

EMPODERAMIENTO Y AUTOAYUDA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL ENFERMO ALCOHÓLICO

INTERVENCIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN A.V.A.R.



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

AUTOR: Javier Medina-Bocos Hernández.

TUTOR ACADÉMICO: Asunción Bombín de la Cuesta.

CURSO: 2016/2017.

GRADO: Trabajo Social.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
4. MARCO TEÓRICO: ALCOHOLISMO Y TRABAJO SOCIAL	7
4.1 LA SALUD Y EL ALCOHOLISMO: MANIFESTACIONES Y RASGOS GENERALES. .	7
4.2 ALCOHOLISMO: SOCIEDAD Y FAMILIA.....	10
4.3 TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOLISMO.....	12
4.4 MARCO LEGISLATIVO SOBRE DROGAS:.....	15
5. INTERVENCIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN AVAR (ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS)	17
5.1 EL PROCESO TERAPÉUTICO	20
5.2 METODOLOGÍA Y PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.....	22
6. EMPODERAMIENTO Y AUTOAYUDA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL ENFERMO ALCOHÓLICO.....	28
6.1 EMPODERAMIENTO.....	28
6.2 AUTOAYUDA Y LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA	31
7. INVESTIGACIÓN.....	33
7.1 OBJETO.....	33
7.2 SELECCIÓN DEL CASO	33
7.3 MUESTRA.....	34
7.4 MÉTODO O PROCEDIMIENTO.....	34
7.5 RECOGIDA DE DATOS.....	34
7.6 RESULTADOS OBTENIDOS	34
7. CONSIDERACIONES FINALES	37
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
9. ANEXOS.....	43

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a varias personas la ayuda que me han prestado en la realización del presente Trabajo de Fin de Grado.

Entre ellas, y en primer lugar, a mi tutora Asunción, por haber confiado en mí y por su ayuda y enseñanzas. Ante las dificultades que se han presentado, siempre ha estado dispuesto a dedicarme su atención.

A Cayetana profesora de la universidad, por enseñar cual es la esencia de la profesión, y enseñarme que cada persona con la que intervenimos es única y diferente y que se debe priorizar en bienser de la persona por encima del bienestar.

A mis grandes amigos Alicia y Joselu por soportarnos mutuamente durante muchos años. A ellos que han hecho todo mucho más llevadero. A ellos que siempre han tenido palabras de apoyo. Me faltarían días en la vida para agradeceros todo lo que habéis hecho por mí.

A Yagüe, Oscar, Carlos y Pablo por su apoyo y compañía en todo el proceso, por sus consejos, recomendaciones y sugerencias.

A mis padres que me han guiado no solo en lo académico, sino también en lo vital. A ellos, que me entienden de una manera tan profunda que se han convertido en parte de mi mundo. A ellos, que me han cuidado, escuchado, apoyado y, sobre todo, hecho crecer. Cuando la gratitud es tan absoluta, sobran las palabras.

A todos los miembros de la Asociación A.V.A.R., por enseñarme tanto y ayudarme en todo lo que he necesitado, y hacerme sentir como miembro de esta pequeña familia durante los dos años de prácticas y en la elaboración del cuestionario.

Todas las personas que han sido aquí citadas han colaborado en la realización de este Trabajo de Fin de Grado. Cada página de este trabajo tiene una parte de vosotros. Gracias de corazón.

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo conocer y valorar la importancia que tiene el empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico. La investigación se llevara a cabo a través de diferentes procesos. En primer lugar, se hará una introducción de que es un enfermo alcohólico, a continuación se realizará una fundamentación metodológica conceptual y la legislación vigente y, un tercer apartado, donde se realizara un cuestionario que será respondido por diferentes enfermos alcohólicos, en el que valorarán la importancia de estos aspectos en su proceso de rehabilitación.

ABSTRACT

The purpose of this work is to know and value the importance of empowerment and self-help in the process of rehabilitation of the alcoholic patient. The investigation will be carried out through different processes. Firstly an introduction will be made that it is an alcoholic patient, then a conceptual methodological basis and the current legislation will be made and a third section where a questionnaire will be carried out, which will be answered By different alcoholic patients where they valued the importance of these aspects in their rehabilitation process.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo, enfermedad, empoderamiento, autoayuda, rehabilitación.

KEY WORDS

Alcoholism, disease, empowerment, self-help, rehabilitation.

1. INTRODUCCIÓN

Consideramos pertinente comenzar el presente Trabajo de Fin de Grado haciendo referencia al fenómeno social a través del cual se manifiesta que los procesos vitales están fuertemente influenciados por la cultura del alcohol, el cual es consumido en cualquier tipo de festejo o celebración. En nuestra opinión, dicha influencia ha llegado a niveles muy elevados. Un ejemplo de esto es que los adolescentes esperan ansiosos la llegada del fin de semana para consumir. En este sentido, es conveniente exponer que muchos jóvenes subestiman las consecuencias del alcohol, sin tener conocimiento de sus efectos a largo plazo. Todo esto, conduce a la posibilidad de que la persona, en un futuro, desarrolle una adicción al consumo, siendo víctimas del alcoholismo. En consonancia con lo explicado y, tal y como afirma Rodríguez, J. (2016), "se pasa del placer de tomarse una copa a la necesidad vital de tenerla que ingerir".

A día de hoy, esta enfermedad es conocida, pero no aceptada por la sociedad (o no lo suficiente, dada su magnitud). Esto es, la ciudadanía desconoce los efectos que tiene a largo plazo, en la dimensión tanto social como personal. Consideramos pertinente preguntarnos a qué es debido el elevado consumo de esta droga en la población. En la sociedad actual, está íntimamente ligado a las campañas publicitarias de las grandes industrias, debido a que estas, con un fin comercial, tratan de vender el consumo de alcohol como algo que nos ayuda a satisfacer necesidades básicas que son inherentes al ser humano. Es decir, la publicidad crea estereotipos de lo que "deberíamos ser" para "ser más felices", lo cual tiene como resultado un conjunto de creencias y percepciones erróneas en la población general. Esto es, se concibe que gracias al alcohol, la persona mejorará en aspectos que son vitales, tales como la reproducción, el desarrollo en la socialización y las relaciones interpersonales. Sin embargo, el consumo de alcohol opera en sentido contrario, es decir, a largo plazo tiende a destruir las redes sociales establecidas.

A diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en exceso y afecta de forma significativa a su conciencia. Asimismo, el peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas, aunque el conocimiento de este tóxico puede contribuir a evitar que se caiga en sus redes.

La adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, donde “diversos factores pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación a los adultos. (García, E (2014).”

La intervención realizada por los profesionales del Trabajo Social, desde las asociaciones de enfermos alcohólicos, y más concretamente de la asociación AVAR (Asociación Vallisoletana de Enfermos Rehabilitados), tiene su marco de estudio dentro de este Trabajo de Fin de Grado.

2. JUSTIFICACIÓN

La razón de haber centrado este trabajo en alcoholismo y la importancia del empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico, que, tras haber realizado las prácticas en una asociación que, atiende a enfermos alcohólicos, he detectado que es un tema apenas esbozado en la carrera. Por ello, mi Trabajo Fin de Grado lo he dedicado a entender mejor el tema de la rehabilitación del enfermo alcohólico y el papel que tiene la asociación AVAR en la misma. A continuación exponemos la estructura del presente Trabajo de Fin de Grado.

En un primer apartado, planteamos la relación inequívoca que existe entre alcoholismo y la disciplina del Trabajo Social, a través de diferentes enfoques. Para introducir el tema consideramos importante hablar de las manifestaciones y rasgos generales de la salud y la enfermedad, estableciendo determinados acuerdos conceptuales que nos permitirán avanzar en el presente trabajo de una manera más inequívoca y precisa. Continuaremos explicando cómo esta enfermedad afecta a dos dimensiones básicas: sociedad y familia. Y, para concluir, analizaremos las implicaciones que tiene la relación entre el Trabajo Social y el alcoholismo.

A continuación y después de hablar del marco teórico exponemos el marco legislativo básico de atención a drogodependientes.

En una segunda parte, exponemos el proceso de intervención que se desarrolla en la Asociación AVAR (Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados), con las personas enfermas.

Y en la tercera parte, presentamos una investigación para corroborar la hipótesis que plantea la importancia del empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico.

En cuarto lugar, la finalización de este trabajo consistió en unas conclusiones generales extraídas de todo el proceso de análisis planteado.

Por último, conviene especificar que la realización del presente Trabajo de Fin de Grado ha sido llevada a cabo apoyándonos en material bibliográfico de distinta naturaleza, utilizando para ello fuentes de información primarias, tales como entrevistas y cuestionarios; así como secundarias, predominando la consulta de libros y material web.

3. OBJETIVOS

1. Conocer los rasgos generales y las manifestaciones del alcoholismo en su interacción con la sociedad en y la familia.
2. Explicar la interacción del trabajo social en el alcoholismo.
3. Analizar la Asociación AVAR que trabaja con enfermos alcohólicos y sus familiares.
4. Conocer la importancia de la profesión en la intervención con el colectivo.
5. Resaltar intervención del trabajador social con los familiares y enfermos alcohólicos
6. Conocer la importancia que tiene el empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico.

4. MARCO TEÓRICO: ALCOHOLISMO Y TRABAJO SOCIAL

4.1 LA SALUD Y EL ALCOHOLISMO: MANIFESTACIONES Y RASGOS GENERALES.

Podemos afirmar que el alcohol es la droga más consumida en todo el mundo actualmente. La ingestión en sus inicios estaba vinculada a actividades religiosas, lo cual dio paso a su consumo colectivo. A partir de ahí, se han distinguido dos grandes clases de consumidores. Por un lado, aquellos que beben dentro de las normas sociales de

responsabilidad y autonomía y los que, por otro lado, se alejan del patrón normativo de consumo y sufren adicción al mismo.

Las definición de *alcohol* empleada en la actualidad es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, como "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)", descrito como un “trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.”

En otro orden de cosas, el cuidado de la salud y todos los factores que lo envuelven son una de las preocupaciones fundamentales, no sólo de las personas, sino también de los países con sus respectivos gobiernos y organizaciones no gubernamentales. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1946, definió la salud como el “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.”

La O.M.S. manifiesta que el alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central, y define el alcoholismo como la “ingestión diaria de alcohol superior a 20 gramos en la mujer y 30 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).” Con el fin de unificar criterios a la hora de calcular el consumo de alcohol, la O.M.S. estipuló su medida a través de la Unidad Básica Estándar (en adelante: U.B.E.). Así, “el consumo de alcohol de riesgo en hombres está en no superar a la semana 28 U.B.E. y en mujeres no superar a la semana 17 U.B.E. El consumo continuado y excesivo de alcohol durante los últimos 6-12 meses de forma diaria, frecuente o compulsiva va a producir problemas vinculados a diferentes áreas” (Brik, E., 2011). Son las siguientes:

- Área relacional: “con la familia, con la pareja o el entorno.”
- Área orgánica: “fatiga, sobrepeso, anemia, hipertensión, trastornos del sueño, trastornos gástricos intestinales y alteración de la funcionalidad sexual, impotencia sexual, disminución de la libido y trastornos ginecológicos.”
- Área psicológica individual: “problemas de atención, concentración, memoria inmediata (despistes) y síntomas de ansiedad y depresión, accidentes domésticos.”

- Área laboral: “disminución de rendimiento, bajas laborales frecuentes, dificultad de ascensos laborales, conflictividad frecuente con compañeros, despidos u abandonos de los trabajos, accidentes laborales.”
- Área legal: “alcoholemia en casos de violencia, accidentes de conducción, agresividad y otros delitos.”

Conviene especificar que el consumo de alcohol es una de las principales prioridades del ámbito de salud pública y que en el panorama mundial constituye la tercera causa de enfermedad y muerte prematura.

Por lo tanto, la adicción al alcohol es una enfermedad que causa dependencia, y se puede llegar a ella de diversas formas. Muchos autores han apuntado que hay diferentes factores de riesgo que inciden en el padecimiento de la misma. Entre ellos encontramos la influencia de las relaciones interpersonales y las redes sociales establecidas. Así, un ejemplo de ello sería la soltería, los trastornos nerviosos y, sobre todo, los conflictos matrimoniales y las relaciones sociales. También, se han señalado entre las principales motivaciones del alcoholismo la influencia de amistades y familiares, ambiente festivo y problemas de pareja o del entorno, sobre todo en la actividad laboral. Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas con el estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos e inmadurez emocional.

