

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ALCOHÓLICAS

-Intervención del trabajador social-



Alumna: Eva Ursúa Solano

Directora: Bárbara Oliván Blázquez

Grupo de mañana

Zaragoza, junio de 2012

INDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Presentación general y justificación del trabajo	2
1.2. Objeto del trabajo	4
1.3. Metodología empleada	5
1.3.1. Métodos empleados en el trabajo	5
1.3.2. Herramientas empleadas	5
1.3.3. Sistema de citas y referencias bibliográficas	7
1.4. Estructura del trabajo	8
2. Capítulos de fundamentación.....	10
2.1. Fundamentación terminológica: Síndrome de dependencia del alcohol	12
2.1.1. Epidemiología	14
2.1.2. Etiología	18
2.1.3. Consecuencias	21
2.1.4. Fases	25
2.1.5. Tratamiento	27
2.2. Enfoque teórico	31
2.3. Contexto geográfico	36
2.4. Contexto político	42
2.5. Contexto social	45
3.Capítulos de desarrollo: Programa de rehabilitación para personas alcohólicas –intervención del trabajador social-	47
3.1. Introducción	48
3.2. Presentación del programa de rehabilitación	49
3.2.1. Profesionales	51
3.3. Intervención del trabajador social dentro del programa	53

3.3.1. Módulo 1: Gestión administrativa	55
3.3.1.1. Objetivos	55
3.3.1.2. Metodología	55
3.3.1.3. Temporalización	55
3.3.1.4. Evaluación	56
3.3.2. Módulo 2: Coordinación institucional, interprofesional y con la Asociación	57
3.3.2.1. Objetivos	57
3.3.2.2. Metodología	57
3.3.2.3. Temporalización	58
3.3.2.4. Evaluación	58
3.3.3. Módulo 3: Atención personalizada en función de la situación individual de cada persona	59
3.3.3.1. Objetivos	59
3.3.3.2. Metodología	60
3.3.3.3. Temporalización	66
3.3.3.4. Evaluación	67
3.3.4. Módulo 4: Reinserción formativo-laboral del usuario	68
3.3.4.1. Objetivos	68
3.3.4.2. Metodología	68
3.3.4.3. Temporalización	72
3.3.4.4. Evaluación	72
3.3.5. Módulo 5: Apoyo, información, orientación y capacitación de las familias de los usuarios	73
3.3.5.1. Objetivos	73
3.3.5.2. Metodología	73
3.3.5.3. Temporalización	79
3.3.5.4. Evaluación	79
3.3.6. Módulo 6: Reuniones grupales de los usuarios	81
3.3.6.1. Objetivos	81

3.3.6.2. Metodología	81
3.3.6.3. Temporalización	83
3.3.6.4. Evaluación	83
3.3.7. Módulo 7: Supervisión de las tareas de los voluntarios llevabas a cabo en los talleres socioculturales	85
3.3.7.1. Objetivos	85
3.3.7.2. Metodología	85
3.3.7.3. Temporalización	86
3.3.7.4. Evaluación	86
3.3.8. Evaluación de todos los módulos	88
 4. Conclusiones.....	89
Bibliografía.....	94
Abreviaturas.....	101
Anexos.....	103
Anexo I: Test AUDIT	104
Anexo II: Escala CIWA-AR	108
Anexo III: FACES 20 ítems	111
Anexo IV: Herradura	114
Anexo V: Doce pasos ilustrados de Alcohólicos Anónimos	115

INTRODUCCIÓN



PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El colectivo de personas drogodependientes es objeto de intervención en el Trabajo Social, por lo que creo conveniente hacer el trabajo centrándome en personas dependientes del alcohol, ya que es la droga más consumida en nuestro país y de las que más dependencia (física y psíquica) provoca y, por tanto, hay un elevado número de personas con este problema y que necesitan una intervención para poder rehabilitarse.

Además, como futura trabajadora social, me interesa mucho este colectivo, esperando trabajar en una entidad con personas que presenten esta problemática, por lo que creo que es imprescindible tener una base previa del tema, así como saber realizar una intervención.

De esta manera he centrado todo el trabajo en personas que presentan una dependencia crónica del alcohol, y que se encuentran en proceso de rehabilitación, excluyendo los casos de policonsumo, dónde se consume alcohol junto con otras drogas (tabaco, cocaína...).

Normalmente, las consecuencias del alcoholismo crónico aparecen entorno a las 40-45 años de edad debido a que el desarrollo de la enfermedad suele ser lento (Guardia, 2008).

En la actualidad, la definición más aceptada del Síndrome de Dependencia (alcoholismo) es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogida en su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Siguiendo el documento de Glosario y términos de alcohol y drogas del Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo (2008, p. 29) donde se recoge la definición de la OMS, expone:

El Síndrome de dependencia es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras

actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga.

En España, el alcohol está legalizado por razones culturales, históricas, políticas y económicas, siendo aceptado por toda la sociedad como una práctica “normal”.

Dada su normalidad, la población suele olvidar los problemas que puede ocasionar el consumo del alcohol. Por ello, aparece la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas y la persona implicada se convierte en alcohólico, o persona dependiente del alcohol.

OBJETO DEL TRABAJO

El presente trabajo tiene por objeto la realización de un programa de intervención desde el punto de vista de un trabajador social para personas en proceso de rehabilitación del alcohol a través de una perspectiva biopsicosocial.

Asimismo, para llevar a cabo este trabajo me he propuesto varios objetivos, que son:

- Conocer en profundidad el síndrome de dependencia del alcohol, o alcoholismo crónico: epidemiología, etiología, consecuencias y posibles tratamientos.
- Identificar cuáles son los recursos, tanto públicos como privados, que hay en Aragón y más concretamente, en Zaragoza.
- Conocer los requisitos que pueden exigirse a los usuarios para poder acceder a programas de alcoholismo de asociaciones sin ánimo de lucro.
- Identificar cuáles son los profesionales que trabajan en programas de rehabilitación para personas alcohólicas.
- Identificar las diferentes funciones que desempeñan estos profesionales.
- Conocer en qué consiste exactamente la intervención del trabajador social dentro de estos programas.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Métodos empleados en el trabajo.

Para la realización de este trabajo se han empleado diferentes métodos. En primer lugar, se hizo una revisión bibliográfica, para conocer en profundidad la problemática del alcoholismo.

En segundo lugar, se realizaron varias entrevistas con distintas trabajadoras sociales de centros de rehabilitación para personas alcohólicas dentro de la ciudad de Zaragoza. Asimismo, se visitó un centro exclusivo para personas sin hogar dependientes del alcohol en proceso de rehabilitación.

Tras las entrevistas y siguiendo las recomendaciones de las profesionales, se volvió a realizar una revisión de libros y bases de datos, así como páginas webs de múltiples entidades con programas de rehabilitación para alcohólicos.

Herramientas empleadas en el trabajo.

A lo largo de la realización de este trabajo, y en relación con el apartado anterior, se han ido empleando múltiples herramientas, como es la revisión sistemática de toda la bibliografía que se ha ido recomendando a lo largo de la carrera, en especial a través de las asignaturas “conceptos, teorías y métodos en trabajo social” y “métodos y técnicas de investigación en trabajo social”.

Concretamente, para la elaboración del marco teórico de esta intervención, han sido de gran ayuda todos los conceptos teóricos adquiridos en la asignatura “conceptos, teorías y métodos en trabajo social” ya que una parte de la misma trataba sobre los diferentes modelos/teorías en que debe fundamentarse la intervención del trabajador social.

Del mismo modo, se ha llevado a cabo una revisión de toda la bibliografía relacionada con las drogodependencias, centrada en el alcohol, y de la

intervención del trabajador social en programas de rehabilitación para personas alcohólicas, disponible en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

De la misma manera, y como se ha dicho anteriormente, al comienzo se realizaron varias entrevistas a trabajadoras sociales que trabajan en centros de rehabilitación de drogodependencias. De esta manera, se pudo centrar totalmente el tema del trabajo, entender las funciones del trabajador social dentro de este tipo de programas y comprender el funcionamiento y coordinación de los diferentes recursos/entidades existentes en la Comunidad de Aragón que tratan con personas que sufren Síndrome de Dependencia.

También se ha empleado la herramienta de la observación, no participante, a través de la visita a un centro de rehabilitación de alcohólicos.

De igual forma, y tras las recomendaciones de las profesionales de los centros, se ha llevado a cabo una búsqueda intensiva en internet de páginas web de entidades que tienen programas específicos de tratamiento de la dependencia del alcohol. Indispensable para la elaboración del programa de rehabilitación presentado más adelante en este trabajo.

Además, se ha realizado una búsqueda por diferentes páginas web oficiales, como la página del Gobierno de Aragón, del Plan Nacional sobre drogas (PNSD) o del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Asimismo, se han consultado diversas bases de datos documentales, como son Dianlet, PubMed, Web of Knowledge, Social Work Abstraes y BiblioPRO.

Y por último, añadir que cada quince días se ha acudido a tutorías con la directora del trabajo para solventar dudas y encaminar el trabajo.

