



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 04/11/2017. Aceptado: 30/10/2018

EL PROBLEMA DEL ALCOHOL EN LAS MUJERES. UNA REVISIÓN A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS

THE PROBLEM OF ALCOHOL IN WOMEN. A REVIEW OF CLINICAL CASES

P. Guerra Mora¹, E.A. Povedano Suárez², M. Fernández Rodríguez³

¹Psicóloga Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Área III. (Asturias). ²Psiquiatra. Centro de Salud Mental "La Magdalena" y Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, Hospital San Agustín de Avilés, Área Sanitaria III (Asturias).

³Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental "La Magdalena", Hospital San Agustín de Avilés, Área Sanitaria III (Asturias)

Correspondencia: Centro de Salud Mental I "La Magdalena". C/ Valdés Salas, nº 4 33400 Avilés (Asturias). patryguerra@hotmail.com

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;7:28-37.

28



RESUMEN

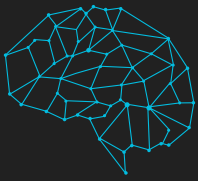
El problema del alcohol en la mujer se presenta con características diferenciales frente a la misma problemática en el hombre. La mujer con trastornos por uso de alcohol es juzgada tanto desde el espacio público como desde el privado. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de características clínicas, sociodemográficas y asistenciales de mujeres que se encuentran a tratamiento en salud mental debido a su problemática con el consumo del alcohol. Participaron siete mujeres con un rango de edad de 42-72 años. Se realizó un análisis de las entrevistas clínicas del último proceso a través de la historia clínica. Los resultados muestran un perfil caracterizado por el consumo de bebidas fermentadas; relacionado con emociones negativas, problemas relacionales y necesidad de evadirse; sentimientos de culpabilidad e incomprensión; conviven con familia propia o en soledad; Las relaciones que establecen no suelen suponer un vínculo seguro; presentan alteraciones del sueño y alimentación, ansiedad, síntomas depresivos y complicaciones somáticas. A nivel laboral se encuentran en situaciones difíciles.

Palabras clave: Alcoholismo; Adicción; Mujer; Sexismo.

ABSTRACT

The problem of alcohol in woman presents with differential characteristics in the face of the same problem in man. The alcoholic woman is judged from the public and from the private space. The objective of this work is to perform an analysis of clinical, sociodemographic and health care characteristic of women who are treated because their problems with alcohol. Seven women with an age range of 42-72 years were enrolled. An analysis of the clinical interviews of the last process was made through the clinical history. The results show a profile characterized by the consumption of fermented beverages; Related to negative emotions, relational problems and the need to escape; Feelings of guilt and misunderstanding; Cohabit with their own family or in solitude; The relationships that they establish do not usually imply a secure bond; Present sleep and eating disorders, anxiety, depressive symptoms and somatic complications. At the labor level they are in difficult situations.

Key words: Alcoholism; Addiction; Woman; Sexism.



INTRODUCCIÓN

El problema del alcohol en la mujer se presenta con ciertas características diferenciales frente a la misma problemática en los hombres (Arostegi y Urbano, 2004; Góngora y Leyva, 2005; Gómez Moya, 2006). En el caso de las mujeres es necesario valorar la influencia los roles y expectativas asociadas al hecho de ser mujer así como la sanción derivada de transgredir la norma. La sociedad ejerce una mayor sanción a las mujeres que consumen frente a los hombres (Nolen-Hoeksema, 2004). Ser mujer con un trastorno por uso de alcohol reta los estereotipos culturales de la sociedad sexista. Las mujeres que transgreden los roles de género asociados a los estereotipos tradicionales asociados a ser madre, esposa,... son consideradas malas mujeres. La mujer es juzgada desde el contexto privado (relacionado con su rol materno y el cuidado que brinda) y desde el espacio público (Arostegi y Urbano, 2004; Gómez Moya, 2006).

Góngora y Leyva (2005) analizan la diferente valoración social y simbólica en el abuso de alcohol por parte de las mujeres. La inequidad de género se manifiesta en el acceso a los recursos, en la construcción de la identidad, en el proceso de individuación y en la concepción del mundo. Es necesario tener en cuenta que las redes sociales y el contexto familiar median el impacto de lo estructural en lo individual.