Por otro lado, nos disponemos a exponer los graves problemas que conlleva el abuso de alcohol. Éstos pueden darse en el hogar, en el trabajo o en la escuela. Asimismo, puede poner al individuo en situaciones de riesgo o llevarlo a problemas legales y/o sociales. El consumo de alcohol tiene una serie de consecuencias por sus efectos, las cuales se pueden clasificar en tres grupos:

- Físicos: cáncer, enfermedades en el hígado, cefaleas, diabetes, gastritis, problemas cardiovasculares, insomnio, pancreatitis, apoplejía (es decir, un infarto o una hemorragia cerebral), deficiencias nutricionales, degeneración cerebral, disfunción eréctil...
- Psicológicos: depresión, ansiedad, ira, celotipia (imposibilidad de gestionar los celos), epilepsia, psicosis, síndrome de Korsakoff, demencia alcohólica...
- Sociales: desestructuración familiar, problemas laborales, problemas económicos, accidentes, maltrato...

Evidentemente, y siendo conocedores ya de los riesgos que tiene sobre la salud el consumo de bebidas alcohólicas se podrán considerar los aspectos sociales, culturales e incluso gastronómicos de su uso.

En un estudio realizado por Revenga, J. (2014), *Informe OMS 2014: consumo de alcohol y salud en el mundo*, se exponen las diferentes consecuencias que tiene el alcohol sobre la salud. A continuación exponemos los resultados obtenidos:

- En 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol.
- Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres.
- Además de los fallecimientos, también en 2012, se estima que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es necesario especificar que el consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

Además, debido al incremento de estas patologías y el aumento del consumo de dicha sustancia se han producido en las últimas décadas un aumento de asociaciones de grupos de autoayuda para favorecer la rehabilitación de las personas enfermas.

4.2 ALCOHOLISMO: SOCIEDAD Y FAMILIA.

Para comenzar el presente apartado, es de vital importancia exponer que el alcoholismo es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, independiente de la clase social a la que pertenezcan, el sexo o la edad. Las personas enfermas, por lo tanto, consumen porque el alcohol domina su vida, y les lleva a perder las riendas de la misma. En otras palabras, el enfermo alcohólico consume porque tiene la necesidad de hacerlo. Como hemos expuesto anteriormente, esto puede afectar al funcionamiento familiar y social, y puede ser causa de violencia, conductas antisociales, desestructuración familiar, accidentes de tráfico e incluso de homicidios. Como menciona Díaz (2009), “existen gran cantidad de problemas sociales que se derivan del alcoholismo, como la pérdida del puesto de trabajo, problemas financieros,

conflictos conyugales y divorcios, condenas por crímenes como conducción bajo la influencia del alcohol, maltratos, marginación."

El alcoholismo no sólo afecta a las personas alcohólicas, sino que puede afectar profundamente a cualquier persona de su comunidad que este a su alrededor. Esto es, "se trata de una enfermedad que no solo tiene un riesgo elevado para la persona que la padece, sino también supone un infierno para aquellas personas que conviven con la persona afectada, siendo el cónyuge en este caso la persona más victimizada debido a la cercanía emocional." LLoret, D. (2001).

Coincidimos con Freedman A. (1992), cuando afirma que "el consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral."

En otro orden de cosas, como grupo social, cuenta con uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio. Las reacciones agresivas del enfermo alcohólico sobre la familia, son una de las consecuencias más llamativas, pero no son las únicas, también son conocidas las peleas callejeras, actos vandálicos y la agresión a menores.

"Las familias con progenitores alcohólicos o con una historia reciente de alcoholismo desarrollan una dinámica familiar capaz de repercutir negativamente en la personalidad de los hijos." (Pérez, 1992).

Muchas investigaciones sobre las actitudes sobre el alcohol por parte de hijos alcohólicos hacen referencia a la existencia de una opinión negativa de la misma. Además, la proporción en la que los hijos de padres alcohólicos beben alcohol es muy inferior a la de los hijos de padres no alcohólicos.

Por otro lado, deseamos resaltar la importancia de la familia y, sobre todo, de la pareja del alcohólico, no solo por la influencia que puede ejercer en el inicio y mantenimiento de esta enfermedad, sino también sobre cómo influye en el proceso de desintoxicación.

Asimismo, deseamos destacar la victimización del enfermo, para el que la situación se torna como incontrolable y, en muchas ocasiones, de riesgo elevado. Por todo lo expuesto, ante un problema de consumo abusivo de alcohol, se debe plantear un análisis profundo de la situación familiar, y de las interacciones que se están desarrollando entre sus miembros.

4.3 TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOLISMO.

El trabajo social es una profesión polivalente que desarrolla su actuación en diversos campos profesionales, siendo uno de los principales el campo de la drogodependencia y, dentro de éste, el alcoholismo.

Por otro lado, consideramos apropiado exponer la definición de *salud* promulgada por la OMS, que se define como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esto, junto a la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, en la que se incorporan, sobre todo a partir de las modificaciones introducidas con la reforma del año 2007, las principales recomendaciones de los organismos internacionales para reducir la disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas.

“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 íntimamente relacionada con dicha enfermedad.” (Acero, C., 1995).

En la labor desempeñada por el profesional del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones, y concretamente en el ámbito del alcoholismo, es de vital importancia, ya que surge como orientador e informador con el usuario y familiares, brindándoles apoyo, orientación en el proceso de identificación y reconocimiento de alternativas de solución sobre las circunstancias por la que está atravesando. Una vez inicien el proceso de desintoxicación de su dependencia alcohólica en la asociación, llevará a cabo un seguimiento del paciente y de la familia apoyándole en su reinserción para lograr su rehabilitación social. También otra función importante del profesional es hacer ver al enfermo de que tiene un problema.

Hasta este momento, queda reflejada no sólo la importancia del trabajador social en Alcoholismo, sino también la necesidad de coordinación con otros profesionales, pero aún debemos responder una pregunta fundamental: ¿cómo se materializa la intervención del trabajador social en el campo del alcoholismo?

Antes de dar respuesta a esta pregunta es importante conocer cómo la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), define la profesión de Trabajo Social. “La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su

entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social” (FITS, 2000).

De ello obtenemos la primera función del trabajo social: el empoderamiento de la persona, el cual puede alcanzarse en dos momentos: antes o después. En otras palabras, la actuación del trabajador social se materializa en dos papeles, preventivo si es anterior, por otro lado, rehabilitador si se produce después de la enfermedad.

Tanto en la prevención como en el tratamiento el profesional del Trabajo Social adecua su intervención en función de las características de la persona y de su entorno, tanto social como familiar, manteniendo como característica marco en la prevención la eliminación o reducción de los factores de riesgo y en el tratamiento las medidas se centran en producir un decremento de las consecuencias biopsicosociales de la enfermedad.

En definitiva, la esencia de esta profesión reside en que no solo interviene en la capacidad transformadora de las relaciones, sino que lo hace en los niveles micro (persona y familia) y macro (sociedad y entorno), ofreciendo una intervención social plena.

Coincidimos con Solum (2001), cuando afirma que la intervención del trabajador social con enfermos alcohólicos va a ir orientada a tres acciones:

- Acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o génesis de los problemas específicos para evitar la aparición de los mismos o el surgimiento de los factores desencadenantes de dichos problemas.
- Acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes, por un motivo u otro sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de la sociedad.
- Acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema y para evitar que este se reproduzca.

La última acción es la más importante, puesto que en los inicios las personas consumidoras no tienen ninguna intención abandonar el consumo de dicha sustancia. Esto es, es más fuerte la necesidad interior de consumirla que las ganas de querer dejarlo.

El objetivo del trabajador social para el enfermo alcohólico, es la de corregir y modificar sus problemas de personalidad, remplazar la sensación de ansiedad, proporcionándole medios para que adquiriera firmeza confianza y seguridad en sí mismo, así como sentido de responsabilidad personal, familiar y con su entorno social en el que se desenvuelve.

Consideramos que los programas deben ser flexibles y acordes a las necesidades de cada usuario, pues si se trata de sujetos que solo hacen uso de drogas en forma incidental por un motivo especial, seguramente no han desarrollado dependencia psicológica y mucho menos física. Por lo tanto, es raro que necesiten internación para su tratamiento, pero seguramente necesitaran orientación psicológica, y quizá también evaluación psiquiátrica y social, necesidades que deben cubrirse a través de consultorios externos. No obstante, hay caso en los que sólo es necesario proporcionar un servicio de orientación.

El profesional, en su trato con las personas con adicción al alcohol, debe respetar siempre a los mismos, como personas que son. Debe darles la oportunidad de ser tratados como “seres humanos afectados por un serio problema” a los cuales hay que ayudar.

Esas personas enfermas y dependientes necesitan del apoyo de un profesional, y a su vez, es muy importante la terapia grupal de auto ayuda con personas que han padecido la misma enfermedad, a través de la cual les puede servir para ayudar a superar la enfermedad.

4.4 MARCO LEGISLATIVO SOBRE DROGAS:

- Constitución Española: Título I: Art. 43 16, 43.217 y 43.318 En el Capítulo III, de este mismo Título I se recogen los principios rectores de la política social, al señalar las prestaciones a que están obligados los Poderes Públicos en materia de Servicios Sociales y Asistencia Social.
- Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril), constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre la protección de la salud.
- El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero y modificado por Ley Orgánica 4/1999, de 9 de enero, dispone en su artículo 32.1.19: que la Comunidad de Castilla y León tiene competencia exclusiva en materia de asistencia Social, Servicios Sociales y desarrollo comunitario.
- La Ley 3/1994, de 24 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, establece que el Plan Regional sobre drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la comunidad autónoma, disponiendo, asimismo, que dicho Plan será aprobado por la Junta de Castilla y León a propuesta de la Consejería competente.
- VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. (2009-2013). Decreto 60/2005, de 21 de julio. Desde 1988, la Comunidad de Castilla y León ha contado con sucesivos Planes, como elemento directriz fundamental de la política sobre drogas.
- El IV Plan Municipal de Drogas (2014-2018) supone una continuidad del compromiso asumido por el Ayuntamiento de Valladolid en la búsqueda de soluciones a los problemas planteados por el fenómeno de las drogas, continuidad que no continuismo, sino adaptación a la realidad cambiante del consumo de drogas en nuestro entorno.
- Ordenanza sobre Prevención del alcoholismo y otras medidas de control sobre establecimientos hosteleros. Aprobado por el Aytmo. De Valladolid. Pleno 18-XI-1997; BOP 16-XII-1997. Art. 4: Coordinación con otras entidades e iniciativa social. Desde la esfera municipal, el Ayuntamiento promoverá todo tipo de acción coordinada con otras entidades y de participación de la iniciativa social, que tienda al cumplimiento de los objetivos propuestos en esta Ordenanza. Tiene como objeto, dentro del marco de

competencias del Aytmo: Establecer y regular las medidas y acciones que permitan a la administración Municipal una intervención efectiva en el campo de la prevención del alcoholismo, así como un adecuado control de los establecimientos hosteleros en determinados aspectos de su actividad en el municipio de Valladolid.

- Decreto 233/1994, de 27 de octubre por el que se regula la señalización de las limitaciones a la venta y el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en Castilla y León. (BOCYL nº 211, miércoles, 2 de noviembre de 1994)
- Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008). Aprobada por RD 1911/1999, el 17 de diciembre, el más importante de todos donde se marcan las metas y objetivos de todas las Administraciones.
- Plan de Acción sobre Drogas (2009-2010). Para optimizar la coordinación y cooperación de la Administración del Estado para el Plan Nacional sobre Drogas con el resto de las Administraciones Autonómicas y Locales.
- Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016). Un nuevo documento, consensuado y aprobado por la Conferencia Sectorial sobre Drogas, que representa el gran acuerdo institucional, social y científico para garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el problema de las drogas en los próximos ocho años.

5. INTERVENCIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN AVAR (ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS)

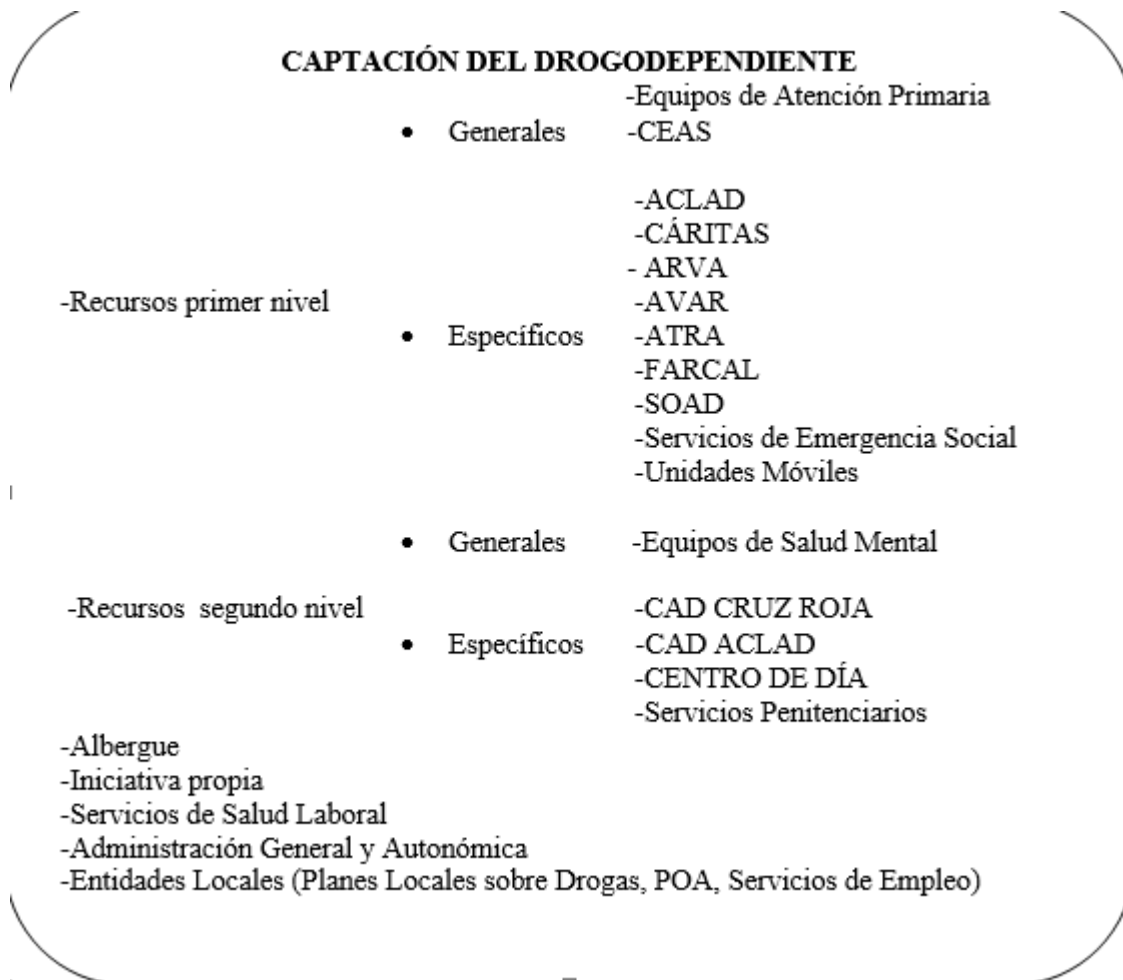
A.V.A.R. nace en 1996, cuando un grupo de enfermos alcohólicos rehabilitados deciden unirse para hacer frente a su problema, para ayudarse entre sí y poder a su vez ayudar a otros que padezcan la enfermedad. Asimismo, presta apoyo a las familias. Actualmente están asociadas 249 personas. Conviene especificar que está adherida a FARCAL (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla y León, y a través de ésta a FARE (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España). Está reconocida ante los organismos oficiales, registrada en las Asociaciones sin ánimo de lucro de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y en las asociaciones de carácter social de Castilla y León. Por otro lado, está dotada de medios técnicos exigidos para actuar y prestar un servicio social, caracterizándose por su acción terapéutica ante el alcohol. Por lo tanto, colabora con los organismos oficiales, participando en sus programas en torno al problema del alcoholismo, financiada por subvenciones concedidas por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Dentro de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados se promueve la integración del sistema familiar en la dinámica de auto-ayuda, fomentan la incorporación y participación activa de los afectados en la vida asociativa, están formadas por los propios afectados cada grupo o asociación tiene sus propios estatutos y elige democráticamente su junta directiva, siendo cada asociación una organización autónoma.

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada Ley, se estipula que el SAISDE se estructura, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan Regional sobre Drogas la tarea de desarrollar detalladamente el Sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

CIRCUITO DE INTEGRACION SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES

VALLADOLID



Dentro del primer nivel, y más concretamente, dentro de los centros específicos del primer nivel es donde se encuentran las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y, en este caso, la asociación A.V.A.R. (Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados). Se accede a ellas directamente o por derivación del resto de recursos pertenecientes del primer nivel.

A.V.A.R. es un centro especializado en la atención ambulatoria de enfermos alcohólicos, coordinado con el resto del Circuito Terapéutico a través del Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente. Es una asociación privada sin ánimo de lucro formada por un grupo de enfermos. Su Junta Directiva consta de un presidente, un

secretario, un tesorero, tres vocales y una profesional, en este caso una trabajadora social, que se sitúa al mismo nivel que la junta directiva.

A continuación exponemos los objetivos que persigue la asociación A.V.A.R. Son los siguientes:

1. Ayudar a sus miembros a conocer y aceptar el alcoholismo como una enfermedad y a admitir su situación para poder lograr su autoreconocimiento.
2. A partir de una posición seria frente al alcohol, mostrar al enfermo nuestra actitud de ayuda para poder conseguir su estabilidad psicosocial.
3. Provocar en estas personas sentimientos de solidaridad y responsabilidad hacia aquellos que se encuentran en situaciones similares.
4. Potenciar a lo largo de su progresiva rehabilitación, las cualidades y valores personales de los enfermos, y animarle a su puesta en práctica en pro de su reinserción social.
5. Organizar actividades recreativas y culturales que contribuyan a facilitar y favorecer su rehabilitación.
6. Promover actividades orientadas a la prevención del alcoholismo juvenil, estando dispuestos a colaborar con todo grupo interesado por el problema.
7. Concertar actividades públicas que permitan sensibilizar y educar a la sociedad acerca del alcoholismo.

5.1 EL PROCESO TERAPÉUTICO

El proceso terapéutico que se lleva a cabo en A.V.A.R. consta de cuatro fases:

1. Desintoxicación:

Cuando una persona ha decidido iniciar un tratamiento, el primer paso es la eliminación de cualquier resto de alcohol que pueda quedar dentro de su organismo. El objetivo de la desintoxicación es la eliminación de la necesidad física que tiene la persona de consumir, esto en muchas ocasiones se consigue a través de fármacos, tales como el *antabus* o el *colme*.

Los tratamientos de desintoxicación se realizan con cada paciente de forma individualizada y personalizada, teniendo en cuenta las necesidades y características de cada paciente. El tratamiento de desintoxicación por lo general es ambulatorio salvo casos excepcionales que requieren ingreso hospitalario.

Esta primera fase es en la que más cuidados se deben tener pero a su vez también es la más rápida. La intensidad y la duración del tratamiento en este primer escalón dependerán de la gravedad de los síntomas.

2. Deshabitación:

Una vez conseguida la abstinencia, se persigue que la persona no vuelva a consumir, se debe cuidar cualquier malestar que sufra y también se deben cambiar los hábitos y rutinas que antes cuando consumía, tenía, de ahí viene el concepto “deshabitación”.

La persona debe aprender a vivir sin tomar bebidas alcohólicas y debe además sentir el cambio como algo satisfactorio para su vida futura. Este largo proceso de transformación se produce a lo largo de todo el programa terapéutico.

Los tratamientos de desintoxicación y deshabitación del alcohol, tienen como base el abordaje global e integral, interviniendo diferentes profesionales de forma interdisciplinaria, con ello hablamos de un modelo de atención BIO-PSICO-SOCIAL, donde “el todo es más que la suma de las partes”.

3. Rehabilitación:

La rehabilitación consiste en el mantenimiento de la abstinencia, con especial atención a la prevención de recaídas. Una vez finalizado el proceso de tratamiento y ha alcanzado la abstinencia, se deben considerar varios aspectos, entre uno y tres meses, el enfermo se constata que el intento de superación de la adicción es un proceso largo y complejo, en el que pronto surgirán las primeras crisis.

Muchos enfermos no serán capaces de superar estas crisis y tendrán nuevos consumos, que en un importante número de casos volverán a beber.

Los diferentes objetivos que guían el proceso terapéutico se basan en terapias individuales y de grupo, y también con diferentes talleres, proporcionando a los pacientes una importante contención terapéutica.

En las terapias de grupo, nos encontramos con modelos conductuales en los que se modifica la conducta que tiene que ver con el hábito de beber, pero también terapias de tipo sistémico, que intentan promover la resolución de problemas personales.

Hay varios modelos, pero todos tienen puntos en común. Son los siguientes:

- Ofrecer al enfermo alcohólico la oportunidad de compartir e identificar a otras personas con problemas similares.
- El enfermo alcohólico puede comprender sus propias actitudes frente a la enfermedad, porque lo ve reflejado en los demás. Esto ocurre de manera muy efectiva por la actitud exenta de juicio que percibe en el grupo
- Les permite aprender a comunicar sus necesidades y sentimientos de manera más efectiva.

Durante todo el proceso de rehabilitación hay que tener en cuenta y trabajar todas las dificultades y obstáculos que aparecen, tratando siempre de que la propia persona los resuelva. Se tiene en cuenta la individualidad de cada enfermo, que aunque se trata de una misma adicción, va a tener una evolución diferenciada y habrá que insistir en unos u otros aspectos.

En el modelo de prevención de recaídas se distinguen tres niveles de intervención:

- El nivel de intervención de apoyo o inespecífico: consiste en prestar atención a los problemas y al discurso expresado por el individuo mediante un programa educativo sobre las recaídas.
- Manipulación ambiental: ejemplos de este tipo lo constituyen encerrarse en casa, no salir solo, no utilizar dinero, etc.).
- Intervención genérica: se realiza mediante una terapia de apoyo, ayuda en la búsqueda de soluciones adaptativas, manipulación ambiental y guía psicológica anticipatoria, una vez que se conoce el curso general que siguen la mayoría de las crisis.

Estos tres niveles de intervención con un enfermo que ha recaído, se operativizan mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

4. Reinserción social:

El alcoholismo genera graves problemas personales, que suelen dar lugar a la quiebra personal, y que afectan negativamente tanto al enfermo como a su familia, entorno social, laboral, etc. Por lo tanto, se hace imprescindible el abordaje de este problema de acuerdo al modelo bio-psico-social, (abordaje de todos los ámbitos de la esfera personal: familiar, laboral, social, etc.), desde un enfoque multidisciplinar, (psiquiátrico, médico, psicológico, social, educativo, e incluso cuando las circunstancias lo requieren, legal, con el asesoramiento de un profesional del derecho). Así, el abuso en el consumo de alcohol, ponen de manifiesto la falta de capacidad para enfrentarse a algunas situaciones conflictivas de la vida.

Por todo esto, utilizamos todo tipo de recursos internos y externos para lograr una recuperación integral del enfermo alcohólico para su total reinserción en el ámbito social, laboral y familiar.

5.2 METODOLOGÍA Y PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.

Lo que se pretende lograr desde esta asociación es que los propios usuarios sean competentes para que puedan resolver por sí mismos sus propios problemas de adicción nutriéndoles de los recursos y apoyos necesarios para ello. Este objetivo de potenciar la autonomía es fundamental para definir su intervención. El logro de esta autonomía se basa en la adquisición de conocimientos, actitudes y conductas que permiten al enfermo alcohólico rehabilitado "vivir con el alcohol pero sin alcohol". Esto se consigue a través de las terapias de autoayuda, donde otras personas que han pasado por el mismo problema pueden ayudarle a superar la enfermedad.