Sistema de citas y referencias bibliográficas.

Las normas que se han seguido para el sistema de citas y referencias bibliográficas han sido las Normas de la *American Psychological Association* (APA), aprobadas por la Comisión de Garantía del Grado en Trabajo Social para poder presentar los trabajos de la carrera, entre ellos el Trabajo de Fin de Grado.

Las Normas APA se encuentran disponibles en los siguientes enlaces:

- <http://www.um.es/docencia/agustinx/docum/NormasRefBibl1011.pdf>
- http://issuu.com/xtophix/docs/normas_apa

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El presente trabajo ha comenzado con una introducción dónde se ha expuesto el tema a tratar, así como una justificación del mismo. Asimismo, se ha presentado el objeto del trabajo, citando varios objetivos específicos.

Seguidamente, se ha descrito la metodología empleada, haciendo distinción entre los métodos, las herramientas y el sistema de citas y referencias bibliográficas utilizadas.

A continuación se dedica un gran apartado a los capítulos de fundamentación, comenzando con una pequeña introducción. Este apartado se divide en cinco partes, correspondientes a la **fundamentación terminológica**, que profundiza en el Síndrome de Dependencia del alcohol, abarcando la epidemiología, etiología, consecuencias, fases y tratamiento; el **enfoque teórico**, dónde se presenta un modelo teórico de trabajo social que sustenta el programa de rehabilitación –intervención del trabajador social–; el **contexto geográfico**, centrado en la Comunidad Autónoma de Aragón y, más concretamente en Zaragoza, haciendo referencia a diferentes entidades que cuentan con programas de ayuda para personas dependientes del alcohol; el **contexto político**, dónde se cita normativa, tanto a nivel estatal como autonómico, relacionado con el alcohol; y el **contexto social**, dónde se describe la actitud de la sociedad actual ante el consumo de alcohol, el estrato socio-económico de los alcohólicos y los problemas que acarrea para la sociedad este consumo.

Posteriormente, se dedica otro gran apartado a los capítulos de desarrollo, denominado “Programa de rehabilitación para personas alcohólicas – intervención del trabajador social–”. Se divide en varios sub-apartados, que son: **introducción y presentación del programa de rehabilitación**, haciendo hincapié en las funciones que desempeñan los distintos profesionales

(médico, psicólogo y trabajador social) en el programa; y la **intervención** propiamente dicha que realiza el trabajador social dentro del programa.

Este último sub-apartado, “intervención del trabajador social”, comienza con una pequeña introducción y luego se divide en diferentes módulos, para finalizar con una evaluación global de todos ellos. Los módulos equivalen a las diferentes funciones que realiza el trabajador social y cada uno de ellos se compone de unos objetivos específicos, una metodología concreta, una temporalización y una evaluación de todo el módulo.

Los módulos son los siguientes: módulo 1 “gestión administrativa”, módulo 2 “coordinación institucional, interprofesional y con la Asociación”, módulo 3 “atención personalizada en función de la situación individual de cada persona”, módulo 4 “reinserción formativo-laboral del usuario”, módulo 5 “apoyo, información, orientación y capacitación de las familias de los usuarios”, módulo 6 “reuniones grupales de los usuarios” y módulo 7 “supervisión de las tareas de los voluntarios llevadas a cabo en los talleres socioculturales”.

Más adelante, se presenta otro apartado que recoge las conclusiones del trabajo.

Y por último, se cita la bibliografía utilizada a lo largo de la elaboración del trabajo. También un listado de abreviaturas y posteriormente se presentan los anexos.

CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN



Como se ha comentado anteriormente, con este trabajo lo que se propone es el planteamiento de un programa de intervención desde el punto de vista de un trabajador social para personas dependientes del alcohol desde un enfoque biopsicosocial.

Para ello es necesario dedicar un apartado, como es este, a la fundamentación terminológica y teórica, al contexto geográfico, político y social del objeto de la investigación.

Por tanto, en primer lugar se hablará del síndrome de la dependencia del alcohol, haciendo hincapié en la epidemiología, etiología, consecuencias, fases y tratamiento del mismo.

Después se explicará el enfoque teórico de trabajo social escogido en el que se apoya el programa de intervención, y más concretamente la intervención que realiza el trabajador social a nivel individual, familiar y grupal.

Y más adelante, se trata el contexto geográfico, político y social en el que se basa el programa, delimitándolo a la Comunidad Autónoma de Aragón.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Como se ha dicho anteriormente se denomina Síndrome de Dependencia del alcohol o alcoholismo al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después de la ingesta repetida del alcohol y que por lo general incluyen un fuerte deseo de tomar esta sustancia, dificultades para controlar su uso, el consumo persistente a pesar de las consecuencias dañinas, se da mayor prioridad al consumo de drogas que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un estado de abstinencia física (Gobierno de España, 2008).

De esta manera, cuando se habla de dependencia del alcohol, se dice que la persona depende tanto física como psicológicamente del mismo.

La dependencia física se produce cuando el organismo se ha adaptado a la sustancia debido a una vinculación metabólica y bioquímica. Hay una necesidad ineludible e imperiosa de consumir alcohol (Echeburúa, 2001).

Y la dependencia psicológica se refiere a la necesidad subjetiva o al deseo irresistible de beber para poder mantenerse en un estado de equilibrio y de bienestar. Así, el alcohólico no se encuentra bien a menos que beba (Echeburúa, 2001).

Por tanto, cuando una persona comienza a beber de manera excesiva, el consumo de alcohol se va convirtiendo en algo habitual. Al cabo de unos años (normalmente de 5-10 años) y de manera inconsciente, la persona se vuelve dependiente de esta sustancia (Echeburúa, 2001).

Cuando intenta dejar de beber, aparecen unos síntomas negativos o reacciones orgánicas (síndrome de abstinencia alcohólica (SAA)), explicadas más adelante. La persona presenta grandes dificultades para controlar el ansia de beber (*craving*). De esta forma, la persona alcohólica vuelve a beber para aliviar el malestar, entrando en un círculo vicioso del que es complicado salir (Echeburúa, 2001; López, 2007).

Se trata, por tanto, de un proceso progresivo en el que el nivel de gravedad dependerá tanto de la cantidad y años de consumo, como de factores individuales de la persona (Echeburúa, 2001).

Un aspecto a destacar es que en más de un 50% de los casos de personas con dependencia alcohólica aparece otro trastorno adicional. Es decir, hay presente una patología dual o comorbilidad del abuso del alcohol con otro cuadro clínico del eje I (trastornos mentales) o del eje II (trastornos de la personalidad) del DSM-IV. Los trastornos más frecuentes con el abuso de esta sustancia son: el trastorno adicional de la personalidad, la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de otras drogas (Echeburúa, 2001).

A continuación se va a profundizar en el tema del alcoholismo. Se explicará la epidemiología, exponiendo los datos más relevantes recogidos en España durante los últimos años sobre personas con esta problemática; las causas o factores de riesgo que llevan a una persona a comenzar a beber de manera excesiva; las consecuencias que conlleva ser dependiente del alcohol durante años; las fases o manifestaciones que se dan en toda persona alcohólica; y un posible tratamiento desde una perspectiva biopsicosocial de la persona a modo general para poner solución a esta enfermedad.

Los diferentes apartados hacen referencia al alcoholismo primario, es decir, la persona no presentaba otra enfermedad antes de volverse dependiente del alcohol, sino que el alcohol es el factor principal y lo demás son consecuencias del mismo.

Epidemiología

Actualmente, la aceptación social y cultural de las bebidas alcohólicas en nuestro país, se traduce en unas actitudes de gran tolerancia social hacia el consumo de las mismas.

De esta manera, en los últimos años, han ido surgiendo nuevos grupos de consumidores (adolescentes, jóvenes y mujeres) y con ello, más personas que acaban sufriendo el síndrome de dependencia del alcohol (García, Mendieta, Cervera y Fernández, 2003).

Los últimos datos facilitados por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), correspondientes a los años 2009/2010, confirman la enorme prevalencia de consumo que supone el alcohol en nuestra sociedad, como lo acredita el hecho de que el 79% de los ciudadanos entre 15 y 64 años lo hayan consumido alguna vez en los últimos doce meses.

El alcohol es la droga más consumida en nuestro país. La proporción varía dependiendo del sexo, predominando el consumo por parte de los hombres (84 %) frente al de las mujeres (73%), aunque las diferencias son cada vez menos marcadas.