Senra, Pérez-González y Manzano (2007) aluden a cómo el movimiento de liberación de la mujer le ha exigido desarrollar múltiples papeles, con un mayor mimetismo de los hábitos del hombre y cómo ello también ha derivado en un cambio en las pautas del consumo femenino. Los autores señalan que especialmente las mujeres jóvenes se han incorporado al consumo social masivo e indiscriminado, aunque en las consultas lo que prevalece es un consumo caracterizado por la culpa y la negación (Bach i Bach, 1997). Los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos (2005) también plantea que las mujeres jóvenes y de mediana edad son más propensas a consumir bebidas alcohólicas que las mujeres mayores. Además, de acuerdo con la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) en el período 1994-2014, a la edad de 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace binge drinking (ingesta masiva de bebidas alcohólicas en un periodo breve de tiempo) es mayor que el de hombres (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías- OEDT, 2016).

Mientras que en las escolares (13-19 años) el patrón de consumo es más esporádico, relacionado con fines de se-

mana y celebraciones; en las mujeres en general (de 14 en adelante, siendo casi el 50% de la muestra mujeres de más de 45 años) el patrón es más regular. Además, en las mujeres en general la bebida más consumida son los fermentados, con un bajo porcentaje de bebidas de mayor graduación alcohólica, en contraste con el consumo de bebidas de mayor graduación asociado a las mujeres en edad escolar (Instituto de la Mujer, 2007).

Entre los factores de riesgo que la literatura científica propone para la tendencia a beber en exceso se incluyen la presencia de familiares o pareja con problemas de alcohol, antecedentes de depresión y de abuso físico o sexual en la infancia (NIH, 2005). Las mujeres que tienen problemas con sus relaciones más cercanas tienden a beber más, siendo el estrés una constante en sus vidas. La asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión es frecuente. Asimismo, el hecho de beber solas en el hogar facilita que el consumo sea más problemático (NIH, 2005). Otros factores que se han señalado como facilitadores de este fenómeno son el estrés de la vida moderna, los desajustes en la propia imagen así como las reacciones ante acontecimientos vitales (pérdida de la fertilidad, separación o ruptura de la pareja, abandono de los hijos del hogar) (Martínez Hurtado, 2002).

Para Góngora y Leyva (2005) es común que las mujeres no cuenten con comprensión y apoyo familiar, llegando incluso a la oposición. El miedo al estigma y al trato social diferente hace que muchas mujeres tiendan a ocultar su problema y no pedir ayuda o realizarlo de forma muy tardía. La soledad o la reducción del círculo relacional es frecuente. La familia puede romper relaciones con la mujer, de forma que afronta sola el problema y experimenta emociones de culpa o vergüenza. Abandonar el alcohol por la familia puede ser un motivo para ponerse a tratamiento, dado el vacío afectivo que sienten (Gómez Moya, 2006).

En los recursos de ayuda comunitarios las interacciones también están marcadas por el género. Las organizaciones que ofrecen servicios de autoayuda tienden a homogeneizar los tratamientos para el hombre, que se considera un problema más relevante (Góngora y Leyva, 2005). Existen barreras que dificultan el tratamiento en la mujer, tales como las reducidas expectativas de los terapeutas. Esto se relaciona con la depresión, la falta de información y la atribución de menores posibilidades de cambio (Gómez Moya, 2006).

Gómez Moya (2006) analiza el discurso de mujeres con problemas por uso de alcohol y de profesionales expertos



en el trabajo con personas con problema adictivos y establece la existencia de un perfil diferencial. Considera que una de las características habituales en el relato de vida de las mujeres consumidoras es el ocultismo, que relaciona con la culpabilidad. La clandestinidad, beber en secreto y cuando se encuentran en soledad, es una de las particularidades que se encuentran en entrevistas con mujeres. Por todo ello pueden retrasar las peticiones de ayuda. Otras características asociadas al consumo en la mujer pueden ser la dependencia emocional hacia otras personas así como la evitación de la soledad. Otro factor importante es el hecho de que las mujeres no suelen obtener apoyo de la pareja para realizar un tratamiento, aunque sí son presionadas por otros familiares, como hijos, hermanos o madres (Gómez Moya, 2006).