Dicho grupo, tiene propiedades terapéuticas que producen un estímulo en el proceso de aprendizaje. El grupo solo será eficaz si todos sus componentes expresan libremente sus miedos, dudas y limitaciones.

Esta metodología de trabajo, ayuda al individuo a asumir mejor el alcoholismo como enfermedad, a aceptar las propias limitaciones y a auto responsabilizarse de su proceso de rehabilitación. A su vez, dentro del grupo se satisfacen las siguientes necesidades:

- Ser tratado como individuo.
- Expresar sentimientos.
- Conseguir una respuesta empática.
- Aceptación de la persona con dignidad.
- Actitud exenta del juicio.

Se trabaja a través de un modelo sistémico, que sostiene que un sistema es un conjunto de elementos que están organizados en función de una finalidad. Por este motivo, se trabajan todas las dimensiones que quedan afectadas durante el periodo de consumo.

En el colectivo de las personas enfermas alcohólicas, su problemática debe verse dentro de un contexto integral, ya que sus problemas están inmersos en una sociedad en la cual se sienten discriminados, porque existe un cierto rechazo hacia ellos. Las modificaciones que se vayan produciendo en la sociedad tanto positiva como negativamente va a influir en este sector de la población.

Asimismo, el enfermo alcohólico forma parte de un sistema familiar, en el que la asociación también intenta intervenir, de modo que en las relaciones sociales familiares, etc., se vayan creando nuevas con las que adaptarse a los cambios que la rehabilitación exige en todo el sistema.

Las fases de intervención que se llevan a cabo dentro de la asociación son las siguientes:

➤ Acogida.

La acogida es el primer contacto con el enfermo o con el familiar si el afectado no está dispuesto a iniciar un proceso de rehabilitación se caracteriza por una recogida de información por parte de la Trabajadora Social, concerniente a datos personales, y aspectos referidos a la problemática orgánica, psicológica, familiar y social generada por el consumo abusivo de alcohol. Todos estos aspectos se recogen en la ficha social que formaran parte del expediente del enfermo.

➤ La entrevista motivacional

La entrevista motivacional busca apoyar la motivación intrínseca para el cambio, la que se supone que llevara el enfermo alcohólico a iniciar, persistir y cumplir con los esfuerzos para el cambio de comportamiento.

La entrevista motivacional, se apoya en los propios procesos del cambio y en los recursos del cliente. Los elementos básicos de la entrevista motivacional son un estilo de conversación que busca desarrollar un vínculo terapéutico positivo con el enfermo (a través de interacciones del terapeuta que pueden ser definidas como comunicación empática o escucha activa y la introducción de comentarios o preguntas que variarán de acuerdo a la disposición motivacional del usuario.

Es muy común que las personas que acuden demandando ayuda a una asociación, no esté suficientemente motivadas para iniciar un proceso de cambio. Por eso la labor de la motivación empieza desde el primer contacto con la asociación y continúa durante unas cuantas sesiones de terapia grupal. En este apartado es muy importante hablar de la entrevista motivacional que es un estilo de asistencia directa, que está centrada en el enfermo, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a explorar y resolver ambivalencias Miller y Rollnick (1991).

Miller y Rollnick (1991) han descrito dos fases de la entrevista motivacional:

- Construcción de motivación para el cambio: desarrollo de la motivación del cliente para hacer un cambio en su consumo de sustancias. Este es un proceso gradual cuya velocidad dependerá de la disposición motivacional del individuo. Esta fase de la Entrevista Motivacional sería la recomendada para los usuarios que se encuentran en la fase de Precontemplación o Contemplación de la motivación para el cambio de comportamientos.
- Fortalecimiento del compromiso para el cambio: la segunda fase tiene relación con la construcción de cambio cuando el cliente está preparado para hacer cambios respecto a su consumo de sustancias. Esta fase es la indicada para los usuarios que se encuentran en la fase de Preparación para el cambio de comportamientos.

En la primera etapa, es de vital importancia crear una buena relación entre el profesional y el paciente para establecer una buena base de motivación para el cambio y establecer de mutuo acuerdo estrategias que se ajusten más al modo de hacer y al estilo de vida del paciente. Así como el enfermo aprenderá a vivir con el alcohol y va a continuar fortaleciendo su compromiso valorando los cambios tanto internos como de su entorno.

Existen una serie de estrategias para iniciar una entrevista motivacional con el enfermo alcohólico:

- Hacer **preguntas abiertas** sobre qué es lo que les preocupa estas nos van a ofrecer un abanico de respuestas y ayudan y animan al paciente a que se explique correctamente.
- Ejercitar **la escucha reflexiva**. Intentar entender qué significa para el paciente aquello que nos dice. El elemento esencias del pensamiento reflexivo es la forma en la que la trabajadora social responde al enfermo.

Existen cuatro técnicas que nos ayudaran en esta estrategia:

- Repetición, es la más simple. Se repite un elemento de lo que ha dicho el paciente.

- Refrasear, el profesional repite algún elemento que ha dicho el paciente utilizando sinónimos o alterándolo ligeramente solo para clarificar.
 - Parfrasear, Aquí el profesional infiere lo que ha dicho el paciente y lo refleja con nuevas palabras, ampliando la perspectiva de lo que se ha dicho.
 - Reflejar sentimientos, es la forma más profunda de reflexión. Se incorporan elementos emocionales para que el paciente se dé cuenta. (señalamiento emocional).
- Destacar y **apoyar** los **aspectos positivos**, esta estrategia nos ayuda a aumentar la percepción de la eficacia, disminuir las resistencias y crear un clima de confianza.
- Hacer **sumarios** de lo más crucial que se ha dicho nos va a ayudar a:
- Facilitar la conducción de la entrevista evitando la dispersión
 - Reforzar lo que ha dicho el paciente
 - Demostrar que le hemos escuchado
 - Ayudan al paciente a iniciar cambios
 - Volver a escuchar en boca de otro aquello que ha dicho y que le motiva.
- Favorecer y provocar afirmaciones de **automotivación**.

Cuando los objetivos del terapeuta están alejados de los objetivos del paciente aparecen las resistencias. La resistencia debe ser interpretada como una señal de que no estamos entendiendo la perspectiva del paciente, y por tanto la Trabajadora Social debe cambiar de estrategia hasta partir del punto donde está el paciente, utilizando la fuerza de la resistencia para avanzar.

Se debe también apoyar la autoeficacia del enfermo, motivando al paciente a que se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

Cuando el paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. En esta fase se utilizan cinco estrategias básicas:

Para pasar a la segunda fase, Miller y Rollnick (1991), han descrito los siguientes cambios en el discurso del cliente:

- Resistencia disminuida. El cliente deja de argumentar, interrumpir, denegar u objetar.
- Menos preguntas acerca del problema. El cliente parece tener suficiente información acerca del problema y deja de hacer preguntas.

- Decidido. El cliente parece haber llegado a una resolución y podría estar más pacífico, calmado, relajado, despejado y asentado. Algunas veces esto pasa durante un período de angustia o de llanto.
- Afirmaciones auto-motivacionales. El cliente hace afirmaciones directas, automotivacionales, que reflejan apertura al cambio ("Tengo que hacer algo") y optimismo ("Voy a vencer esto").
- Más preguntas acerca del cambio. El cliente pregunta qué puede hacer acerca del problema, cómo cambia la gente una vez se ha decidido a hacerlo, y así sucesivamente.
- Visualización. El cliente comienza a hablar acerca de cómo sería su vida después de un cambio, o a anticipar las dificultades de hacer un cambio, o a discutir las ventajas del cambio.
- Experimentación. Si el cliente ha tenido tiempo entre sesiones, podría haber comenzado a experimentar con acercamientos posibles para un cambio.

Miller y Rollnick (2001), sugieren comenzar esta segunda fase realizando una Recapitulación de lo trabajado hasta ese momento. Esos autores indican que la recapitulación debe contener los siguientes elementos:

- Resumir las propias percepciones del cliente acerca de su problema (situación), que se reflejaron en sus comentarios de cambio.
- Resumir la ambivalencia del cliente, incluyendo el reconocimiento que el cliente aun percibe como positivo o atractivo en la mantención del estatus quo.
- Revisar cualquier evidencia objetiva que sea relevante para la importancia del cambio.
- Comentar acerca de todas las indicaciones que el cliente ha ofrecido de querer, intentar o planificar el cambio, y sus comentarios que dan cuenta de su confianza.
- Ofrecer la evaluación del terapeuta acerca de la situación del cliente, particularmente en los puntos que son convergentes con las preocupaciones del cliente.

Desarrollar la técnica La entrevista motivacional en el primer contacto, es muy importante para que desde un inicio el enfermo se sienta a gusto en la asociación y a su vez pueda iniciar su proceso de rehabilitación lo antes posible. Hay que hacer ver al enfermo que de esto se sale y que hay muchas personas que han pasado por lo mismo y lo han superado.

La entrevista motivacional termina cuando el enfermo adquiere un compromiso de cambio.

➤ Derivación.

En la problemática del alcoholismo inciden múltiples factores, por ello es necesario dar a conocer al enfermo todos los recursos que sean necesarios a fin de que la intervención sea lo más integral posible.

➤ Proceso de rehabilitación.

El carácter de autoayuda se considera uno de los elementos fundamentales de la rehabilitación, la sensación del propio enfermo alcohólico de encontrarse ante un grupo que ha experimentado y experimenta situaciones similares; de este modo, se produce un entendimiento inmediato entre el grupo y la persona que se incorpora al mismo. De esta experiencia y de los intereses comunes de todos los que forman la Asociación, nace la participación, como elemento clave en la autoayuda. Los grupos son de un número variado de personas y se reúnen todos los jueves los enfermos y todos los miércoles los familiares de los mismos. Se reúnen para discutir temas distintos a la adicción, aunque casi siempre el tema central es el alcohol, la prevención de recaídas, etc. Varía mucho también el grado de apoyo y también difieren en el objetivo de la terapia. Algunos grupos sólo tienen como objetivo ayudar a tolerar la abstinencia y será material de estudio cualquier cosa que digan. En otros casos, se busca incrementar las habilidades para resistir al alcohol.

6. EMPODERAMIENTO Y AUTOAYUDA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL ENFERMO ALCOHÓLICO.

6.1 EMPODERAMIENTO.

El Código Deontológico de Trabajo Social recoge en su artículo 12 que “los/as profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades, fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento.

Podemos definir el empoderamiento como “capacidad de los individuos, grupos y/o comunidades que les permite hacerse con el control de sus circunstancias, ejercer el poder y alcanzar sus objetivos y también el proceso por el cual, ya sea de manera individual o colectiva, son capaces de ayudarse a sí mismos y a otros para maximizar su calidad de vida” (Adams, 2008: 17).

Cuando el enfermo alcohólico acude al Trabajador Social, lo hace porque el pasa algo y piensa que nosotros le puede ayudar. El profesional puede canalizar su intervención poniéndolo en énfasis en cómo resolver los problemas que tiene el usuario o bien puede hacerle ver qué necesidades tiene y estudiar cuáles son sus puntos fuertes para llegar a satisfacer esas necesidades.

“El empoderamiento personal se logra cuando se pasa de la dependencia a la interdependencia pasando por la independencia; logrando este último estado, la persona logra empoderar su vida teniendo un control completo de sus acciones, auto control, estima alta, seguridad completa en su persona, control de emociones, está, en definitiva, con el poder de su lado para dirigir su vida.” Es decir, no podemos responsabilizarnos de la falta de decisiones de los demás por mucho que forcemos la situación. Manzano, J. (2014).

El empoderamiento tiene diferentes dimensiones:

- El empoderamiento social: es un proceso multidimensional (...) que está relacionado con el rol social y los valores de las instituciones en su contexto. Está orientado a la construcción de un sólido tejido social e institucional que promueva un enfoque de protagonismo de los actores.
- Empoderamiento político: se dirige a la transformación de las relaciones de poder excluyentes, de forma que los grupos sociales construyan en forma democrática y equitativa las decisiones relacionadas con el mejoramiento de la calidad de sus vidas.
- Empoderamiento económico: cuya pretensión es la ampliación de las oportunidades para que toda persona pueda ganarse su propio sustento y el de su familia.