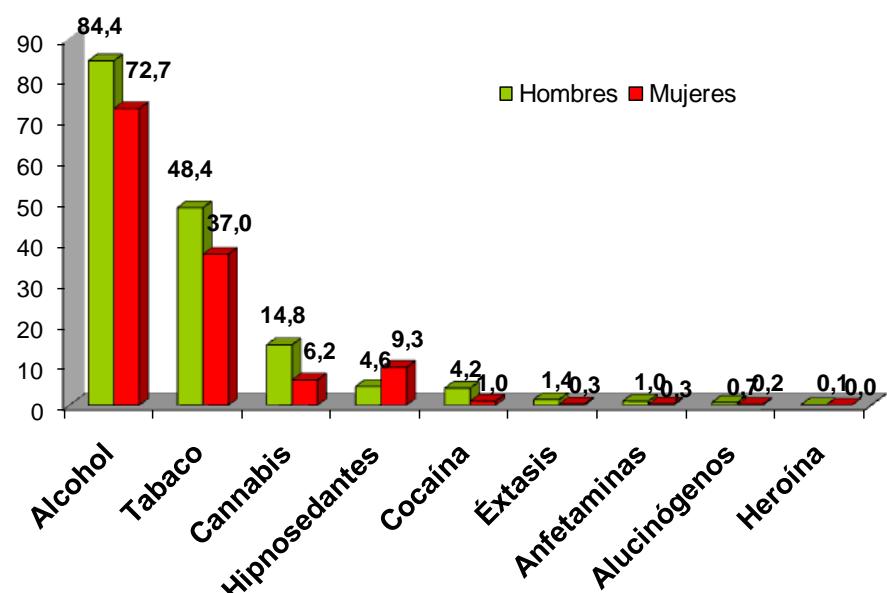


Gráfico 1: Prevalencia del consumo de drogas en España en los últimos 12 meses de 15 a 64 años en 2009-2010.

-Fuente: DGPND. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2010.

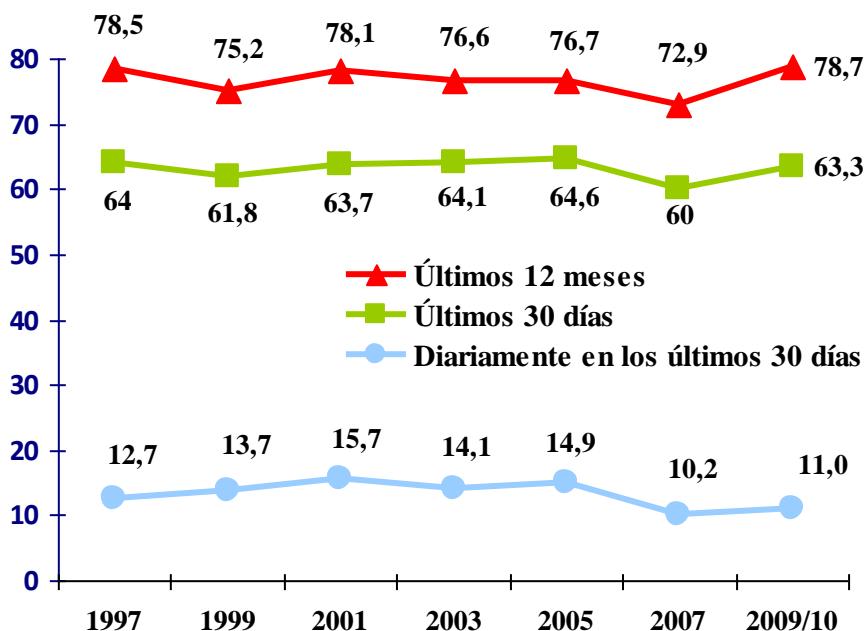


Gráfico 2: Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de 15 a 64 años de edad en los años comprendidos entre 1997 y 2010.

-Fuente: DGPND. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2010.

El consumo se concentra en fines de semana y la bebida más consumida es la cerveza. Con respecto al consumo diario, en los últimos 10 años ha habido un ligero descenso (2%).

Además, desde 2007 ha aumentado la percepción del riesgo para el consumo diario de copas.

Según los datos recogidos por el PNSD en los años 2007-2008 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es 92,7% en hombres y 87,6% en mujeres.

Asimismo, el consumo diario o en días laborables es más elevado en el grupo de mayor edad, y la prevalencia de atracones y borracheras es mayor entre los más jóvenes.

La edad media de inicio en el consumo de esta sustancia, según datos del INE para el año 2007 se sitúa en 16,8, la cual no varía desde el año 1997.

Otro dato importante es que el alcohol está presente en el 90 % de los policonsumos, es decir, que se consume junto con otra o más sustancias psicoactivas (DPNSG. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2010).

En cuanto al consumo de riesgo o perjudicial, a través del AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (anexo I) que es una escala desarrollada por la OMS, y validada en España por G. Rubio, J. Bermejo, M.C. Cabellero y J. Santo-Domingo (1998), para la detección de consumo excesivo de alcohol, se ha confirmado que un 7,4% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida se les puede atribuir dicho consumo perjudicial.

Además, identifica que un 0,3% de las personas muestran una posible dependencia de esta sustancia.

En la encuesta de los años 2007-2008 realizada por la DGPNSD sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (2011, p.12-13) se identifican ciertas actividades, labores y profesiones que predisponen al consumo excesivo del alcohol.

Así, parecen claramente asociados con el consumo diario un nivel bajo de ingresos, bajo nivel de estudios y trabajar en el sector primario, en la construcción o en la hostelería.

Por otra parte, trabajar en la construcción y tener jornada de noche parecen estar asociados a los atracones de alcohol o las borracheras.

Tanto el consumo de alcohol diario como el consumo de alto riesgo en los hombres es mayor entre los directivos/profesionales. En las mujeres, las

diferencias son menores y no se encuentran diferencias significativas tras ajustar por edad, nivel educativo, estado civil y país de origen.

Los hombres que dicen ejecutar tareas peligrosas o en malas condiciones son también los que declaran consumir más alcohol, especialmente los bebedores de alto riesgo o los consumidores de alcohol diario. Las mujeres muestran un patrón similar.

Otro dato a destacar del año 2009, recogido del INE, es que en España hubo un 0.5 % de muertes debido a trastornos mentales ocasionados por el alcohol. Se calcula que en 2004 murieron en todo el mundo 2,5 millones de personas por causas relacionadas con el alcohol, así como su uso nocivo provocó el 3,8% de la mortalidad mundial y un 4,5% de la carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 5).

Etiología

El Síndrome de Dependencia del alcohol es un trastorno multicasual (Díaz y Gual, 2004).

No se puede hablar de la existencia de un patrón igual a todos los alcohólicos en el que se establecen unas mismas causas específicas. Por tanto, se hablará de diferentes factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de padecer la dependencia a esta sustancia.

Así, el trastorno alcohólico resulta de la compleja interacción de diversos factores (disponibilidad, cultura, genética, personalidad...) y cuyo peso específico varía mucho de unos casos a otros. Además, no es necesario que en una persona se den todos los factores de riesgo para que se vuelva dependiente (Echeburúa, 2001).

Del mismo modo, aun existiendo los factores de riesgo se pueden interponer factores de protección que aumentan la resistencia de la persona a desarrollar este trastorno. Los factores de protección pueden ser individuales (sentido de responsabilidad, valores saludables...), familiares (apoyo emocional, estabilidad familiar...), escolares (normas claras sobre conductas aceptables) y socioculturales (modelos adultos y amigos no consumidores de drogas) (Echeburúa, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Asimismo, aclarar que las causas que propiciaron que una persona comenzara a beber en exceso poco tienen que ver con los motivos por los cuales sigue bebiendo en la actualidad. Ya que el trastorno ocasiona consecuencias (crisis en la pareja, dificultades laborales...), pudiendo confundirlas con los aspectos que desencadenaron que empezase a beber.

A continuación, se hará una descripción de los diferentes factores de riesgo que pueden llevar a una persona a depender del alcohol.

La etiología del abuso del alcohol se relaciona con 3 factores generales que tienen puntos de intersección entre sí y dentro de los cuales se dan múltiples factores de riesgo (Díaz y Gual, 2004).

Serían los factores biológicos, los factores psicológicos y los factores sociales.

- **Factores biológicos:** debido a factores genéticos que influyen en el metabolismo del alcohol o en la respuesta del sistema nervioso a esta sustancia, algunas personas presentan mayor susceptibilidad para desarrollar el alcoholismo (Díaz y Gual, 2004).

Hay estudios que demuestran que los hijos de alcohólicos son un grupo de alto riesgo. Estos antecedentes familiares parecen propiciar un inicio más precoz del cuadro clínico, mayor gravedad y resistencia al tratamiento (Echeburúa, 2001).

Los gemelos idénticos presentan mayor probabilidad de padecer alcoholismo que los gemelos fraternos (Díaz y Gual, 2004).

Además, parecen existir predisposiciones fisiológicas: mayor tolerancia gastrointestinal al alcohol. También, suelen ser personas que tras la ingesta de alcohol se sienten mejor y menos intoxicados que las personas de bajo riesgo (Díaz y Gual, 2004).

- **Factores psicológicos:** hay determinados rasgos de personalidad que parecen ser más vulnerables al consumo abusivo del alcohol. Éstos son: inestabilidad emocional, baja autoestima, timidez, falta de habilidades sociales, búsqueda de sensaciones, autoexigencia, etc. Pueden ser personas que tienen trastornos afectivos (depresión, ansiedad), déficit de atención e hiperactividad (Díaz y Gual, 2004).