El prototipo de la mujer consumidora es el de una usuaria de entre 35-50 años que, dado el ocultismo y que puede tener asociado un maltrato, retrasa aproximadamente diez años su llegada a un centro de tratamiento (Bogani 1987; Bach i Bach, 1997; Alonso Fernández, 1998). Para Arostegi y Urbano (2004), el perfil mayoritario se caracterizaría por: estado civil soltera o separada, fundamentalmente sin hijos, convivencia con familia de origen, con pareja o sola; perteneciente a una fratría con varios hermanos, que ha interrumpido sus estudios al principio de la década de los 20 años, bien por su finalización o por encontrar trabajo. Los estudios alcanzados son medios y superiores y los ingresos bajos. Tienen prescrita medicación psicofarmacológica. El inicio se produce asociado a "problemas" y en la mayoría de los casos antes de los 16 años, aunque no se percibe como problema hasta la década de los 20. Se inician en el consumo con sus iguales y también en soledad. Cuando solicitan ayuda, lo suelen hacer de forma ambulatoria y utilizan los medios privados. El tratamiento se inicia cuando "toman conciencia" del problema, a finales de la década de los 20 y cuando ya han pasado varios años de dependencia. Refieren recibir apoyo de terapeutas, de forma superior al recibido por su familia. Valoran de forma positiva los cambios experimentados durante el proceso. Las áreas vitales de preocupación son la pareja, el dinero y el trabajo. Los sentimientos asociados son culpa, vergüenza, tristeza, soledad, desolación y vacío. Las recaídas son habituales y son atribuidas a factores personales. En sus familias de origen suelen darse problemas de abuso y han tenido problemas con la alimentación.

Entre las consecuencias derivadas del consumo excesivo de alcohol en la mujer se mencionan los accidentes auto-

movilísticos y los problemas de salud a largo plazo (como el cáncer, enfermedad cerebral, problemas del corazón o del hígado) (NIH, 2005). Según este instituto de salud beben menos mujeres que hombres pero, cuando se habla de consumo problemático o en exceso, las mujeres igualan o sobrepasan a los hombres en los problemas derivados. La mortalidad es más alta en la mujer y se relaciona con muerte por suicidio o accidente, enfermedades cardiacas, cirrosis hepática y derrame cerebral. El consumo de psicofármacos para la ansiedad y la depresión es frecuente en la mujer y puede interactuar con el alcohol, provocando daños. Es especialmente importante estar atentos a esta problemática en mujeres avanzadas en edad, ya que el envejecimiento reduce la capacidad del cuerpo para adaptarse al consumo de alcohol y los efectos de éste son más fuertes. Esto se relaciona con que al envejecer disminuye la cantidad de agua en el cuerpo y el alcohol se concentra más. (NIH, 2005).

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de características clínicas, sociodemográficas y asistenciales de siete mujeres que se encuentran a tratamiento en salud mental debido a su problemática con el consumo del alcohol.

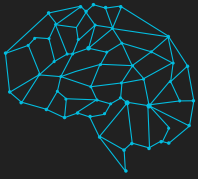
MÉTODO

PARTICIPANTES

Participan siete mujeres que acuden a un centro de salud mental de adultos por quejas relacionadas con consumo de alcohol. Tienen una edad media de 57,3 y un rango de 45 a 72 años. Todas ellas tienen antecedentes previos en salud mental y actualmente tienen prescritos diferentes psicofármacos. Para la selección de las participantes se realizó un muestreo no probabilístico de carácter intencional, formado por aquellas mujeres que en el momento de inicio del estudio acudían a consulta con la misma terapeuta (psiquiatra).

INSTRUMENTO

Para realizar este trabajo se lleva a cabo un análisis grupal (psiquiatra y psicólogas) de los relatos ofrecidos en las entrevistas clínicas realizadas por la misma profesional, a lo largo del último proceso en salud mental. Para ello se utilizó la historia clínica informatizada y/o de papel, donde figura este material. Se recogieron de las historias características clínicas, sociodemográficas y asistenciales como: motivo o quejas para acudir a salud mental, pauta de consumo (tipo de



bebida, si existe privación, apetencias o craving, consumo en soledad/acompañada), motivo subjetivo de consumo, exploración psicopatológica (ansiedad, depresión, quejas cognitivas, insomnio, conducta alimentaria, ideas autolíticas,...), tentativas o gestos autolíticos previos, sistema y dinámica familiar, historia de la infancia, actividad laboral, condición económica, recursos asistenciales y satisfacción, complicaciones somáticas, diagnósticos que constan en historia clínica y tratamiento actual. Se tuvieron en cuenta todos los diagnósticos (incluidos diagnósticos del eje II), no sólo los relacionados con el alcohol.