El empoderamiento de las personas alcohólicas es muy importante, para que aprendan a evitar los riesgos que les van a surgir a lo largo de todo el proceso de rehabilitación y para que puedan controlar las ganas de beber. El enfermo alcohólico debe ir construyendo su nueva vida sin el alcohol de forma individual, buscando sus propias estrategias para seguir adelante para que se conviertan en agentes activos y que sepan procurarse su bienestar al mismo tiempo el de sus familias. Por ello, estar empoderado significa, ser capaces de decidir y tomar responsabilidad de nuestras decisiones de vida y de todo lo que suceda de esas opciones. Manzano, J. (2014); Porque sin responsabilidad no hay empoderamiento. Si la persona enferma solo sabe ser víctima sin tomar responsabilidades de sus actos siendo conscientes de las consecuencias que provocan los mismos, solo estará pasando de ser víctima a verdugo. Por ello el empoderamiento es el saber que se tiene el poder de cambiar las cosas, accionarlas y decidir sobre sus vidas.

Los profesionales del Trabajo Social, debemos ser capaces de empoderar a las personas, para ello es importante respetar los ritmos de cada persona ya que cada una es única y no existen dos iguales y se debe trabajar desde las potencialidades de la misma, incrementando sus fortalezas, competencias y redes de apoyo.

Por otro lado, para lograr el cambio en los/as usuarios/as, es muy importante que no repitan las pautas de conducta disfuncional y para ello precisan visualizar otras opciones y apoyos, ganar confianza en sí mismos y autoestima; y en ese punto, Smale et al.(2000) consideran que puede ser necesario que el profesional emplee destrezas para ayudar a las personas a iniciar ese proceso de cambio sin tomar las decisiones por ellas, y reseñan que las personas que recurren a los servicios sociales suelen presentar múltiples dificultades de interacción y están socialmente excluidas mediante estigmas, discriminación y déficit de recursos, lo cual reduce el control que tienen sobre sus propias vidas.

Para que sea posible conseguir el empoderamiento de los usuarios los profesiones tienen que desarrollar una actitud sin prejuicios y de comprensión y aceptación de las circunstancias y características personales, y así como manejar y facilitar la superación de sentimientos negativos por parte de los individuos dificulten su propio proceso de promoción y empoderamiento. Smale et al. (2000) entienden, también, que el trabajo social debe ocuparse de dos cuestiones importantes orientadas al empoderamiento:

5. La importancia crucial del desarrollo y de ir más allá de la simple prestación de ayuda en respuesta a la crisis; lo cual hace referencia a las actuaciones orientadas a la promoción, participación e inserción social.

6. La propuesta de que los/as usuarios/as de los servicios y los/as cuidadores/as participen plenamente en todas las actividades, desde la elaboración de la política –partiendo de sus expectativas, necesidades e intereses– hasta los resultados y el establecimiento de normas; de esta forma, se incrementa la calidad de las intervenciones y se acercan a las realidades de los/as receptores/as.

6.2 AUTOAYUDA Y LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Podemos definir la autoayuda como: capacidad de la persona de hacerse responsable de sí mismo y de su vida en todos los niveles (tanto físico como mental o emocional) y dejar de esperar que otras personas curen tu cuerpo, resuelvan tu malestar emocional o te hagan sentir bien.

Los grupos de autoayuda pueden ser definidos como un conjunto de personas que tienen un mismo problema y se organizan en reuniones las cuales unas personas que han pasado por lo mismo que tú te ayudan a afrontar tu problema.

Estos dos conceptos junto con el del apartado anterior son claves para la rehabilitación del enfermo alcohólico, ya que una persona sin apoyos y sin personas que puedan aconsejarle es muy difícil salir de la situación de dependencia.

Los grupos de autoayuda deben ir "de la mano" con la ayuda de un profesional que es quien deberá dirigir el grupo para ayudar a las personas a salir de la adicción.

Existen diferentes funciones que se cumplen en los grupos de autoayuda (Villalba, C (1996)).

- Promueven el sentimiento psicológico de comunidad.
- Proporciona una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria que no se ajustan a la norma ideal: Los grupos de apoyo posibilitan un sentido de identidad personal normalizado y reducen los sentimientos de incertidumbre, temor, rechazo y ambigüedad generados a partir de cómo sienten que les trata la sociedad.
- Proporcionan una oportunidad para la autorevelación y la crítica mutua: Los grupos de apoyo ayuda a los participantes a compartir sus sentimientos y experiencias, les anima a hablar y reconocer sentimientos de fracaso, culpa, temor... relacionado con las experiencias que tienen en común.
- Proporciona modelos de conducta: Las actitudes y conductas positivas que los participantes expresan a lo largo de las sesiones de los grupos de apoyo sirve de modelo a los demás miembros del grupo.
- Enseña estrategias efectivas para afrontar las situaciones cotidianas.

- Proporciona una red de relaciones sociales entre los miembros del propio grupo.

Según Gartner y Riessman (1984), La persona que asume el rol de proveedor de ayuda en el grupo debe demostrar su dominio sobre una condición problemática (por ejemplo, desempeñando el rol de no adicto) adquiriendo por tanto las habilidades, actitudes, conductas y disposición mental apropiadas. Al realizar este modelado en beneficio de los otros miembros del grupo, la persona puede percibirse a sí misma de una nueva forma y, de hecho, puede llegar a apropiarse de ese rol.

Por otra parte, la persona que proporciona ayuda también obtiene apoyo a partir de la tesis implícita según la cual "debo estar bien si soy capaz de ayudar a otros", además de sentirse recompensado por el hecho de ayudar a otra persona y reducir su sufrimiento.

Los grupos de autoayuda son muy importantes para la rehabilitación del enfermo alcohólico ya que supone una ayuda de cómo actuar y de afrontar ante las diferentes situaciones que van a surgir en el proceso terapéutico.

Durante los grupos de autoayuda, La persona aprende a vivir sin alcohol, recupera el rol familiar y las funciones propias en la misma, al mismo tiempo que va adquiriendo confianza personal, movilizandando los recursos personales que contribuyen de forma normalizada a las situaciones cotidianas. Por todo ello se va produciendo una integración en todos los ámbitos: familiar, social y laboral.

Contribuye en segundo lugar, al crecimiento y desarrollo del propio grupo que realiza un trabajo de apoyo al nuevo compañero y sus familiares. A la vez que se da a conocer como grupo integrador y participante en la sociedad.

Los grupos de autoayuda, pueden facilitar a su vez la disminución de malestares psicológicos del enfermo ya que este puede compartir con otras personas que han pasado por lo mismo que el las dificultades propias. Esta es una de las características más importante del grupo de autoayuda ya que ayuda al individuo a tomar conciencia de que hay otras personas que han pasado por lo mismo que él y han podido salir de ello.

7. INVESTIGACIÓN.

La investigación social es un proceso sistémico, organizado y objetivo, en el que se aplican técnicas y métodos científicos para el estudio de situaciones o problemas de la realidad social. Su propósito es generar nuevos conocimientos en las ciencias sociales a partir de conocimientos generados de unas preguntas acerca de la realidad (Cheesman, s.f.). La investigación es una actividad dirigida a obtener mediante observación la experimentación, nuevas informaciones y conocimientos que necesitan para ampliarlos los diversos campos de las ciencias sociales (Bonilla-Castro y Rodríguez, 1997). Nuestra profesión, el Trabajo social busca generar nuevos conocimientos y/o procedimientos para optimizar intervenciones y protocolos, con los que permita mejorar el bienestar social (López, 2014).

7.1 OBJETO

Conocer la importancia que está teniendo o ha tenido el empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación de los diferentes enfermos alcohólicos y a su vez, qué papel juega la asociación en el mismo.

7.2 SELECCIÓN DEL CASO

La asociación donde hemos llevado a cabo el estudio es la asociación A.V.A.R. (Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados). Es una Asociación formada en 1996 por la iniciativa de un grupo de personas diagnosticadas en su momento como enfermos alcohólicos, los cuales tomando como referencia lo acontecido en sus vidas y deseos de mantenerse rehabilitados, asumen responsablemente el compromiso de participar en la lucha por esta causa. No está inspirada en ningún criterio político o religioso y por ello su comportamiento interno es libre, democrático, participativo y respetuoso con todos sus miembros.

Está reconocida, a todos sus efectos, ante los organismos oficiales correspondientes, estando dotada de medios técnicos exigidos para actuar y prestar su servicio social, caracterizándose por su acción terapéutica ante el alcohol.

Pertenece al primer nivel de atención de recursos a la drogodependencia. Es una asociación privada sin ánimo de lucro formada por un grupo de enfermos.

Está formado por una junta directiva que consta de un presidente, un secretario, un tesorero y tres vocales. También consta de una profesional en este caso una Trabajadora Social que se sitúa al mismo nivel que la junta directiva.

7.3 MUESTRA

Para la realización de la presente investigación, hemos contado con la colaboración de un total de 51 enfermos alcohólicos y sus respectivos familiares, pertenecientes a la asociación A.V.A.R. (Asociación Vallisoletana de Alcohólicos Rehabilitados). De esta muestra las edades comprendidas de los enfermos alcohólicos son entre 37 y 74 años de los cuales 14 son mujeres y 37 hombres. Con respecto a los familiares contamos con 37 los cuales 35 son mujeres y 2 hombres.

7.4 MÉTODO O PROCEDIMIENTO

Para la recogida de información en la investigación de este TFG, se ha utilizado la técnica del cuestionario el cual contiene diferentes preguntas tanto abiertas como cerradas que nos ayudaran a comprender como era el enfermo alcohólico mientras consumía y que consecuencias tenia para su familia y la gente que estaba a su alrededor. Ambos cuestionarios están recogidos en el Anexo I y II.

7.5 RECOGIDA DE DATOS

El procedimiento para la recogida de datos, me acerque directamente a la asociación A.V.A.R. que fue donde hice mis respectivas prácticas de la carrera, y dada mi confianza con muchos de los enfermos y sus familiares. Les pedí si me podrían rellenar un pequeño cuestionario, el cual sería anónimo y en el que se mantendría toda la confidencialidad.

7.6 RESULTADOS OBTENIDOS

El alcoholismo es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona indistintamente del sexo, edad o clase social a la que pertenezca.

El 81% de los enfermos consumían todos los días, y solían hacerlo o en el bar 40% o en casa 44%, Los que acudían al bar lo hacían acompañados de amigos 51%, mientras que los que consumían en casa lo hacían solos 44% (Anexo 3, pregunta 1,3 y 4).

En la pregunta cuanto se gastaban de dinero al mes existe una gran igualdad entre las respuestas predominando un poco por encima la cantidad de 100-200€ con el 40% seguida muy de cerca por 50-100€ con 32% y 200-300€ con 28€ (Anexo 3, pregunta 6).

Cuando consumían solían ser más alegres simpáticos, tranquilos al principio pero que al cabo de un tiempo se volvían agresivos y "mete patas".

La principal ingesta de los encuestados era únicamente el alcohol con 88% (En el Anexo 3, pregunta 9) sin acompañarlo de otras drogas como el éxtasis hachís o cocaína. Los más jóvenes además de consumir alcohol, como principal ingesta, lo combinan con hachís y/o cocaína. También se observa también que en un futuro puedan tener otras adicciones que en este caso no son tóxicas, como por ejemplo a las redes sociales.

La familia del enfermo alcohólico lo pasa excesivamente mal con sufrimiento, miedo, desesperación, muchos de ellos estuvieron a punto de divorciarse o separarse e incluso a un enfermo llegaron a desearle la muerte hasta sus propios hijos.

Ninguno de ellos era consciente de que tenía un problema y decidieron buscar ayuda a consecuencia de un "ultimátum" que les daba el cónyuge o los familiares más cercanos.

Los enfermos y sus familiares supieron de la existencia de la asociación debido a amigos, familiares y sobre todo al médico de familia. Varios de ellos habían tenido ya tratamiento previo y sin obtener resultado alguno.