A todo esto hay que sumarle la actitud de la persona ante el consumo de alcohol, y las estrategias de afrontamiento para hacer frente al mismo, aspectos determinantes para una posible dependencia del alcohol.

Dentro de los factores psicológicos hay que hacer una pequeña alusión al aprendizaje social en el hogar (la actitud de los padres ante el consumo del alcohol) y la posible conducta imitativa influenciada por los compañeros del individuo (Echeburúa, 2001).

- **Factores socioculturales:** el ambiente en el que se desarrolla una persona (familia, escuela, grupo de amigos), la sociedad en general y la cultura influyen en las actitudes y expectativas respecto al consumo de alcohol (Echeburúa, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Los factores de riesgo relacionados con el ambiente familiar son: baja cohesión familiar, conflictos, enfermedades y muertes, dificultades socioeconómicas, abandono o negligencia en las funciones paternales, etc (Díaz y Gual, 2004).

Asimismo, el grupo de amigos puede ejercer cierta presión para el consumo de alcohol, en especial cuando se trata de un barrio o grupo conflictivo. La persona puede ver en los efectos del alcohol la única manera de divertirse el fin de semana, de desinhibirse, como búsqueda de nuevas sensaciones... (Echeburúa, 2001).

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la sociedad y la cultura se podría decir que en nuestro país hay una clara aceptación social por el consumo del alcohol, una disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones...) y una cierta presión de la publicidad que favorecen que la persona comience a beber (Díaz y Gual, 2004).

Consecuencias

La persona que comienza a beber habitualmente olvida que puede perder la capacidad de control sobre su consumo, volviéndose dependiente tanto física como psicológicamente del alcohol.

De esta manera, el consumo excesivo provoca consecuencias socio-sanitarias a corto y largo plazo. En la persona estas consecuencias dependen de la edad, sexo, peso, consumo de alimentos, experiencia anterior con la bebida y el nivel de tolerancia (Díaz y Gual, 2004).

Así, los efectos que produce el alcohol son numerosos, haciendo una distinción entre los efectos que causan una ingesta o intoxicación aguda (accidentes de tráfico, pérdida de equilibrio, sensación de euforia...) y las secuelas del alcoholismo crónico (más a largo plazo) (Díaz y Gual, 2004), que son las que se describirán a continuación.

Ser dependiente del alcohol, consumiéndolo de manera habitual, acarrea unas repercusiones negativas en la persona, apareciendo dificultades en los diferentes planos de la vida de ésta.

Aparecen alteraciones físicas, psicológicas y psiquiátricas, así como repercusiones en el ambiente familiar y social (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

- ***Complicaciones orgánicas/ físicas***

El consumo excesivo y crónico del alcohol puede dañar de forma progresiva todos los órganos. Presentándose los síntomas durante la juventud, ligeros y difusos, mientras que más tarde aparecen de forma definida (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Se ven afectados el sistema respiratorio (infecciones frecuentes, cáncer de pulmón...), el sistema nervioso (polineuritis, pérdida de memoria, agresividad,

depresión, demencia...), el aparato digestivo (irritación, vómitos, diarreas, hemorragias, cáncer, pancreatitis, cirrosis...), el sistema músculo-esquelético (temblor de manos, debilidad muscular, caídas...), el sistema sanguíneo y circulatorio (arañas vasculares, problemas cardíacos y de coagulación, hipertensión, anemia...) y el aparato reproductor (infertilidad, malformaciones y retraso del crecimiento en el feto...) (Díaz y Gual, 2004).

A niveles generales, los órganos más perjudicados por la ingesta abusiva del alcohol son: el hígado y el cerebro. En el hígado se metaboliza el 90-95% de esta sustancia. Asimismo, el páncreas y el estómago se ven gravemente afectados (Díaz y Gual, 2004).

- ***Alteraciones psicológicas y psiquiátricas***

El alcoholismo crónico se asocia con síntomas de depresión, ansiedad, alucinaciones, delirios, problemas de memoria y trastornos de la personalidad (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, la depresión es la más frecuente (80%). Puede aparecer como consecuencia de los efectos derivados de la bebida (deterioro físico, pérdida de la familia, problemas laborales...) generando en la persona una sensación de desánimo y apatía. En ocasiones, se da el suicidio, debido al efecto desinhibidor del alcohol sobre la conducta (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

También se pueden presentar trastornos del sueño, que hacen que la persona se despierte con sensación de extremo cansancio (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

El trastorno neurológico más habitual es el síndrome de Wernicke-Korsakov, debido a la carencia de vitamina B1 (tiamina). En la fase aguda del síndrome se observa la encefalopatía de Gayet-Wernicke: alteraciones oculomotoras, fuerte ataxia cerebelosa y estado confusional. Durante la fase crónica, aparece

la psicosis de Korsakov: alteración de la memoria de fijación y de la memoria reciente, mientras que la memoria inmediata se conserva intacta, así como el resto de las funciones cognitivas (Díaz y Gual, 2004).

Asimismo, debido a la destrucción gradual y progresiva de las neuronas pueden aparecer diversos grados de demencia, deteriorándose las funciones intelectuales (toma de decisiones, autocrítica), de memoria y de personalidad (agresividad, irritabilidad, alteraciones del humor, desconfianza) (Díaz y Gual, 2004).

- ***Repercusiones a nivel psicosocial***

El alcoholismo afecta inevitablemente a la vida familiar, produciendo una desestructuración progresiva, llegando en algunos casos a una total desintegración familiar (Gradillas, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Cada miembro de la familia actúa frente al alcohólico de una manera determinada.

A rasgos generales, se intenta dejar a los hijos al margen del problema, provocando incomunicación, negligencia emocional... Así, las consecuencias sobre el desarrollo de éstos suelen ser negativas, y varían dependiendo de la edad, carácter, ayuda de otros familiares... (Díaz y Gual, 2004).

La pareja/cónyuge del alcohólico suele evolucionar de la siguiente manera: primero suele negar el problema (justifica el hábito de consumo), pasado un tiempo toma conciencia e intenta diferentes estrategias para que deje de beber, ocasionando poco a poco un distanciamiento emocional, debido a que en la mayoría de los casos la persona alcohólica no reconoce el problema (Díaz y Gual, 2004).

Además, como el consumo abusivo del alcohol provoca deterioro físico, psicológico y desmotivación impiden a la persona cumplir con sus obligaciones

laborales (absentismo, accidentalidad, despido...) afectando a la economía de la familia (Echeburúa, 2001; Díaz y Gual, 2004).

El distanciamiento de la persona alcohólica con los miembros de la familia se hace igualmente notable en las relaciones con los compañeros de trabajo y con el círculo de amistades. Se produce una marginación y aislamiento social (Echeburúa, 2001; Díaz y Gual, 2004).

Asimismo, el alcoholismo supone unos grandes costes (directos e indirectos) para la sociedad: tratamientos médicos y psicológicos, accidentes, delincuencia, servicios sociales, juicios, etc (Díaz y Gual, 2004).

Destacar los accidentes de tráfico en el que el consumo de esta sustancia está involucrado, suponiendo el 30%-50% de todos los accidentes (Echeburúa, 2001).

Por último añadir que puede haber repercusiones legales como multas, privación de la libertad o retirada del permiso de conducir (Díaz y Gual, 2004).

Fases

El alcoholismo se caracteriza por la pérdida de control respecto a la bebida, y denota en el sujeto la incapacidad de abstenerse. De esta manera la persona se vuelve dependiente del alcohol, tanto física como psicológicamente, apareciendo 3 fenómenos o fases (Echeburúa, 2001):

1. Apetencia: aparece una exagerada necesidad, considerada irresistible, de tomar bebidas alcohólicas. La persona intenta reducir o interrumpir la ingesta alcohólica, pero le resulta imposible. Tampoco controla la cantidad consumida. Poco a poco las pautas de consumo se vuelven fijas y estereotipadas: bebe todos los días y a todas las horas. La bebida toma primacía en el alcohólico, perdiendo importancia otros aspectos de la vida (Gradillas, 2001; Gobierno de España, 2008).

2. Tolerancia fármaco-dinámica: tiene directa relación con la apetencia y se desarrolla en un período de 5 a 10 años. La persona precisa crecientes cantidades de alcohol para conseguir unos efectos determinados (embriaguez, alivio de la ansiedad...). El sujeto puede interpretar erróneamente la tolerancia como que es más resistente al alcohol, cuando en realidad significa que ya se han puesto en marcha los mecanismos de la adicción al alcohol y ya se han producido cambios en el cerebro: neuroadaptación (adaptación neuronal ante la presencia del alcohol) (García et al., 2003; Gobierno de España, 2008).

3. Abstinencia: la persona que ha abusado del alcohol durante muchos años intenta suprimir o reducir sustancialmente su ingestión, pero a partir de las 4 y 12 horas de ausencia brusca del alcohol en el organismo aparece el SAA, que es una reacción del organismo. Los síntomas suelen alcanzar su mayor intensidad el segundo día de abstinencia y pueden permanecer durante unos días (López, 2007). La persona comienza a tener temblores, ansiedad, aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca y respiratoria de la temperatura corporal (Díaz y

Gual, 2004). En ocasiones, el síndrome se vuelve más complicado surgiendo convulsiones o crisis epilépticas (3% de los casos) y finalmente puede aparecer el delirium tremens (DT) (5% de los casos) (López, 2007).