PROCEDIMIENTO

Se trata de un estudio realizado de forma transversal y desde una perspectiva cualitativa. Para realizar este estudio se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica no sistematizada en relación con los trastornos relacionados con el alcohol en las mujeres. Posteriormente se analizan las entrevistas clínicas de usuarias que acuden a salud mental a través de la historia clínica. Se han tenido en cuenta las recomendaciones acerca de la confidencialidad de los datos en todo momento. Asimismo, los casos clínicos se presentan con nombres falsos y evitando reflejar datos significativos para garantizar su confidencialidad. Para finalizar, se lleva a cabo una comparación entre los datos hallados en las entrevistas y la búsqueda bibliográfica realizada.

RESULTADOS

1. La primera de ellas, que llamaremos María, realiza un seguimiento ininterrumpido desde hace años en salud mental. Aunque acudió hace décadas a los servicios, posteriormente los abandona y hace aproximadamente tres años vuelve a solicitar atención. En este proceso acude a salud mental en relación con su abstinencia enólica asociada a un síndrome depresivo.

En la pauta de consumo refiere hacer uso de bebidas fermentadas. No tiene privación matutina. Ha tomado una decisión personal de dejar de beber y no refiere apetencias. Realiza los consumos en soledad. Se trata de una mujer que ha acudido a un recurso externo de ayuda, pero al que no se plantea volver. Asocia sus consumos a discusiones, "nervios y desánimo" y habla de empeoramiento anímico desde que está abstinentes.

En momentos anteriores de su vida ha realizado tentativas de suicidio a través de autointoxicaciones medicamentosas. Las quejas cognitivas asociadas a su estado anímico son frecuentes en la actualidad.

En relación con su sistema familiar, María vive con su marido y tiene una hija independizada y varios nietos. Refiere sentirse muy distanciada de ellos. Aunque tiene una profesión, se encuentra varios años en situación de desempleo hasta que logra encontrar trabajo (poco remunerado y sin sueldo fijo). La dinámica familiar hace que se sienta sola e incomprendida. Se encuentra distanciada María refiere encontrarse sin apoyos, logrando en los servicios de salud mental un circuito de ayuda. Durante el proceso ella sufre porque su madre está delicada de salud. Cuando su madre fallece aumenta el consumo de alcohol y aparecen ideas de muerte. Esto le hace sentir todavía más culpable. Cuando su pareja se jubila a ambos les cuesta adaptarse a estar juntos, aunque se mantiene abstinente. Tiene dificultades especialmente en épocas señaladas del año.

En relación con su infancia refiere una relación difícil con su madre en la que se sintió poco querida y valorada.

Se nota irritable y presenta insomnio de conciliación. También presenta ansiedad en forma de somatizaciones. Ansiedad anticipatoria en relación a problemas que todavía no existen. Sensación de cansancio y desmotivación con las tareas de casa. Sentimiento de soledad y de falta de cariño. Ideas de "no llegar a todo lo que tiene que hacer".

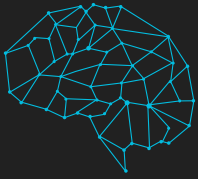
A nivel somático María presenta de forma asociada un síndrome fibromiálgico

Se encuentra diagnosticada de F10.1 Consumo perjudicial (alcohol) y F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo. Recibe tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas a dosis bajas.

2. La segunda experiencia de vida es la de Clara, que comienza un nuevo proceso en salud mental hace años tras una recaída importante y problemática relacional.

Consumo bebidas fermentadas con apetencias importantes y con síntomas de privación. Ha sufrido episodios compatibles con alucinosis alcohólica. Se precisó una desintoxicación hospitalaria dada su falta de apoyos. Consumo en soledad. Acudió a dispositivos de ayuda pero no desea volver dado que se ha sentido juzgada.

En relación con su contexto familiar y relacional, actualmente vive sola. Tuvo a su hija cuando era adolescente. La relación con la hija es complicada, se siente utilizada por ella



y poco recompensada. Habla de periodos de gran distanciamiento. También sentimientos ambivalentes con relación a los nietos y a las posibilidades de verlos a lo largo del tiempo. Sentimientos de culpabilidad por no ayudar económicamente a su familia. Se niega a realizar otros tratamientos que requieren ingreso para poder ayudar a su hija. En cuanto a sus parejas, han sido consumidoras y ha recibido malos tratos. No se siente querida. En su vida elige parejas difíciles. Se embarca en una relación con un hombre que ha sido consumidor de alcohol. Siente miedo pero a la vez se siente muy querida. Finalmente decide que no le compensa establecer esta relación. Los problemas en la relación se relacionan con un aumento en el consumo de alcohol. Realiza un paralelismo entre su dependencia al alcohol y en las relaciones de pareja. Al mismo tiempo señala el dolor que le causa el distanciamiento emocional con su familia de origen y propia. En consulta es frecuente el llanto y el discurso centrado en sus vivencias familiares.