El 95% acudieron a la asociación obligados por su cónyuge o familiar cercano (anexo3, pregunta 12) y en un principio cuando llegaron a la asociación todos eran prepotentes desafiantes, se pensaban que ellos no tenían un problema, que estaban bien y poco a poco fueron descubriendo que había personas que les había pasado lo mismo que a ellos, o habían tenido situaciones familiares y habían podido salir de ello. Al cabo de poco tiempo los

enfermos habían notado mejorías tanto en su vida personal, laboral y social y también un bienestar físico y mental, ya el alcohol no era dueño de su vida, ellos mismos habían tomado el control de la misma.

Los enfermos inciden en que las terapias de grupo de autoayuda el influenciaron mucho en su cambio que el grupo era una escuela de vida donde aprendías situaciones que te podían ocurrir en tu proceso y como salir de ellas airoso, te prevenían ante situaciones de riesgo y te hacia más fuerte en tu lucha por la abstinencia. La terapia de cada semana a de darte la fuerza suficiente para seguir adelante.

Todos los enfermos coinciden en que si no hubieran acudido a la asociación estarían muertos o en la cárcel o solo y en una situación de desamparo.

Gracias a la asociación muchos de ellos “vuelto a nacer” han conseguido salir adelante y con la ayuda de la Trabajadora Social y del grupo autoayuda.

Cabe destacar que en su mayoría los familiares que acuden a la asociación son el 95% mujeres que vienen por su marido enfermo 86% o por sus hijos/as 11%, y alguno por su hermano/a 3% (Anexo 4, Tabla 1).

Todos los familiares que acuden por su marido en algún momento se han pensado en dejarles e incluso le han deseado la muerte mientras que los que acuden por sus hijos o hermanos jamás los abandonarían y estarían con ellos hasta el final.

En el comportamiento de los enfermos en el ámbito similar es en su mayoría pasivo con un 58% con respecto con los que se comportaban agresivos 31%.

Tanto los familiares y enfermos califican la asociación de 9,5/10 viendo a la asociación como un lugar en el que se ven identificados y pueden hablar sobre su problemática y donde su hijo o cónyuge se está rehabilitando y está saliendo adelante con la insistencia y apoyo del profesional y del grupo de autoayuda y destacan la labor del profesional del Trabajo Social dentro de la misma.

7. CONSIDERACIONES FINALES

El alcoholismo es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo excesivo de alcohol de forma prolongada y continuada en el tiempo generando por tanto una dependencia a dicha sustancia, se caracteriza por que el enfermo no es capaz de controlar la ingesta de bebidas alcohólicas, que afecta tanto a su salud física psicológica y causando daño a sus seres más queridos.

Es una enfermedad que puede afectar a todo tipo de personas indistintamente de la edad del sexo, raza y de la religión.

Los inicios del consumo del alcohol suelen ser a edades tempranas entre los 12-13 años, cuando los jóvenes empiezan a salir con sus amigos y quieren descubrir nuevas sensaciones y no sentirse excluidos dentro del grupo, y cuando consumen no son conscientes de las consecuencias que puede tener a largo plazo.

Un enfermo alcohólico no nace, se va haciendo poco a poco y por diferentes motivos o causas.

En primer lugar son las personas que han sufrido grandes disgustos en la vida y se dan cuenta que cuando beben se sienten mejor y se olvidan de todos sus problemas y por tanto recurren a el cada vez más en busca de alivio, hasta que llega un momento en el que sin saber cómo, tienen una dependencia con el alcohol.

Otro grupo en cambio, no bebe porque tienen algún tipo de problema, sino lo hacen porque todo el mundo bebe.

Es muy común en nuestro país que se dé de beber a los niños, los cuales se acostumbran a beber alcohol desde la infancia y luego no pueden dejarlo nunca. Otros empiezan a beber en la adolescencia. Son jóvenes normales, sin problemas, que beben por alternar con amigos o compañeros. Poco a poco van bebiendo más hasta que llega un momento en que no pueden prescindir del alcohol.

Debido a la actual crisis económica y las medidas de austeridad aplicadas para atajarla y el paro han hecho que las depresiones aumenten en España, y que a su vez se aumenten los casos de dependencia al alcohol y de ansiedad.

Hoy en día, este problema de gran índole no está lo suficientemente reconocido. Los profesionales del Trabajo Social salimos de las universidades sin haber recibido ningún curso ni temario que nos aporte la formación suficiente para poder reconocer el problema, que a pesar de su importancia y de las enormes repercusiones que tiene en todos los ámbitos (relación familiar, deudas, vivienda, atención infantil, delincuencia, etc.) y con las que la mayoría de nosotros nos vamos a encontrar el día de mañana. Por ello he de resaltar que es de vital importancia preparar adecuadamente a los Futuros 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.

Cuando yo acudí por primera vez a la asociación a realizar mis prácticas, En primer lugar, yo me creía que conocía mucho acerca de esta enfermedad sus consecuencias, sus efectos... etc., pero estaba muy equivocado. No sabía ni una milésima parte de lo que esta enfermedad era ni lo que acarrea su consumo excesivo. A su vez, imaginaba que las personas que acudían a la asociación, era gente sobre todo más joven que era lo que a priori yo conocía y nunca me imaginé que la gente que asistía a la asociación fueran personas de alrededor de 40 años. También pensaba que era un tipo de persona de clase social media/baja y me di cuenta de que estaba muy equivocado. Allí acudía gente de toda clase social desde directivos de empresas y autónomos hasta personas que Vivian en albergues. Por otro lado me sorprendió que dentro de la asociación al ser pequeña en número en comparación con otras más grandes como por ejemplo ARVA, todos los integrantes se conocían entre si y había un buen ambiente dentro del grupo de autoayuda.

A.V.A.R. es una asociación donde acceden personas unidas bajo un mismo problema, el alcoholismo, al que tiene que dar una solución, es un lugar donde la persona puede rehacer su vida, un lugar en donde la persona se siente identificado con otras personas que han pasado o están pasando lo mismo que él y donde el grupo y el profesional del Trabajo social ayuda al enfermo y a su familia a mantener la abstinencia.

En muchas ocasiones vienen los familiares a las terapias sin que los enfermos vengán a la asociación, puesto que esta, es un lugar donde además de tratar al enfermo alcohólico se trata a los familiares que están sufriendo directamente la enfermedad.

Cada persona es diferente y la recuperación la recorrerá a su ritmo con la ayuda de sus familiares, el grupo de autoayuda y el profesional del Trabajo Social.

Nuestro papel como Trabajadores sociales es de Acompañamiento, proporcionándole al enfermo alcohólico pautas y apoyos para que pueda salir adelante pero en ningún momento podremos decidir por él.

Cuando un enfermo llega a la asociación se le hace ver que solo hay un camino posible, la abstinencia, se le plantea la situación de que hay más personas que han pasado por lo mismo que él/ella y han conseguido salir adelante, y que el con la ayuda del profesional y del grupo de ayuda podría conseguirlo.

Desde la asociación concienciamos a los enfermos de que el alcoholismo es para toda la vida y que lo difícil no es dejar de beber sino mantener la abstinencia y para ello el enfermo debe cambiar de hábitos, compañías, estilos de vida... etc. El enfermo alcohólico ha de saber vivir con el alcohol pero sin alcohol. Durante el proceso de rehabilitación le van a surgir al enfermo muchas situaciones donde el alcohol le va a "tentar" pero el enfermo con la ayuda de las terapias y del empoderamiento ha de ser capaz de convivir con ello.

El enfermo alcohólico en su camino de recuperación puede tener recaídas y estas no se deben considerar como un fracaso, sino como parte del proceso de rehabilitación. Cuando una persona recae es muy importante volver a motivarla y lograr que vuelva a dejar de hacerlo y de esta manera ayudarlo a reanudar y continuar lo más pronto posible con su tratamiento.

Es muy importante motivar a la persona, reforzándole la idea de que aún en una recaída, tiene recursos suficientes a su alcance para salir adelante y que continuará recibiendo el apoyo familiar para seguir con la rehabilitación, enfatizando por supuesto la responsabilidad que le corresponde en el proceso de recaída y de la superación de la misma.

Los familiares son el principal apoyo de los enfermos alcohólicos, y cuando estos tienen una recaída, suelen desilusionarse. Por ello es muy importante plantear a la familia la

posibilidad de que esto ocurra para que ellos aprendan a reaccionar exitosamente ante estas situaciones.

El alcohol y el tabaco están muy asociados, una vez que el enfermo alcohólico esta rehabilitado y es capaz de vivir con el alcohol pero sin el alcohol se consideran dejar otras adicciones como por ejemplo el tabaco.

Hay que valorar el papel de la Trabajadora Social, su gran capacidad para afrontar las situaciones de necesidad que demandaban los enfermos, tanto de forma directa como indirecta, y como detectaba sus estados de ánimo, así de que era ella la encargada de todo prácticamente dentro de la asociación y de sacarla adelante, Ejerce funciones de Trabajadora social, psicóloga, terapeuta ocupacional, administrativo... etc. También, realiza proyectos para recibir las subvenciones las cuales son la principal fuente de financiación de la asociación. Tiene tanta carga encima que podría desarrollar el síndrome de burnout.

.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez, J. (2016). *Adicción al alcohol*. Recuperado de: <https://www.adiccion.co/adiccion-al-alcohol.html>
- Revenga, J. (2014, Mayo 19). Informe OMS 2014: consumo de alcohol y salud en el mundo. *20 minutos*. Recuperado 9 de enero de 2017 de <https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox>
- Monreal, A. (2016, Junio 9). Europa se está bebiendo el alcohol del mundo. La vanguardia. Recuperado 9 de Enero de 2017, de <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20160607/402343867293/europa-bebe-todo-alcohol-mundo.html>
- Valerio, M. (2014, Mayo 12). España duplica la tasa mundial de consumo de alcohol. *El Mundo*. Recuperado 9 de Enero de 2017 de <http://www.elmundo.es/salud/2014/05/12/5370bca922601d52648b4577.html>
- Félix, E. (2010). *Reflexiones sobre mí*. Recuperado de: <http://reflexionessobrealcoholismo.com/sobre-mi/>
- Organización mundial de la salud (OMS). (s.f.) Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- García, E. (2004). *Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales*. Trabajos de Revisión. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm
- Pacheco, L (s.f.) *Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick1*. Recuperado de: <http://www.xn--caete-pta.cl/documentos/opd/Entrevista%20Motivacional.pdf>
- Menéndez, E., & Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*.
- Lloret, D. (2014), *Alcoholismo: una visión familiar*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Alcoholismo Una vision familiar.pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Alcoholismo%20Una%20vision%20familiar.pdf)
- Rollnick, S. y Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de toxicomanías* número 6. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06_1.pdf
- Rodríguez, M. (2014), *El enfoque del empowerment: piedra angular del trabajo social comunitario en el siglo XXI*. Recuperado de: file:///C:/Users/Daniel/Downloads/27_42.pdf

- Castaños, M. Et al. (2007), *Intervención en drogodependencias con enfoque de genero*. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>
- Aznar, G. (s.f.), *Guía comprende tu alcoholismo, consideraciones para el cambio*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/cambio.htm>
- Villalba, C. (1996). *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional*. Recuperado de: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/arti2.htm#_Hlk426167310
- Gracia, E. (1996). *¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda?* Recuperado de: <http://www.uv.es/~egracia/enriquegracia/docs/scanner/porquefuncionanlosga.pdf>
- Acero, C. (s.f.). Trabajo Social y alcoholismo. *Cuadernos de Trabajo Social*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Daniel/Downloads/9270-9351-1-PB%20\(1\).PD](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/9270-9351-1-PB%20(1).PD)
- Muñoz, J. (2013) *Trabajo social y alcohol: estudio comparativo del modelo francés y español*. (Trabajo Fin de Grado. Universidad de Zaragoza). Recuperado de: <https://zagan.unizar.es/record/11881/files/TAZ-TFG-2013-694.pdf>
- Wallace, J. et al. (s.f.) *Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx>
- *Las Recaídas: Parte del Proceso de Recuperación de un Adicto*. (s.f) Recuperado 22 de Mayo de 2015, de <http://www.clinicaser.info/1590/las-recaidas-parte-del-proceso-de-recuperacion-de-un-adicto/>
- <https://www.boe.es>
- [Jcyl.es](http://www.jcyl.es)

9. ANEXOS.

ANEXO 1. Entrevista a enfermos alcohólicos

Con la siguiente investigación se quiere conocer y valorar la importancia del empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico y qué papel juega la asociación A.V.A.R. en la misma. Esta investigación forma parte de la elaboración del presente TFG como alumno de 4º del Grado de Trabajo Social.