El DT es un estado agudo fluctuante, caracterizado por la disminución del nivel de conciencia o confusión, la aparición de alucinaciones y el temblor. Suele acompañarse de agitación, insomnio e hiperactividad vegetativa y puede llevar a la muerte si no se trata adecuadamente (Díaz y Gual, 2004).

Tratamiento

En la actualidad existen múltiples tratamientos que ayudan a la persona con los problemas derivados del alcohol.

El tratamiento debe adecuarse a las necesidades individuales y específicas de cada persona, por lo que no existe un único tratamiento efectivo común a todas las personas alcohólicas.

A continuación, se expondrán los aspectos generales y más relevantes que se pueden seguir en un centro especializado (con un equipo multiprofesional) para el tratamiento del alcoholismo o varios centros en coordinación dependiendo de la capacidad de cada uno.

En primer lugar, la persona debe reconocer que tiene un problema y voluntariamente decide acudir a un centro para iniciar el tratamiento.

El profesional deberá evaluar plenamente a la persona para aplicarle, según sus necesidades y problemáticas concretas, la terapia más idónea (Gradillas, 2001).

Para ello, se llevará a cabo una entrevista para conocer en qué fase del cambio se encuentra (aún no está preparado para el cambio –contemplación-, quiere solucionar su problema en un futuro próximo –preparación para la acción–...) y poder establecer unos objetivos y estrategias para trabajar (Guardia, 2008). Además, se efectuará un estudio del nivel adictivo (Escala CIWA). (Instituto Spiral, 2012) (Anexo II) y se realizará el test AUDIT.

En segundo lugar, una vez decidido el régimen de tratamiento individualizado comienza la intervención por parte del/los profesionales, con una primera etapa denominada “desintoxicación” (o de preparación si la persona llega desintoxicado) (Guardia, 2008).

De esta manera, las medidas que se llevarán a cabo dentro del tratamiento de desintoxicación serán:

- **Tratamiento médico (farmacológico):** la necesidad de recurrir a fármacos va a depender de la situación de la persona. Para tratar el SAA suelen utilizarse fármacos hipno-sedativos (benzodiacepinas o clormetiazol), anticomiciales, simpaticolíticos (betabloqueantes) y antidopaminérgicos (triapide). Además, para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff se requiere un aporte vitamínico (tiamina) (Guardia, 2008).
- **Medidas psico y socio-terapéuticas:** se intentará motivar y animar a la persona a proseguir con el tratamiento, reforzando su decisión e implicando a la familia, siempre que sea posible (Instituto Spiral, 2012).

La segunda etapa del tratamiento es la denominada “deshabituación”, que es la verdadera etapa curativa, con medidas psicoterapéuticas y de soporte psiquiátrico si es preciso. Dura alrededor de 6 meses. (Instituto Spiral, 2012).

El tratamiento de deshabituación busca eliminar la conducta condicionada al consumo del alcohol, mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, búsqueda de nuevas alternativas, prevención de recaídas y tratamiento de la psicopatología asociada (Guardia, 2008).

El tratamiento engloba las siguientes medidas:

- **Psicoterapia:** es la parte más importante del tratamiento. Se sigue un plan individualizado basado en:
 - *Psicoterapia individual:* en un espacio íntimo trata de favorecer el cambio o conseguir el crecimiento psicológico. Puede o no complementarse con la psicoterapia grupal. Abarca las dimensiones adictolítica, estructural y psicoeducativa. (Instituto Spiral, 2012).
 - *Psicoterapia grupal con usuarios:* grupos pequeños y dirigidos por un profesional. (Instituto Spiral, 2012).
 - *Terapia familiar o multifamiliar:* programa simultáneo al individual. Abarca las dimensiones funcional, psicoeducativa, estructural,

observacional, adictolítica, ocupacional, formativa y cultural y lúdica. (Instituto Spiral, 2012).

- **Intervención psiquiátrica:** algunas personas (alrededor del 60%) presentan complicaciones psicopatológicas propias del alcoholismo y trastornos asociados, agravados por el mismo. Los tratamientos farmacológicos de las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son (Instituto Spiral, 2012):
 - *Trastornos agudos* (embriaguez patológica, estados crepusculares...): supresión absoluta e inmediata de la ingesta de alcohol. (Instituto Spiral, 2012).
 - *Trastornos subagudos y crónicos* (alucinosis, psicosis de Korsakov...): abordaje a través de fármacos como el triperidol, clotiapina (agresividad), clotiapina (ansiedad), etc. (Instituto Spiral, 2012).
 - *Trastornos afectivos* (síndrome depresivo o trastornos adaptativos hipotímicos): fármacos como los tricíclicos o tetracíclicos. También benzodidacepinas. (Instituto Spiral, 2012).
 - *Trastornos psicopatológicos asociados* (depresiones severas, psicosis...): hay que adoptar ciertas precauciones, sobre todo al principio, para garantizar la abstinencia. (Instituto Spiral, 2012).
- **Otras medidas de actuación:** soporte farmacológico sí el usuario lo precisa (anticraving...) y supervisión estrecha de la evolución. (Instituto Spiral, 2012).

Finalmente, hay una tercera etapa: transición de alta y postcura, que consiste en la preparación para el alta. (Instituto Spiral, 2012).

Se valora la aplicación de recursos adquiridos y métodos para solucionar problemas. El usuario tiene que tener una sensación de haber superado

satisfactoriamente la etapa del tratamiento, e intentar (mediante estrategias aprendidas) mantenerse abstinente. Posteriormente se realizarán entrevistas para no perder el contacto y poder establecer un seguimiento. (Guardia, 2008, Instituto Spiral, 2012).

ENFOQUE TEÓRICO

El modelo teórico del trabajo social escogido y en el que se va a fundamentar este trabajo sobre el alcoholismo es el **modelo psicosocial**, ya que el tratamiento de la adicción al alcohol parte del abordaje multidisciplinar que integra las dimensiones biológica, psicológica y social.

El modelo psicosocial se basa en la teoría de sistemas para la recogida de datos, la formulación del diagnóstico o la elaboración del plan de acción. Se dirige a la persona que pide ayuda en su contexto, percibiéndola en relación con las interacciones y transacciones de su entorno. Es necesario conocer todos los elementos del sistema ya que un cambio en uno de ellos provoca cambios en sus relaciones con los otros, en el interior de ellos mismos y por tanto, en el conjunto del sistema (Du Ranquet, 2007).

Dentro de este modelo de Trabajo Social, los representantes más conocidos son las autoras Mary Richmond (publica *Social Diagnosis* y *What is Social Casework*), Gordon Hamilton y Florence Hollis (Escartín, 1992).

G. Hamilton permite al *casework* abrirse a una visión más global. Insiste en el concepto de persona en situación (persona, situación e interacción entre ambas), como ámbito psicosocial de la práctica (Du Ranquet, 2007).

Según G. Hamilton el usuario debe ser un participante activo en el trabajo de campo. Así la persona dependiente del alcohol, para que pueda rehabilitarse deberá colaborar activamente en todo el proceso para una efectiva recuperación.

G. Hamilton entiende al ser humano como organismo bio-psico-social, por tanto el problema y tratamiento deben ser abordados en un proceso psicosocial, incluyendo factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales (Escartín, 1992). Para que la persona alcohólica pueda recuperarse en su totalidad es importante tener en cuenta todas las dimensiones de la persona: biológica, psicológica y social.

Esta autora expone que hay que movilizar al usuario en una dirección: evolución, crecimiento y adaptación a la realidad. Esto es, que en el tratamiento de la persona alcohólica lo que se busca es un crecimiento y cambio en determinados aspectos de la persona para una reinserción en la sociedad.

El objetivo de G. Hamilton es que el trabajador social proporcione servicios y consejos para la solución de los problemas. De esta manera, en el programa de intervención se plantearán desde el punto de vista del trabajador social diversas alternativas a los usuarios, en función de sus necesidades individuales, haciéndoles partícipes del proceso para que sean ellos quienes tomen las decisiones. Motivar una actitud activa y participativa.

Dentro del enfoque psicosocial la otra autora relevante es Florence Hollis, que comienza a publicar en 1940. Utiliza el concepto de G. Hamilton de persona en situación. Expone que la persona que será ayudada, o tratada, debe ser vista en el contexto de sus interacciones y transacciones con el medio y que el tratamiento parte de las necesidades del usuario (Du Ranquet, 2007). Así el trabajador social ante una persona dependiente del alcohol hará en primer lugar un diagnóstico de la situación y determinará cuáles son las necesidades sobre las que se intervendrá (o tratará). Se tendrá en cuenta a la persona con problemas dentro del entorno/contexto en el que se desenvuelve (situación familiar, económica, social...).