Se acuerda mucho de su madre ya fallecida. Parece que su relación era bastante fusional y al mismo tiempo, con un vínculo ambivalente. Se plantea un grupo de duelo complicado para abordar el duelo por su madre fallecida.

A nivel laboral tiene un trabajo de cara al público pero se encuentra en situación de incapacidad laboral transitoria. La vuelta al trabajo supone un nuevo empeoramiento anímico.

Relaciona el aumento de alcohol con su ánimo bajo y su problemática relacional. También refiere quejas de falta de energía y problemas de memoria. Tiene problemas con la alimentación, con atracones y posterior vómito. También refiere rituales obsesivos.

Realiza gestos autolíticos en varias ocasiones que en ocasiones precisaron ingreso en la unidad de agudos. Tras un gesto pasa una época de mejoría tanto personal como en relación con su situación familiar pero sin embargo, en otras ocasiones se siente mal y siente vacío. Las ideas autoagresivas son ocasionales y se relacionan muchas veces con el consumo de alcohol. En estas situaciones también alude a dificultades para marcar límites a otras personas.

Intenta realizar actividades y buscar ilusiones. Las actividades le sirven para sentirse integrada en algo. Aunque plantea desesperanza y miedo al futuro. También preocupada por ver a sus descendientes crecer en un mundo hostil. Sentimientos de vacío y de soledad.

A nivel somático plantea cefaleas de perfil tensional. También muchos dolores, por lo que precisa apoyos para caminar.

Se encuentra diagnosticada de: F10.2 Síndrome de dependencia (alcohol) y F33 Trastorno depresivo recurrente. Recibe tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas a dosis bajas.

3. La tercera historia es la de Rosa, que retoma el contacto con el centro de salud tras un empeoramiento anímico, alteraciones conductuales y una pequeña recaída.

Consumo bebidas fermentadas sin apetencias y sin privación. No acudió a ningún recurso de ayuda ni acude en la actualidad.

Vive con su marido y familia política. Se encuentra sobrecargada porque realiza una importante función de cuidadora de un familiar dependiente, el cuál no la trata bien. En ocasiones discusiones con su marido, que también es consumidor de alcohol, y su familia política. En consulta se puede evidenciar la dinámica familiar con su pareja. La relación entre ambos es mala y no se siente bien tratada.

En su historia no figura como ha sido el vínculo con su familia de origen.

Refiere beber para soportar mejor la relación. Cuando se distancia de él se siente mejor. Durante el proceso ella se siente en medio de problemas relacionales familiares. Plantea como única demanda ser escuchada.

Miedos y sentimiento de "estar tensa" en relación con problemas con los descendientes. Refiere consumos relacionados con disgustos familiares. "preocupaciones y nerviosismo" que también relaciona con sus problemas de sueño. Se siente "marcada" por la familia por el problema con el alcohol. No consta en la historia clínica que haya realizado intentos autolíticos.

Deja de beber una temporada por miedo a complicaciones somáticas. Coincide con periodos en los que su marido aumenta el consumo de alcohol en relación con problemas con su familia de origen.

No realiza una buena alimentación.

Tiene problemas económicos y complicaciones somáticas asociadas.

Está diagnosticada de: F10.2 Síndrome dependencia (alcohol). Recibe tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas a dosis bajas.

4. La cuarta historia es la de Celia. Realiza un cumplimiento bastante regular. Tiene antecedentes previos a este proceso. Reanuda las consultas tras recaída ética y empeoramiento ansioso-depresivo derivado de consumos. Refiere que es importante para ella estar a gusto con el terapeuta.



Consume bebidas fermentadas sin apetencias y sin síntomas de privación. Consume en soledad. No acude a ningún recurso de apoyo ni lo ha hecho. Relaciona el consumo con "evadirse", dado que no le gusta ninguna bebida alcohólica.

Está separada desde hace muchos años. Vive sola. Son una familia de 5 hermanos, alguno de ellos con problemática de tóxicos. Tiene varias hijas que la supervisan de continuo. Afectada por sentirse distanciada de las mismas. Se siente sola y plantea quejas subjetivas.

En las entrevistas y en la historia clínica no consta como ha sido el vínculo de apego con la familia de origen.

En su historia no constan gestos autolíticos. Cuando se siente tranquila y bien de ánimo no recurre al vino. Asimismo, comienza a retomar aficiones y actividades deportivas.