Les ruego que respondan con total sinceridad y que se garantizara el anonimato de las respuestas según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Sexo:

Edad:

Situación laboral:

1. ¿Con qué frecuencia consumías bebidas alcohólicas?

- a. Todos los días b. Una vez a la semana c. Una vez a la semana
d. Otros

2. ¿Con qué edad te iniciaste en el alcohol?

- a. 10-12 años b. 13-15 años c. 15-17 años d. Otros

3. ¿Dónde solías consumir alcohol?

- a. En el bar b. En la calle c. En casa d. Otros

4. ¿Con quién solías consumir alcohol?

- a. Solo b. Con amigos c. Otros

5. ¿Tenías medios para consumir alcohol? a. Si b. No
6. ¿Cuánto dinero gastabas en alcohol al mes? a. 50-100 b. 100-200 c. 200-300 d. Más de 300
7. ¿Por qué bebías?
8. ¿Cómo eras cuando bebías?
9. ¿Cuántos años llevas consumiendo? a. Menos de tres años b. de 3 a 6 años c. Más de 6 años
10. ¿Cuándo bebías, era para sentirte más seguro? a. Si B. No
11. ¿Has perdido algo por culpa del alcohol? ¿Cuál? a. Si b. No
12. ¿Sólo consumías alcohol o también otras sustancias? a. Solo alcohol b. Alcohol y cocaína c. Alcohol y estaxis d. Otros
13. ¿Cómo se sentía tu familia cuando bebías?

14. ¿Cómo te diste cuenta de que tenías un problema?
15. ¿Quién se puso en contacto con la asociación? a. Mujer/Marido b. hijo/a c. Otro familiar d. Otros
16. ¿Tuviste un tratamiento previo antes de venir a la asociación? a. Si b. No ¿Cuál?
17. ¿Por qué decidiste acudir?
18. ¿Cómo hablaste con tu mujer/marido o padre/madre sobre venir aquí?
19. ¿Cuándo acudiste a la asociación por primera vez, acudiste por obligación? a. Si b. No
20. ¿Por qué quieres dejar de beber?
21. ¿Cuándo te diste cuenta de que algo cambio?
22. Del 1 al 10, ¿Cómo definirías el trato recibido en la asociación? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. ¿Qué os ayudo a continuar viniendo?

24. ¿Cómo influyeron las terapias de autoayuda en tu proceso de rehabilitación?
25. ¿Cómo influyó el empoderamiento (proceso por el cual se aumenta la <u>fortaleza espiritual</u> de los individuos y las comunidades, para así impulsar cambios beneficiosos para el grupo en las situaciones en que viven. Generalmente implica, en el beneficiario, el desarrollo de una <u>confianza</u> en sus propias capacidades y acciones) en tu proceso de rehabilitación?
26. ¿Qué te motivo a dejar de beber?
27. ¿Cómo era vuestra vida social cuando bebáis?

ANEXO 2: Entrevista familiares

Con la siguiente investigación se quiere conocer y valorar la importancia del empoderamiento y la autoayuda en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico y qué papel juega la asociación A.V.A.R. en la misma. Esta investigación forma parte de la elaboración del presente TFG como alumno de 4º del Grado de Trabajo Social.

Les ruego que respondan con total sinceridad y que se garantizara el anonimato de las respuestas según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

1. ¿Por quién acudes a la asociación?

- a. Marido/mujer
- b. Hermano/a
- c. Hijo/a
- d. Otros

2. ¿Cómo os distéis cuenta de que vuestro familiar tenía un problema con el alcohol?

3. ¿En algún momento pensaste en separarte o alejarte de él/ella?

- a. Si
- b. No

4. ¿Cómo supisteis de la existencia de la asociación?

- a. Médico/a de familia
- b. Amigo/a conocido/a
- c. Familiares
- d. Otros

5. Antes de acudir a A.V.A.R., ¿fuiste o fuisteis a otro lugar relacionado con el tratamiento del alcoholismo?

6. De una escala del 1 al 10 ¿Que puntuación pondrías a la asociación en el proceso de ayuda y por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué?

7. ¿Cómo era vuestro familiar cuando bebía?

- a. Agresivo
- b. Pasivo
- c. Otros

8. ¿Cómo os sentíais cuando vuestro familiar bebía?

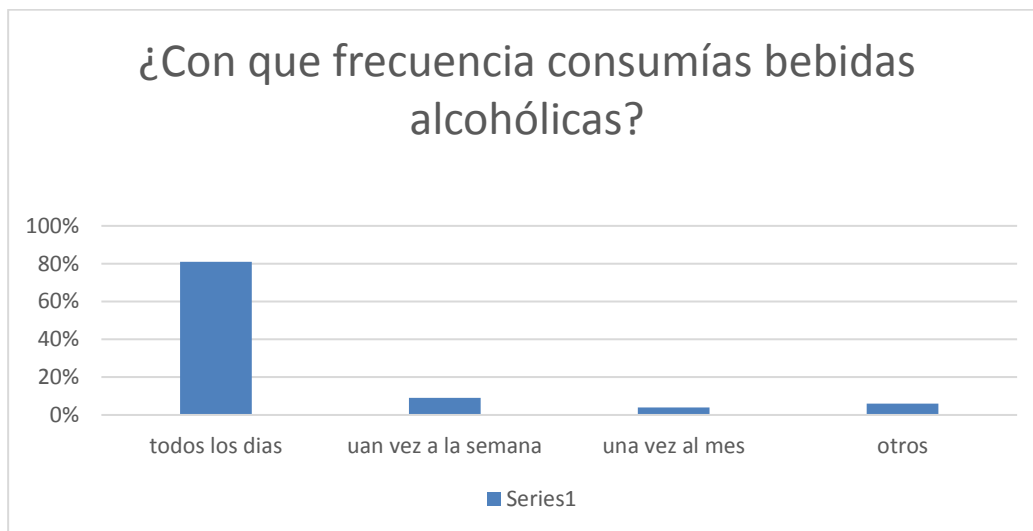
9. ¿Cómo era la convivencia en casa?

10. Haz un breve resumen de cómo era vuestra vida conviviendo con un enfermo alcohólico

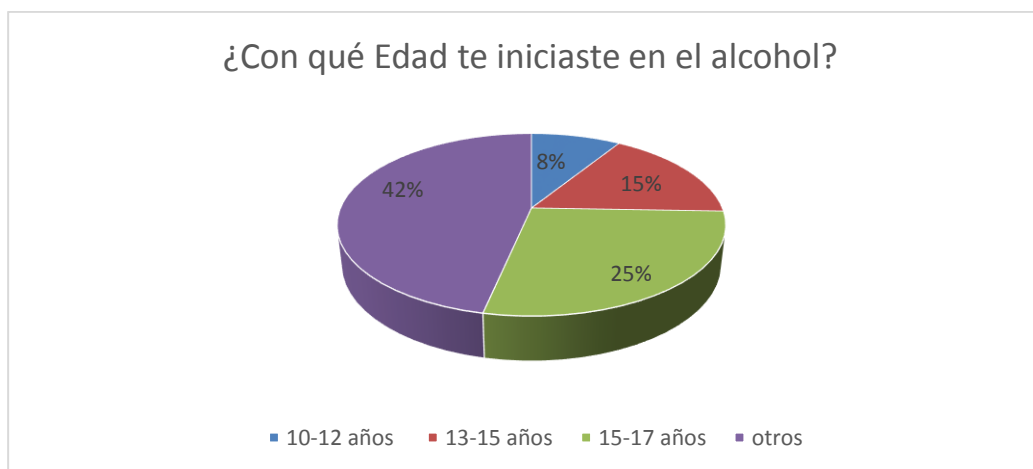
11. ¿Qué consideras importantes para la rehabilitación del enfermo alcohólico/a?

ANEXO 3. Entrevista familiares. Tabulación.

1. ¿Con que frecuencia consumías bebidas alcohólicas?



2. ¿Con qué Edad te iniciaste en el alcohol?



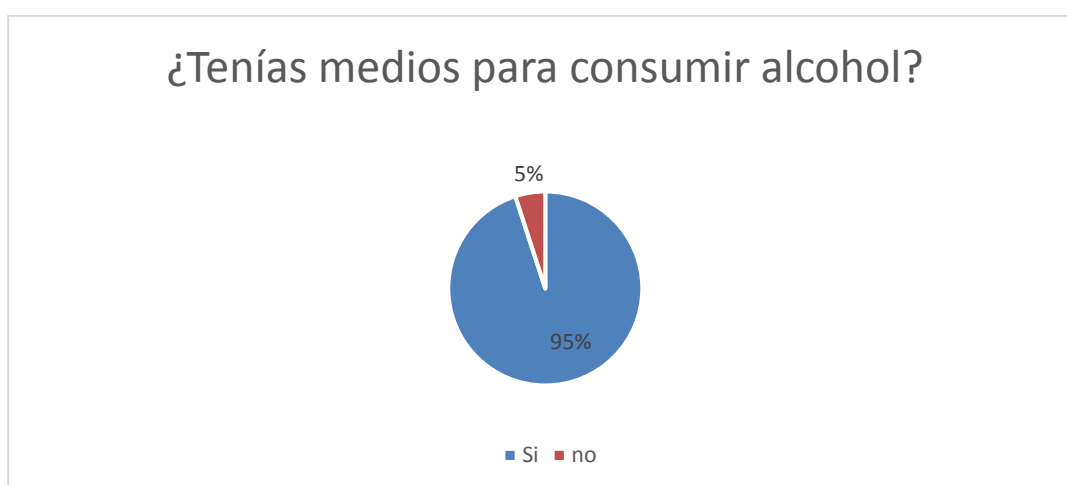
3. ¿Dónde solías consumir alcohol?



4. ¿Con quién solías consumir alcohol?



5. ¿Tenías medios para consumir alcohol?



6. ¿Cuánto dinero te dejabas al mes en alcohol?



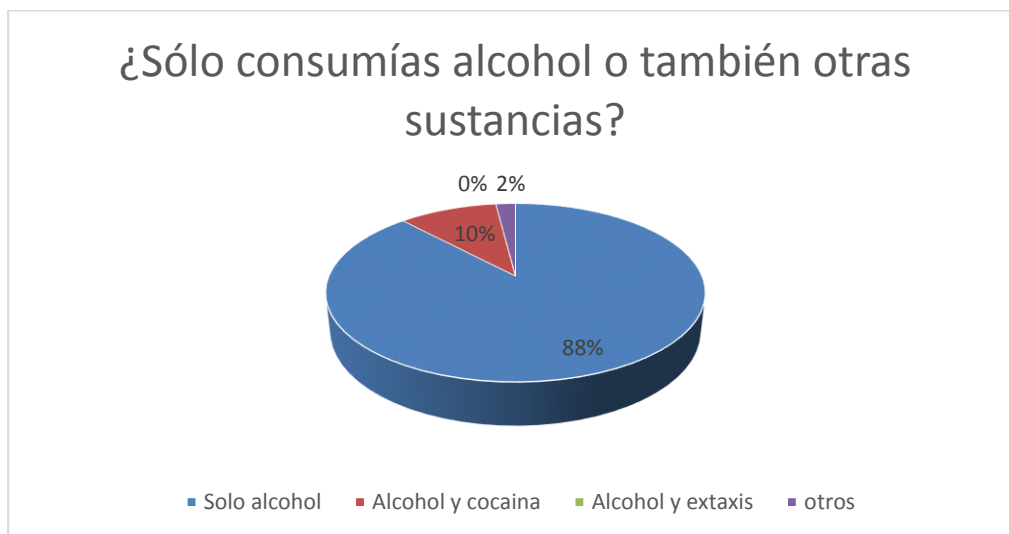
7. ¿Cuándo bebías era para sentirte más seguro?



8. ¿Has perdido algo por culpa del alcohol?