F. Hollis plantea una serie de principios: el trabajador social debe preocuparse por el usuario, así como respetar las decisiones que este tome, las necesidades del usuario son el foco de atención, la comprensión debe ser científica y objetiva, el trabajador social debe asumir ciertas responsabilidades (Escartín, 1992; Du, Ranquet, 2007).

Al igual que G. Hamilton, dice que el usuario es activo dentro del proceso de solución de los problemas.

A partir de los años 60 este modelo defiende la idea de que es la propia persona con problemas la que debe solicitar ayuda. Así el usuario ha de estar consciente e interesado en su problemática.

En el modelo psicosocial la entrevista está en la base de la relación de ayuda: el trabajador social y el usuario se interrelacionan estableciendo un contrato terapéutico a fin de que se produzcan cambios conscientes en la persona para modificar o superar sus problemas (Escartín, 1992).

Las fases de la metodología de intervención son: estudio, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento y evaluación (Escartín, 1992).

De esta manera en la fase inicial se realiza un estudio (psicosocial) que consiste en conocer al usuario en su situación, es decir, a la persona, a su entorno (familia, relaciones vecinales...) y el problema o demanda. Esto es a través de una primera y sucesivas entrevistas (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007). En el programa de intervención, en primera instancia, para poder conocer los casos se realizará una primera entrevista, clave para establecer una buena relación y conocer a la persona. Además, se trata de comprometer al usuario.

La fase de diagnóstico (proceso dinámico que se modifica en función de los cambios del usuario) donde a través de toda la información recogida previamente se hace una síntesis de la situación psicosocial del usuario (y su sistema) y del problema que presenta. También se establecen relaciones de posible causa-efecto que tienen o han tenido incidencia en el problema actual, así como se ponderan los elementos y recursos personales, familiares y sociales que pueden utilizarse para mejorar la situación y los elementos negativos que influirán (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007).

En la fase de plan de trabajo, se establecen objetivos y tareas con el usuario, tanto a corto como a largo plazo, así como diseñar estrategias para modificar la situación (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007).

La fase del tratamiento es la acción propiamente dicha. Se ayuda al usuario utilizando los recursos de la comunidad en su favor (orientación y gestión de recursos sociales...) y a que afronte su problema, estimulándolo para asumir situaciones de conflicto y fortaleciendo su ego, ayudándolo a comprenderse a sí mismo y su situación, etc. (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007)

Las técnicas de tratamiento, siguiendo a F. Hollis, implican una serie de destrezas específicas y son: sostén y orientación (contacto, tranquilización, relajación...), comprensión (el usuario toma conciencia de todo lo que influencia su situación actual), ventilación y exploración (facilitar la libre expresión de sentimientos y emociones), reflexión (el usuario reflexiona sobre su situación). Otras técnicas son la observación, las visitas familiares o las técnicas de documentación y sistematización de datos (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007).

En el programa de intervención se propone que los usuarios comprendan su problema y el trabajador social les ayudará a buscar alternativas a la ingesta de la bebida, utilizando, en la medida de lo posible, los propios recursos de la persona y también, ofreciendo los recursos de Servicios Sociales (SS.SS), así como tratar de modificar la conducta de dependencia del alcohol.

Y la última fase, la de evaluación, se refiere a la fase donde se termina la relación de ayuda, bien porque se ha producido un adecuado grado de resolución de los problemas del usuario, o bien porque el trabajador social deriva el caso (Escartín, 1992). De esta manera, el usuario dejará de formar parte del programa de intervención cuando cumpla unos requisitos de mejora y se diagnostique que se encuentra rehabilitado, o porque se deriva el caso a otros recursos más apropiados a sus necesidades.

De todas formas, la fase de evaluación hace referencia de igual modo, al proceso dinámico y continuo que realiza el trabajador social desde que un usuario comienza el programa, valorando y evaluando cada paso que da, para

poder conocer los cambios que se van dando e intervenir ante posibles dificultades que vayan surgiendo.

Por último, y en relación con lo expuesto anteriormente sobre la teoría de los sistemas, una manera productiva para entender, estudiar e intervenir con las familias es desde un enfoque sistémico (Escartín, 1992).

El fundador de este modelo ha sido Ludwig von Bertalanffy. Este enfoque sustenta sus principios teóricos en un paradigma totalizador y generalista de los hechos sociales, bajo una visión circular-relacional. La atención se centra en el grupo familiar, no en el individuo particular. Considera a los miembros de la familia como elementos de un circuito en interacción, donde el comportamiento de uno influye sobre los otros (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007).

De esta manera, la intervención con la familia comienza en el momento en que se establece una relación trabajador social-familia, la cual influirá en las relaciones familiares (Escartín, 1992).

En el primer contacto es importante recoger la máxima información de la familia y su contexto. El diagnóstico debe centrarse en el sistema total, en el contexto donde éste se desarrolla y actúa, y en la estructura y las interacciones que mantienen la familia (Escartín, 1992).

La base de la acción en la dinámica familiar, desde el modelo sistémico, va a ser descubrir la función que tiene el síntoma (problema del alcohol en este caso) en la familia. Es decir, explicar cómo, cuándo y para qué se encaja el síntoma en la familia y qué relación tienen los diferentes miembros de la familia con él y a partir de ahí establecer objetivos y determinar una estrategia para que poco a poco la situación familiar vaya mejorando y el síntoma vaya desapareciendo (Escartín, 1992; Du Ranquet, 2007).

CONTEXTO GEOGRÁFICO

Para el desarrollo del programa de intervención en personas dependientes del alcohol, se ha tenido en cuenta el contexto geográfico de la Comunidad Autónoma de Aragón y más concretamente la ciudad de Zaragoza.

Aragón, situado al noreste de la península ibérica, es un territorio de más de 47.500 kilómetros cuadrados de superficie. Formado por las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel, tiene una población total de 1.342.926 habitantes, de los cuales el 72,1 % pertenecen a la provincia de Zaragoza, un 16,9 % a la provincia de Huesca y el 10,9% a Teruel (Gobierno de Aragón, situación de Aragón, 2012).

En cuanto a la ciudad de Zaragoza, capital de la comunidad, se contabilizan más de 660.000 habitantes, concentrando así más del 50 % de la población total de Aragón y convirtiéndose en la quinta ciudad española en población (Instituto Nacional de Estadística, 2010).

Respecto a los recursos existentes, la Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con una red de recursos de atención a las drogodependencias, que está formada por centros de titularidad pública y recursos privados debidamente autorizados y/o acreditados, que bajo la coordinación del Gobierno de Aragón, ofrecen una atención diversificada, profesionalizada e interdisciplinar. Estos recursos se encuentran distribuidos por todo el territorio aragonés garantizando la accesibilidad al mismo (Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, 2012).

De esta manera, en Aragón la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias constituye el marco básico de actuación para abordar el fenómeno que supone el abuso de sustancias psicoactivas y el desarrollo de patologías adictivas. El objeto de esta Ley es establecer criterios que permitan una adecuada coordinación de instituciones y

entidades, tanto públicas como privadas, que actúan en el ámbito de las drogodependencias (Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo, 2011).

El instrumento para esta regulación es el Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, que comprende cuatro áreas de actuación: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información (Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo, 2011).

Dentro del área de asistencia, hay centros especializados (Unidades de Seguimiento de Adicciones (UASA), comunidades terapéuticas, centros de Salud Mental y Unidades de Corta Estancia de hospitalización psiquiátrica para desintoxicación) y Centros de Salud de Atención primaria (atención a alcoholismo) para la detección de las drogodependencias (Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo, 2011).

Además, hay diversas organizaciones de ayuda mutua (EJ: asociaciones) destinadas a la deshabituación y rehabilitación del alcoholismo (u otras sustancias) que cuentan con la financiación para determinadas actividades del Departamento de Salud y Consumo (Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo, 2011).

A continuación, se citarán los recursos específicos que hay en la Comunidad Autónoma de Aragón que desarrollan programas de intervención para el tratamiento y rehabilitación de personas drogodependientes, siempre y cuando incluyan el alcohol.

En primer lugar, Aragón cuenta con las UASA que son centros de referencia en cada uno de los Sectores Sanitarios que abordan las adicciones a sustancias psicoactivas, como es el alcohol.

Se distribuyen a lo largo de toda la comunidad, y se encuentran en:

- UASA Zaragoza
- UASA Cruz Roja Zaragoza

- Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) Ayuntamiento de Zaragoza
- UASA Huesca
- UASA Alcañiz
- UASA Barbastro
- UASA Calatayud
- UASA Cinco Villas
- UASA Cruz Roja Teruel

Otros centros especializados en el tratamiento y/o rehabilitación de drogodependientes en la Comunidad Autónoma de Aragón son:

- *Asociación Bajo Aragonesa de Ayuda al toxicómano (ABAT) –Nueva Vida- en Andorra (Teruel)*. Entidad privada de carácter social que realiza campañas de prevención y atención de drogodependencias.
- *Asociación Naxé –Afectados por la Droga- en Jaca (Huesca)*. Entidad sin ánimo de lucro dirigida a la desintoxicación y rehabilitación social de drogodependientes (Asociación Naxé, 2012).
- *Asociación Ibón de Drogodependencias en Sabiñánigo (Huesca)*.
- *Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Aragón (FARA)*: entidad sin ánimo de lucro que tiene por objeto promover, impulsar y orientar al movimiento asociativo de los enfermos alcohólicos rehabilitados para su reintegración social, así como servir de interlocutor con las administraciones públicas, entidades privadas y con la sociedad en general (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Aragón, 2012). Las asociaciones que la componen son:
 - *Asociación de Alcohólicos Rehabilitados (ALBADA) en Zaragoza*. Se dedica a la prevención, asistencia, atención y rehabilitación de personas alcohólicas (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, 2012).