Plantea quejas de irritabilidad y problemas alimenticios (ingesta nocturna), que relaciona con problemas interpersonales y limitaciones.

Durante el proceso pasa una etapa mala en la que refiere complicaciones somáticas (dolor crónico, cefaleas y problemas dentales).

Ha sido diagnosticada de: F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo y F10.1 Consumo perjudicial (alcohol). Recibe tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas a dosis bajas.

5. La quinta historia es la de Irene. Tiene antecedentes previos a este proceso que incluyen una hospitalización en relación con una autointoxicación. Realiza el retorno por empeoramiento ansioso-depresivo coincidiendo con varios factores: fechas señaladas, encuentro con familiares con los que se encuentra distanciada y empeoramiento de su patología somática.

Consume bebidas fermentadas con apetencias pero sin síntomas de privación. Consume en soledad. Fue a un recurso de apoyo pero no le gustó. Actualmente no acude a ninguno. Relaciona los consumos con malestar emocional y problemas.

Convivía con su pareja y refería sentimientos ambivalentes. Por un lado decía sentirse apoyada pero a la vez, sentía que estaba atrapada en esa relación. A lo largo del proceso viuda. Tiene varios hijos, con los que tiene dificultades relacionales. Sí tiene apoyo por parte de su familia de origen.

Se queja de llevar una vida monótona. Nerviosismo y ánimo bajo. Sentimientos de culpabilidad por alejar a la gente que quiere con su problema. Se siente cansada y se queja de aumento de peso y de insomnio. No tiene problemas con la alimentación.

No consta que haya realizado intentos autolíticos en su historia clínica.

Intenta llevar a cabo actividades deportivas así como otros hobbies.

Tiene complicaciones médicas asociadas como hipotiroidismo. También ha sido intervenida de adenocarcinoma de endometrio.

Está diagnosticada de: F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo y F10.1 Consumo perjudicial (alcohol). Recibe tratamiento con antidepresivos.

6. La sexta historia es la de Sofía. Tiene antecedentes previos a este proceso que incluyen varios ingresos hospitalarios en la unidad de agudos de salud mental derivados de gestos autolíticos y de alteraciones conductuales y problemas familiares asociados al consumo de alcohol.

Realiza consumos que no reconoce en varias ocasiones y dado que se encuentra en una fase de precontemplación, no acude a recursos de ayuda ni ha acudido. En algunas ocasiones ha acudido a consulta con síntomas de haber consumido.

Durante el proceso realiza compromisos con los clínicos para no beber y demanda mucho afecto. Su red social ha sido sustituida por los servicios sociosanitarios. A lo largo del proceso ha sido precisa la coordinación con atención primaria. Su médico de atención primaria se pone en contacto para informar de los últimos acontecimientos que le han ocurrido y la desorganización que manifiesta, protagonizando varias urgencias, tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias. Esto se traduce en una recaída. Ella misma demanda interdictores.

Está separada. Tiene problemas relacionales con su madre y con sus hijos, con las cuales hay temporadas en las que no tiene contacto. La crianza de una hija recayó en gran parte en su abuela. La relación con la ex pareja es mala. Relaciona las recaídas con problemas relacionales con su familia de origen y con los sentimientos negativos. Durante el proceso inicia una relación y se estabiliza, sintiéndose apoyada. No obstante, esa relación finaliza. El vínculo con su madre no ha sido seguro.

En consulta se muestra con incontinencia emocional y desbordada. Se realizan varias consultas de escucha y apoyo. Se siente rechazada en muchos ámbitos. Para ella es importante saber si pide ayuda en salud mental si le será proporcionada. En todo momento trata de pedir perdón por lo que hace mal. No se siente querida. Es necesario abordar la relación y dinámica familiar en la consulta. Solicita que no



se dé información sobre su proceso a familiares dado que se va a distanciar de ellos. Somatizaciones que relaciona con sufrimiento por los problemas familiares. Plantea la vergüenza que siente y considera que su círculo la ha castigado. Presenta gran desesperanza y soledad. Se queja de ansiedad y de inquietud psicomotriz.

Ha realizado gestos autolíticos.

Presenta también diversos problemas somáticos (dolor, odontológicos, traumatológicos...) así como muchas dificultades económicas.

Realiza acciones de voluntariado que le satisfacen.

Presenta asimismo problemas de alimentación, por lo que es derivada al servicio de endocrinología. Se requiere el apoyo también de la trabajadora social.

