactivo.
- Antecedentes familiares con alcoholismo (padres, abuelos, etc.).
- Problemas familiares (agresividad contra mujer e hijos, abandono familiar, separación conyugal).
- Problemas laborales (absentismo laboral, despidos, cambios de oficio, abandono laboral).
- Actos delictivos (demandas, delitos, cárcel).
- Falta de relación familiar, vagabundeo y mendicidad.

Los trabajadores sociales han intervenido en estos casos con las siguientes actuaciones, entre otras:

- Tramitación de documentación (D.N.I., cartillas de asistencia médico farmacéutica, pensiones, etc.).
- Localización de familias. Conseguir un acercamiento al enfermo. Salidas con la familia.
- Reuniones familiares.
- Organización de fiestas con la participación de las familias.
- Salidas del enfermo (excursiones, teatros, vacaciones, etc.).

- Pisos protegidos.
- Preparación de altas terapéuticas. Información de recursos a la familia y al enfermo.
- Confección de informes sociales (a petición del juez para autos de internamiento, procesos de incapacidad y tutoría, etc.; Comunidades Autónomas; INSERSO, etc.).

Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos intentado exponer, muy sucintamente, los problemas relacionados con el alcohol y algunas de las principales teorías, haciendo hincapié en que se trata de un problema multicausal y multidimensional con graves consecuencias para el enfermo, la familia y la sociedad. Hemos intentado también resaltar la importancia de preparar adecuadamente a los trabajadores sociales para llevar a cabo una labor preventiva y saber reconocer a tiempo la enfermedad, lo que permitiría iniciar un tratamiento cuando todavía existen posibilidades de rehabilitación. El hecho de que esto no es así queda demostrado por la cantidad de problemas relacionados con el alcohol que llegan a las instituciones y por el elevado número de enfermos crónicos ingresados en los Hospitales Psiquiátricos cuando ya el mal es incurable. Invito desde aquí a las Escuelas de Trabajo Social a incluir estas enseñanzas en sus programas, pero no como especialidad sino como formación genérica, y a los profesionales a mantenerse bien preparados mediante cursos de reciclaje, ya que son ellos los que están más en contacto

con las familias y los enfermos y, por tanto, en una situación clave para poder ayudarles. Es obvio que la Administración debe corresponder con los recursos adecuados, sin olvidar que las instituciones deben colaborar en la formación de sus profesionales.

Bibliografía

- ANDERSON, S.C. (1987). *Alcohol Use and Addiction*. En *Encyclopedia of Social Work*, 18th edit., 132-141. Silver Spring, Maryland: National Association of Social Workers.
- ALVIRA MARTÍN, F. (1984). "Cambio en el consumo de bebidas alcohólicas en España". *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS* 34: 111-130, cit. por Rooney y Villahoz, op. cit.
- BERNE, Eric. (1964). *Juegos en que participamos*. *Sicología de las relaciones humanas*. México: Diana.
- BOTELLA VILAPLANA, M. (1985). *Reflexiones ante una realidad vivida*. Alcoy: Gráficas Ciudad.
- COHEN, P. y KRAUSE, M.S. (1971). *Casework with Wives of Alcoholics*. En *Family Services Association of America*, New York, cit. por Curtis JANZEN, op. cit.
- GOOGINS, B. (1984). "Avoidance of the Alcoholic Client", *SOCIAL WORK*, 29 (2), 161-166.
- INFORME TÉCNICO PARA CENTROS DE SALUD MENTAL, (1990). *"Problemas Relacionados con el Alcohol"*. Madrid: CAM, CONSEJERÍA DE SALUD.
- JANZEN, C. (1978). "Family Treatment for Alcoholism: a review", *SOCIAL WORK*, 23 (2), 135-141, New York.
- KELLER, M., McCORMICK, M., & EFRON, J. (1982). *"A Dictionary of Words about Alcohol"*. New York: Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, cit. por Anderson, op. cit.
- LECKIE, T. (1990). "Social work and alcohol". En Stewart Collins (ed.) *Alcohol, Social Work and Helping*. London: Tavistock/Routledge.
- MURRAY, R. & STABENAU, J. (1982). "Genetic Factors in Alcoholism Predisposition", cit. por Anderson, op. cit.
- OLSON, S. & GERSTEIN, D. R. (1985). *"Alcohol in America. Taking Action to prevent abuse"*. Washington: National Academy Press.
- ROONEY, James F. y VILLAHUZ GONZÁLEZ, Jesús. (1994). "Análisis multivariante sobre las actitudes e influencias sociales relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en una población de estudiantes de E.G.B. y EE.MM". *REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS*, 19 (1), 15-49.
- ROVECHE, B. (1960). *"Alcohol"*. New York: Grove Press.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1993). *"Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes"*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, Colección LCT-86.
- SANTO DOMINGO, J. (1970). *"Alcoholismo y Toxicomanías"*. Madrid: PANAP.
- SCHUCKIT, M.A. (1973). "Alcoholism or Sociopathy. Diagnostic Confusion", *QUARTERLY JOURNAL OF STUDIES OF ALCOHOL*, 34 (1), 157-164, cit por Anderson, op. cit.
- TETHER, P. & ROBINSON, D. (1986). *"Preventing Alcohol Problems"*. Londres: Tavistock Publications.
- WALLACE, John. (1989). "A Biopsychosocial Model of Alcoholism", *SOCIAL CASEWORK; THE JOURNAL OF CONTEMPORARY SOCIAL WORK*, 325-332.

Cándida Acero Sáez
Escuela de Trabajo Social
Universidad Complutense de Madrid