- *Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR) – José Bielsa "El Lindo"- en Andorra (Teruel).* Formada por un grupo de adictos rehabilitados o en fase de rehabilitación que a través de su experiencia ayudan a aquellos en situaciones similares, teniendo como finalidad la recuperación y rehabilitación de adictos de cualquier índole (Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados, 2012).
 - *Asociación Cinco Villas de Alcohólicos Rehabilitados (ACVAR) en Ejea de los Caballeros (Zaragoza).* Entidad que busca la rehabilitación de las personas con un problema de dependencia de drogas (Asociación Cinco Villas Alcohólicos Rehabilitados, 2012).
 - *Asociación de Alcohólicos Rehabilitados (BILBILIS) en Calatayud (Zaragoza).*
- *Comunidad Terapéutica El Frago, en el Frago (Zaragoza).* Centro dedicado a la rehabilitación y reinserción de politoxicómanos.
 - *Alcohólicos Anónimos (A.A.):* ayuda a las personas alcohólicas a su recuperación y la sobriedad continua, a través de grupos de A.A. Hay varios grupos de alcohólicos anónimos distribuidos a lo largo de toda la Comunidad Autónoma (Teruel, Sabiñánigo, Calatayud, Tarazona...) (Alcohólicos Anónimos, 2012).

Y concretamente en la ciudad de Zaragoza:

- *Asociación de Alcohólicos Rehabilitados (ALBADA),* explicada anteriormente.
- *Alcohólicos Anónimos.* En la ciudad de Zaragoza hay varios grupos de AA: Grupo Las Fuentes, Grupo Miraflores, Grupo Delicias, Grupo Venecia, Grupo Actur y Grupo Armonía.

- *Fundación Centro de Solidaridad Zaragoza (C.S.Z) -Proyecto Hombre-*. Lleva a cabo tareas de investigación, divulgación y prevención de los riesgos de las adicciones, así como la atención a personas con problemas asociadas a las mismas y a sus familias, mediante una metodología educativa-terapéutica (Fundación Centro de solidaridad Zaragoza, 2012).

La fundación dispone de cuatro programas: programa de familias, programa de prevención, Centro de Tratamiento de Adicciones (tratamiento ambulatorio organizado en tres áreas coordinadas entre sí: Área de Diagnóstico, Área de Tratamiento y Área de Altair) y Proyecto Hombre (recurso residencial que sirve de instrumento psicoterapéutico educativo para personas drogodependientes, sus familias y acompañantes. (Fundación Centro de solidaridad Zaragoza, 2012).

- *Parroquia del Carmen-Programa Alcozara-*. Entidad sin ánimo de lucro que a través del programa Alcozara ofrece una rehabilitación para personas (normalmente sin hogar) con problemas de alcohol. Ofrece tratamiento terapéutico a dos niveles (Internamiento (varones exclusivamente) y Centro de Día (ambos sexos)). (Parroquia Ntra. Sra. Del Carmen, 2012).
- *Comunidad Psicoterapéutica "La Encina" de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl*. Cuenta con un Centro de Día en Utebo (centro de rehabilitación para personas sin hogar con dependencia de alcohol), un piso tutelado en Casetas (para aquellos que están realizando el proyecto de rehabilitación) y un piso de inserción en Zaragoza (para quienes están en la última fase del programa) (Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, 2012).
- *Instituto Hipócrates*. Institución privada especializada en el tratamiento de personas con trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas. El programa terapéutico incluye 4 fases para la recuperación de la persona: desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción. Se fomenta la

participación de las familias en el proceso de recuperación. (Instituto Hipócrates, 2012).

- *Fundación Doctor Valero Martínez -ASAREX- , como continuación de la Asociación Aragonesa de Ex-Alcohólicos.* Tiene la Sede Social en Zaragoza y Delegaciones en Huesca y Teruel. De carácter socio-sanitario, ofrece información, asistencia, atención y rehabilitación al enfermo alcohólico y de su familia (Fundación Doctor Valero Martínez, 2012).

CONTEXTO POLÍTICO

En España, el organismo que coordina y potencia las políticas en materia de drogas es el Plan Nacional sobre Drogas -PNSD-. Es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

En cuanto a la legislación sobre drogas, y más concretamente la de alcohol, dentro del PNSD se recoge la normativa internacional, la normativa de ámbito estatal y la normativa de ámbito autonómico.

En cuanto a la normativa estatal que regula la venta, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas se encuentra, ordenada de manera cronológica, la siguiente:

1. Real Decreto 1100/1978, de 21 de mayo, por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado.
2. Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el reglamento general de policía de espectáculos públicos y actividades recreativas.
3. Ley 34/1988, de 11 de noviembre, general de publicidad.
4. Orden de 7 de noviembre de 1989, en la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos dependientes del M.E.C. (Ministerio de Educación, cultura y Deporte).
5. Real Decreto 1045/1990, de 27 de julio, que regula las tolerancias admitidas para la indicación del grado alcohólico volumétrico en el etiquetado de las bebidas alcohólicas destinadas al consumidor final.

6. Ley 10/1990 de 15 de Octubre del deporte en su artículo 67 prohíbe la introducción y venta de toda clase de bebidas alcohólicas en las instalaciones en las que se celebren competiciones deportivas.
7. Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de protección de la seguridad ciudadana.
8. Ley 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.
9. Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.
10. Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo.
11. Ley 24/2003, de 10 de julio, de la viña y del vino.
12. Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de horarios comerciales.
13. Orden ITC/3707/2006, de 22 de noviembre, por la que se regula el control metrológico del estado de los instrumentos destinados a medir la concentración de alcohol en el aire espirado.
14. Ley 1/2010, de 1 de marzo, de reforma de la Ley 7/1996, de 15 de enero, de ordenación del comercio minorista.
15. Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual.

En cuanto a la capacidad legislativa de las Comunidades Autónomas en materias directa o indirectamente relacionadas con el fenómeno de las drogas, cada comunidad recoge una normativa específica sobre drogodependencias. Todas desarrollan determinados parámetros claves teniendo como objetivo

central el establecimiento y regulación de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas por el uso y/o abuso de sustancias que pueden generar dependencia u otros trastornos adictivos (Cobas, 2005).

De esta manera, en la Comunidad Autónoma de Aragón, la normativa en materia de alcohol es la siguiente:

1. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
2. Decreto 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores.
3. Ley 11/ 2005, de 28 de diciembre, de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón.

CONTEXTO SOCIAL

En nuestra sociedad, el consumo de bebidas alcohólicas es un hábito extendido y culturalmente aceptado. El beber alcohol no es un hábito exclusivo de la población adulta, y es que cada vez son más los jóvenes que ingieren esta bebida, especialmente durante el tiempo de ocio el fin de semana.

En cuanto a la dependencia del alcohol, en la actualidad, muchas personas lo ven como una consecuencia inevitable, y no como una enfermedad. De esta forma, beber de forma moderada parece un acto normal dentro de determinadas situaciones (un evento especial, como forma de divertirse...) mientras que ingerir esta sustancia de forma abusiva parece suponer un problema y suele estar mal visto por la sociedad (Díaz y Gual, 2004).

En general, el estrato socio económico de estas personas es bajo, ya que la situación de dependencia del alcohol suele acarrear problemas económicos (pérdida del puesto de trabajo...).

Asimismo, el consumo de alcohol provocó en España en el año 2004 más de 8.000 muertes anuales, representando más del 2% de la mortalidad total (Villalbí, 2008). El alcohol supone el 46% de los homicidios y el 25 % de los suicidios totales. (Rubio Valladolid y Santo-Domingo Carrasco, 2000).

Además, la bebida es responsable del 40% de los accidentes de tráfico. Del mismo modo, el alcohol etílico es el responsable de numerosas enfermedades, como de las pancreatitis agudas (42%), de los cánceres de esófago (75%), de laringe (46%), etc. (Rubio y Santo-Domingo, 2000).

En cuanto al coste económico de los problemas derivados del consumo de alcohol, es de más de 3.800 millones de euros al año en España equivalente al 16% del presupuesto de la sanidad pública. Al año se producen 165.000

ingresos hospitalarios derivados de la ingesta de alcohol. (Rubio y Santo-Domingo, 2000; Villalbí, 2008).

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ALCOHÓLICAS

**- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR
SOCIAL-**



INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Autónoma de Aragón hay diferentes asociaciones, sin ánimo de lucro, que llevan a cabo programas dedicados a la rehabilitación de personas con problemas de alcohol.