Ha sido diagnosticada de: F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, F41.2 Episodios ansioso-depresivos, F50 anorexia nerviosa, F10.1 Consumo perjudicial (alcohol), F13.1 Consumo perjudicial (benzodiazepinas) y Z59) Problemas relacionados con la vivienda y circunstancias económicas. Recibe tratamiento con benzodiazepinas a dosis bajas.

7. La séptima y última historia es la de Dolores. Retoma las consultas tras atención en urgencias hospitalarias por intoxicación etílica. Tuvo una recaída hace un año. En el último proceso había sido dada de alta por su estabilidad.

Realiza el consumo de forma social por lo general, asociado a los consumos de su pareja. Bebe bebidas fermentadas, sin apetencias y sin síntomas de privación. En el pasado acudió a recursos de ayuda pero ya no lo hace. Cuando acude a consulta lleva días abstinentes y manifiesta motivación por continuar su proceso de deshabitación.

Convive con su marido y un hijo de otra pareja. Tiene otros hijos independizados. Trabaja puntualmente en distintos trabajos asociados culturalmente a la mujer. Su marido es alcohólico, aunque bebe menos por temporadas. Refiere que le da "disgustos" y desearía separarse. Se siente maltratada y no apoyada en su decisión de dejar de beber. En consulta se le orienta hacia recursos de apoyo.

No consta que haya realizado intentos autolíticos.

En consulta plantea ansiedad somatizada. Actualmente come y duerme bien.

Tiene problemas socioeconómicos

Está pendiente de intervenciones quirúrgicas.

En la historia constan los siguientes diagnósticos: F10.2 Síndrome de dependencia (alcohol), F41.2 Trastorno mixto

ansioso-depresivo y Z59 Problemas relacionados con vivienda y condiciones económicas. Recibe tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas a dosis bajas.

DISCUSIÓN

Las personas crecen en un contexto social que configura una forma de estar en el mundo. Influye en cómo nos percibimos, lo que hacemos y qué podemos esperar. El uso de las sustancias psicoactivas también se socializa (Gómez Moya, 2006). Los estereotipos asociados a ser mujer influyen en cómo la mujer afronta y se percibe a sí misma cuando abusa de alcohol. El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis del proceso actual de siete mujeres adultas que acuden a salud mental por quejas relacionadas con el consumo de alcohol.

El perfil de las mujeres estaría caracterizado por el consumo de bebidas fermentadas, sin presencia de privación. No acuden en la actualidad a ningún recurso externo de apoyo. Relacionan el consumo con emociones negativas, problemas relacionales y la necesidad de evadirse. Aquejan de complicaciones somáticas asociadas. Manifiestan sentirse solas, sin apoyos, culpables y no comprendidas. La convivencia es mayoritariamente con familia propia o en soledad. La relación que establecen, tanto con sus parejas como con los hijos, no supone un vínculo seguro. La relación con la pareja o exparejas se caracteriza en general por el maltrato y con los descendientes por el distanciamiento y los conflictos. Algunas han tenido o tienen parejas consumidoras de alcohol. Presentan con frecuencia alteraciones del sueño, ansiedad, síntomas depresivos y problemas relacionados con la alimentación. A nivel laboral se encuentran realizando trabajos poco remunerados, perciben prestaciones o bien se encuentran en situación de incapacidad laboral. En los casos en los que figura este dato, el vínculo con la madre ha sido inseguro e incluso después del fallecimiento, la relación sigue siendo un tema que se aborda en consulta.

De forma similar al perfil mostrado por Gómez Moya (2006), la culpa y la vergüenza son emociones que relatan las usuarias, lo que hace que beban en soledad en la mayoría de los casos. Si bien es cierto, alguna usuaria consume de forma social asociado al consumo de alcohol de la pareja.

En sus relatos también aparece la dependencia de otras personas y las emociones negativas asociadas a no sentirse queridas. Con respecto a las parejas, en nuestra muestra la excepción es el apoyo. La mayoría expone que sus parejas



no son figuras de apego. Se sienten maltratadas y poco apoyadas en su deseo de dejar de beber. Esto ocurre sobre todo cuando la pareja tiene también problemas en este sentido.

De forma similar a lo encontrado en otras investigaciones (NIH, 2005), la asociación del consumo de alcohol con problemas depresivos es frecuente. Puede que las quejas cognitivas se relacionen con este hecho.

Los gestos autolíticos están presentes en casi la mitad de las mujeres de la muestra. La desmotivación, falta de energía y la desesperanza son términos a los que aluden en las entrevistas.