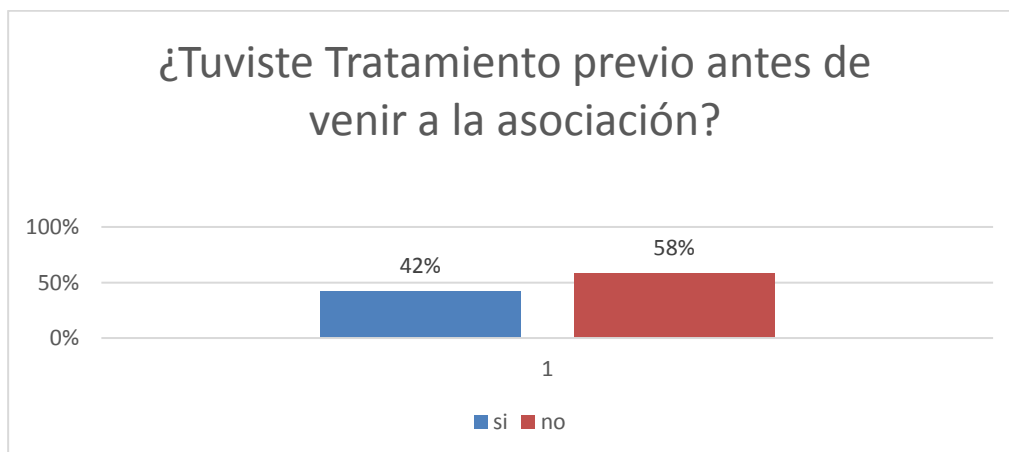
9. ¿Sólo consumías alcohol o también otras sustancias?



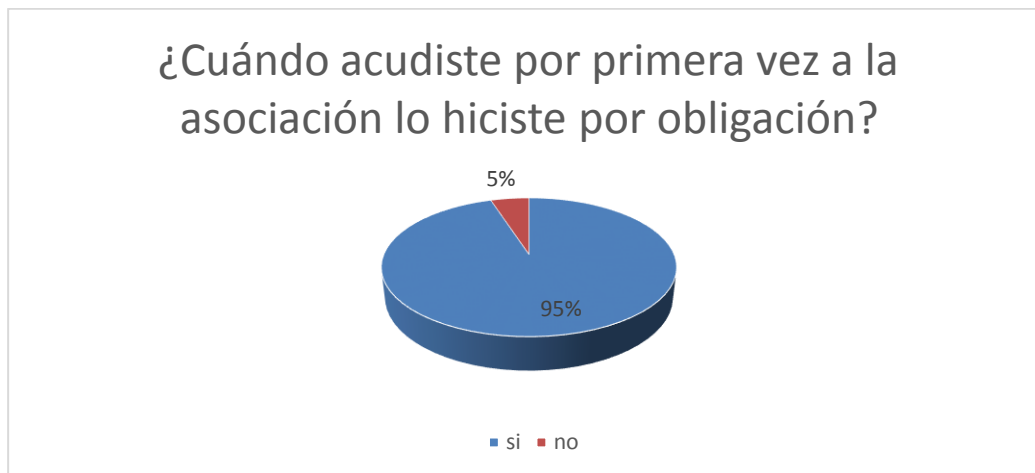
10. ¿Quién se puso en contacto con la asociación?



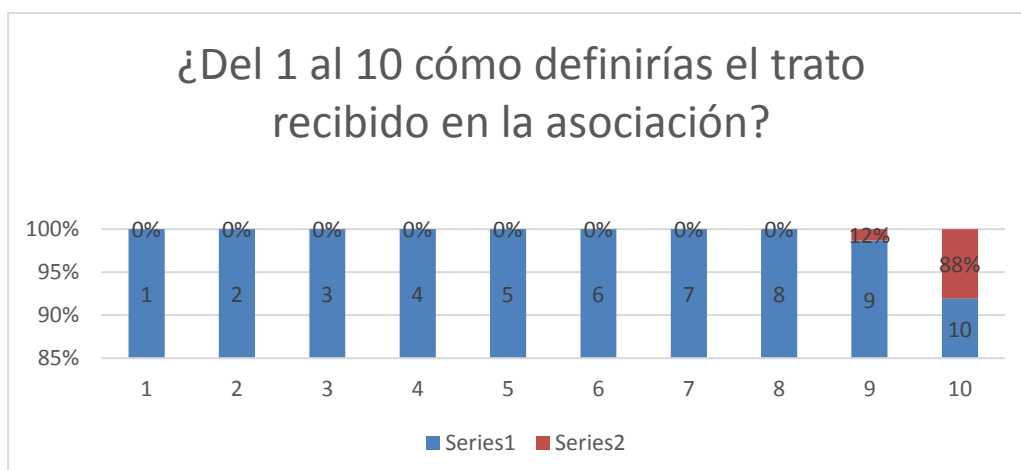
11. ¿Tuviste Tratamiento previo antes de venir a la asociación?



12. ¿Cuándo acudiste por primera vez a la asociación lo hiciste por obligación?

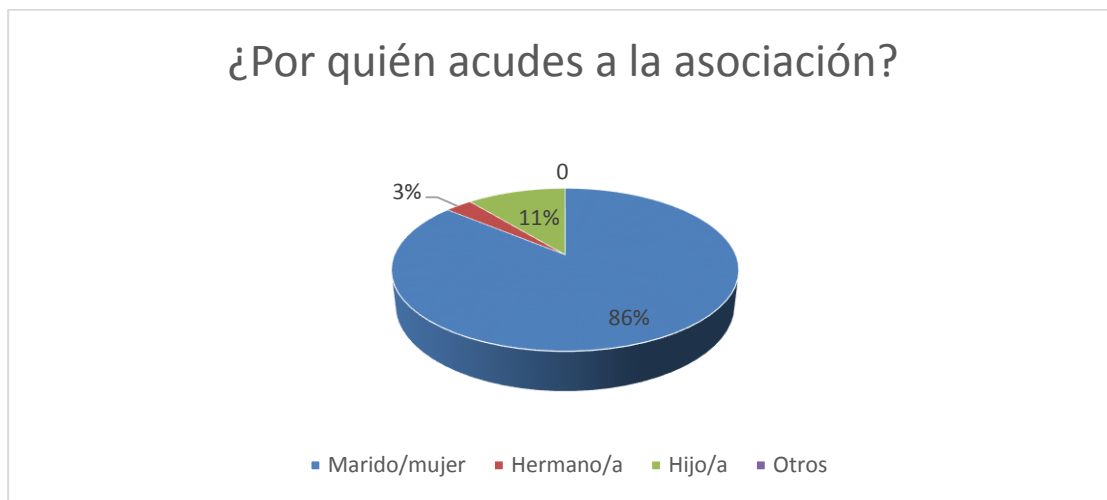


13. ¿Del 1 al 10 cómo definirías el trato recibido en la asociación?

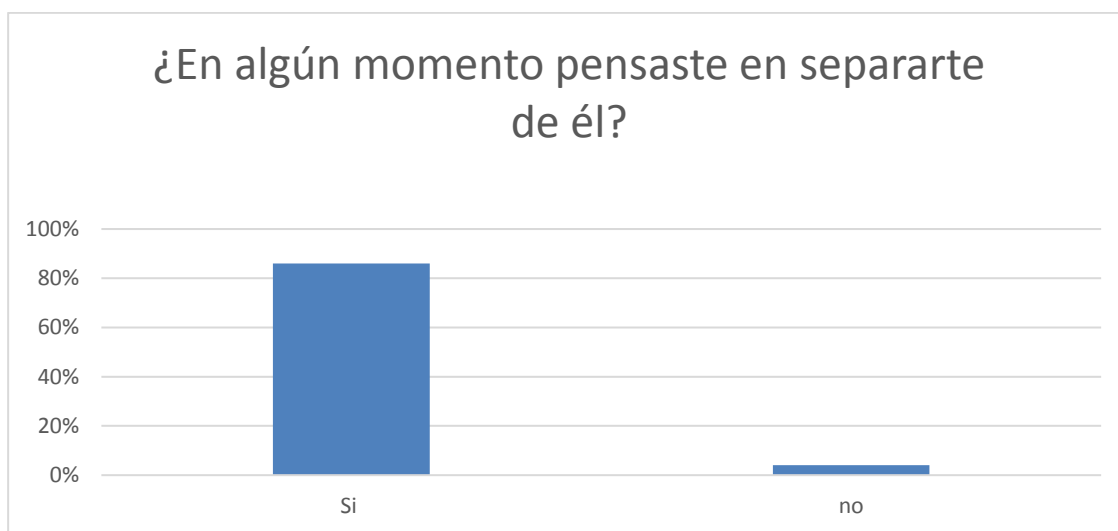


ANEXO 4. Entrevistas familiares. Tabulación.

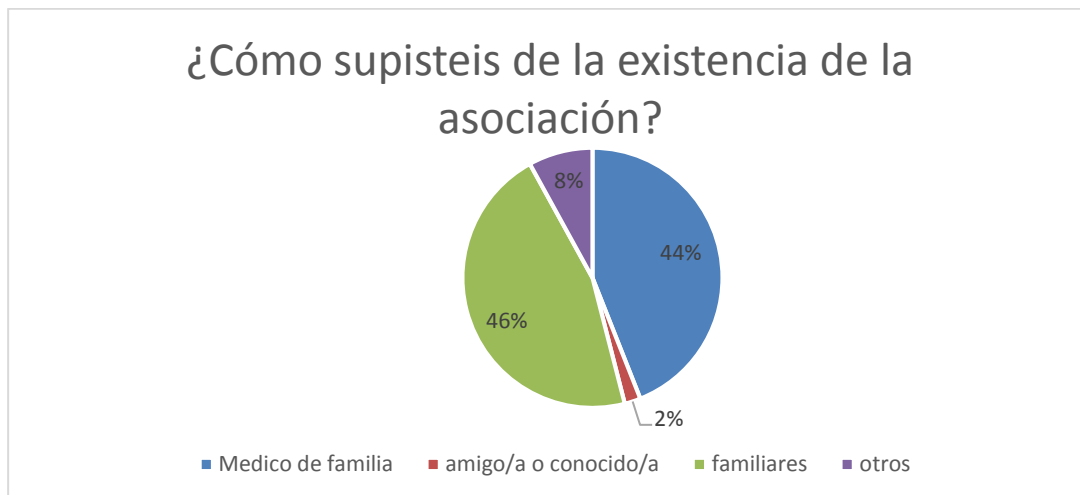
1. ¿Por quien acudes a la asociación?



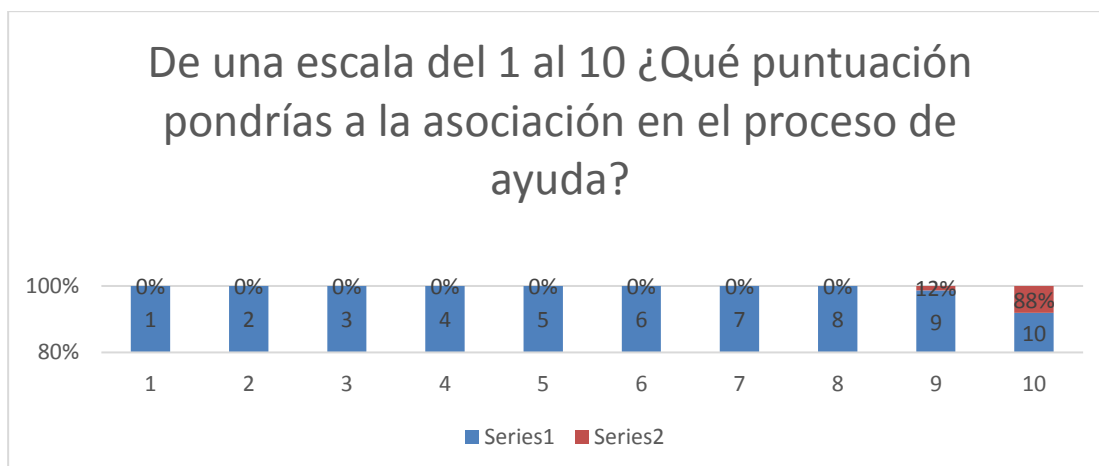
2. ¿En algún momento pensaste en separarte de él?



3. ¿Cómo supisteis de la existencia de la asociación?



4. De una escala del 1 al 10 ¿Qué puntuación pondrías a la asociación en el proceso de ayuda?



5. ¿Cómo era vuestro familiar cuando bebía?