Con respecto al perfil mostrado por Arostegi y Urgano (2004), coincidimos en varios aspectos: Los ingresos socioeconómicos bajos, el uso medicación psicofarmacológica, el hecho de que refieren recibir un apoyo superior por parte de los terapeutas que de la familia, los problemas de alimentación y los sentimientos y emociones asociadas al consumo.

La comorbilidad con patologías somáticas está presente en la mayoría de las mujeres, a veces por complicaciones derivadas del consumo (por ejemplo, fractura de hombro como resultado de una caída o infecciones odontológicas por mala higiene bucal), o bien, problemas clínicos no necesariamente relacionados (como el síndrome fibromiálgico o hipotiroidismo, entre otros), que pueden añadir fragilidad clínica a la persona, menor calidad de vida e incluso menor esperanza de vida.

Las mujeres no acuden actualmente a recursos de apoyo para dejar el consumo. Cuando lo han hecho, refieren haberse sentido juzgadas o tener la sensación de no encajar.

En consonancia con el NIH (2005), consideramos que entender mejor las causas y consecuencias del abuso de alcohol en la mujer puede favorecer la prevención y el tratamiento de este problema. Desde salud mental, conocer el

ambiente familiar y el estilo de vida de las mujeres es un paso primordial. Conocer qué tipo de trabajo tienen, si combinan familia y trabajo, si han tenido acontecimientos vitales importantes, las tareas vitales (matrimonio, divorcio, nacimiento y partida de los hijos), los problemas relacionales y sexuales,.. Todo ello puede facilitar la prevención en aquellas mujeres que están en riesgo de desarrollar problemas con el alcohol. En este sentido, las opciones creadas desde la perspectiva de las mujeres hace que se tengan en cuenta sus necesidades (Góngora y Leyva, 2005). En algunas publicaciones se plantea que es importante para las usuarias que quien les acoja sea una mujer y que se realicen grupos de mujeres donde puedan abordar de forma más cómoda aspectos como malos tratos o abusos sexuales. Es decir, las mujeres tienen necesidades de género y carencias que configuran una demanda diferente. (Gómez Moya, 2006).

Este estudio presenta limitaciones. Se trata de un análisis de las entrevistas de siete mujeres, pero no se dispone de datos de su red de apoyo cercano como familiares o amistades. Además, se trata de una revisión que recoge las características de mujeres de mediana edad, pero no de mujeres jóvenes, por lo que las conclusiones podrían no serían generalizables fuera de este rango de edad.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- 1) Financiación: Este proyecto no ha recibido financiación.
- 2) Contribución: La autora Patricia Guerra Mora revisó las historias clínicas. Las tres autoras participaron en los análisis de resultados y en la elaboración del manuscrito.
- 3) Conflictos de intereses: Todos los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández, F. (1998). Los secretos del alcoholismo. Madrid: Ediciones Libertarias.
2. Arostegi, E. y Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados. Bilbao: Universidad de Deusto. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf
3. Bach i Bach, L. (1997). Alcoholismo, mujer y familia. Revista Española Drogodependencias, 22, 257-61.
4. Bogani, E. (1987). Evolución del alcoholismo femenino en los últimos veinte años. Revista Española de Drogodependencias, 12, 131-2.
5. Institutos Nacionales de Salud-NIH (2005). Alcohol: Un tema de salud de la mujer. Estados Unidos: Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1-28. Disponible en https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womenspanish/Women_Spanish.pdf
6. Instituto de la Mujer (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Madrid: Instituto de la Mujer. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). Disponible en <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/elConsumodeAlcohol.pdf>
7. Góngora, J. y Leyva, M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. El Cotidiano, 132, 84-91. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32513209.pdf>
8. Gómez Moya, J. (2006). El alcoholismo femenino: una verdad oculta. Trastornos Adictivos, 8(4), 251-60. disponible en <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a3.pdf>
9. Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. Clinical Psychology Review, 24, 981-1010.
10. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías- OEDT (2016). Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
11. Senra, M., Pérez-González, J.C. y Manzano, N. (2007). Competencias socioemocionales y alcoholismo en las mujeres: revisión y estado actual de la cuestión. REOP. 18(1), 73-82. Disponible en <http://www2.uned.es/reop/pdfs/2007/18-1%20-%20Maria%20Senra.pdf>
12. Martínez Hurtado, A.M (2002). Alcoholismo femenino: problemática social. La ventana, 16, 78-95. Disponible en http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana16/16_4.pdf