Para ello, desde el Departamento de Salud y Consumo de esta comunidad, se conceden subvenciones de salud pública para entidades sin ánimo de lucro que desarrollan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

De esta manera, lo que se propone en este trabajo es un programa de rehabilitación y reinserción social para personas alcohólicas y/o sus familiares, que se pueda llevar a cabo desde una asociación, financiado a través de una subvención del Gobierno de Aragón.

A continuación se presentará el programa de manera general, haciendo hincapié en los requisitos que se exigen a los usuarios para poder acceder al mismo, así como los diferentes profesionales de que dispondrá, y funciones que desempeñarán.

Posteriormente, y centrándose en la figura del trabajador social, se dedica un gran apartado a la intervención que realiza este profesional dentro del programa. Para ello, se dividirá en diferentes módulos, relacionados directamente con las funciones que desempeña el trabajador social en este programa, cada uno de los cuales incluirá unos objetivos, una metodología, una temporalización y una evaluación del módulo específica.

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El programa se desarrollará en un centro (espacio) de la asociación, con suficiente capacidad para desarrollar las diferentes actividades y con varios despachos para que puedan realizar su trabajo los profesionales.

El centro tendrá carácter de régimen intermedio, ofreciendo un programa de mañana y tarde. Abierto de lunes a viernes de 9:00h a 13:00h y de 16:00h a 20:00h. Por tanto, la persona, aún continuando en su entorno social y durmiendo en su casa, permanecerá en el centro varias horas al día, siendo una atención intensa y frecuente.

Como la rehabilitación de alcohólicos constituye un proceso complejo que debe reunir un conjunto de actuaciones, recursos y exigencias mínimas para garantizar su efectividad, el tratamiento será individualizado, amplio, flexible, dilatado en el tiempo, diversificado e interdisciplinar (Becoña, 2004).

De forma continuada, el centro ofrecerá atención a 12- 15 personas con esta problemática, alrededor de 6-8 meses. Tiempo en el que se prevé que la persona consiga una efectiva rehabilitación. Aún así, dependiendo de la evolución del usuario el tiempo puede variar.

Es imprescindible que los usuarios hayan superado la fase de desintoxicación alcohólica (neutralización de los SAA) y se encuentren en la etapa de deshabituación, en la que se supera el hábito, la dependencia. Es decir, previamente al ingreso la persona ha pasado por un tratamiento médico para aminorar el SAA, incluso ha podido necesitar una desintoxicación hospitalaria.

La forma de ingresar en el centro será o bien a través de un centro derivador (UASA, otra asociación...), o por medio de un profesional sanitario que exponga el caso particular al centro. El interesado o la familia también pueden llamar directamente.

De todas maneras, antes de ser aceptado en el centro, tendrá que facilitar una analítica, en la que se demuestre entre otros aspectos esta desintoxicación alcohólica.

Otros requisitos que se exigirán para poder ingresar en el centro son:

- Ser mayor de edad.
- Padecer exclusivamente adicción al alcohol. No se aceptan personas policonsumidoras.
- Actualmente no pueden ingerir alcohol. Si tras la admisión en el programa el usuario ingiere alcohol, tendrá una sanción: durante 15 días no podrá volver al centro. Transcurridos estos días se hará una valoración biopsicosocial para decidir sí vuelve o no al centro.
- Declarar la situación legal y socio-laboral.
- No tener déficit psicofísico severo, ni padecer enfermedad infecto-contagiosa en fase activa.
- Ingresar libre y voluntariamente, con la obligación de firmar contrato y reglamento.

En cuanto a la cuantía que deberá aportar el usuario, en caso de percibir alguna pensión o ayuda económica, pagará el 50% al centro. Si no dispone de ningún tipo de ingreso económico, todo el gasto correrá a cargo del propio centro.

PROFESIONALES

Para poder llevar a cabo el programa de rehabilitación correctamente y para que el usuario reciba una adecuada y total atención biopsicosocial, el centro contará con un equipo multidisciplinar.

De esta manera, el equipo profesional estará formado por un médico, un psicólogo y un trabajador social. Además, contará con un responsable de administración que realizará la gestión administrativa del centro en relación con el programa y con la ayuda de personas voluntarias, quienes llevarán a cabo los talleres socioculturales.

A continuación se presentan las funciones que desempeñarán el médico, el psicólogo y el trabajador social dentro del programa:

- **El médico**, que irá dos días a la semana al centro, se encargará de:
 - Atención de la sintomatología del SAA. Si el usuario lo requiere le administrará fármacos.
 - Prevención, detección y atención de la patología orgánica y psiquiátrica asociada a la conducta adictiva.
 - Formación en Educación para la Salud
 - Realización del diagnóstico del área biológica del usuario para una valoración conjunta con el resto de profesionales.
- **El psicólogo**, que trabajará de lunes a viernes de acuerdo con el horario del programa, realizará:
 - Terapias individuales. Los objetivos, entre otros, serán: concienciar al usuario de su problema y motivarlo para que adquiera compromiso, extinguir actitudes y conductas desadaptativas y enseñar nuevos recursos personales, estrategias para el manejo de la ansiedad y aumento de la autoestima y expectativas de autoeficacia, así como

técnicas de autocontrol y asertividad, habilidades sociales... También analizará y prevendrá posibles recaídas.

- Terapias Multifamiliares.
- Diagnóstico del área psicológica del usuario para una valoración conjunta con el resto de profesionales.

➤ **El trabajador social**, que al igual que el psicólogo, trabajará de lunes a viernes tanto por las mañanas como por las tardes, realizará las funciones de:

- Gestión administrativa.
- Coordinación con otras instituciones para el seguimiento de casos.
- Coordinación interprofesional.
- Información y asesoramiento al usuario y familiares sobre el centro.
- Entrevista de acogida y de admisión del usuario.
- Diagnóstico del área social del usuario para una valoración conjunta con el resto de profesionales.
- Atención personalizada en el ámbito social en función de la situación individual de cada persona a través del seguimiento semanal de los casos: establecimiento de objetivos y de estrategias para llevarlos a cabo, realización de informes sociales, etc.
- Seguimiento individual una vez dado el alta.
- Orientación formativa, laboral y de los diferentes recursos sociales para promover la normalización de la persona.
- Apoyo, información, orientación y capacitación a las familias de los usuarios.
- Dirección de las sesiones grupales semanales.
- Supervisión de los talleres socioculturales que llevan a cabo los voluntarios.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

La figura del trabajador social dentro de este programa de rehabilitación para personas alcohólicas es indispensable.

Se propone varios objetivos generales que son:

- Lograr la rehabilitación alcohólica de la persona.
- Alcanzar la inserción personal, familiar, social y formativo-laboral de la persona para incrementar su calidad de vida.

Su trabajo dentro del programa de rehabilitación se dividirá en 7 módulos específicos, íntimamente ligados con las funciones que desempeña explicadas en el apartado anterior.

Cada uno de los módulos estará compuesto por los objetivos específicos que se plantea el trabajador social dentro del mismo, por una metodología determinada llevaba a cabo con la ayuda de diversas técnicas e instrumentos, por una temporalización y una evaluación del módulo.

Los módulos son:

- MÓDULO 1: Gestión administrativa.
- MÓDULO 2: Coordinación institucional, interprofesional y con la Asociación.
- MÓDULO 3: Atención personalizada en función de la situación individual de cada persona estableciendo objetivos con ella, así como las estrategias para llevarlos a cabo, y realizando una evaluación continuada de cada caso.
- MÓDULO 4: Reinserción formativo-laboral del usuario.

- MÓDULO 5: Apoyo, información, orientación y capacitación de las familias de los usuarios.
- MÓDULO 6: Reuniones grupales con los usuarios.
- MÓDULO 7: Supervisión de las tareas de los voluntarios llevadas a cabo en los distintos talleres socioculturales.

CALENDARIO: Menos las reuniones grupales que siempre tendrán lugar los miércoles de 16:00h a 18:00h el resto del horario es orientativo, ya que podrá variar de una semana a otra, dependiendo de las entrevistas (individuales, familiares y con otros profesionales) que se hayan concertado para la misma, ampliándose o reduciéndose las horas propias de despacho.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-10:00h					
10:00-11:00h					
11:00-12:00h					
12:00-13:00h					
16:00-17:00h					
17:00-18:00h					
18:00-19:00h					
19:00-20:00h					

	Despacho: coordinación con otras entidades, informes sociales, historias sociales, diagnósticos, etc
	Entrevistas individuales
	Entrevistas con las familias
	Reuniones grupales
	Reuniones con los voluntarios (1vez al mes)
	Reuniones con otros profesionales del propio centro: médico y psicólogo

MÓDULO 1: Gestión administrativa

OBJETIVOS

- Encargarse de una parte de la administración y documentación del programa de rehabilitación.
- Informarse de las ayudas sociales de las que puedan beneficiarse los usuarios de este programa.

METODOLOGÍA

El trabajador social, junto con el psicólogo y con ayuda del médico, elaborará y presentará este programa de rehabilitación al Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón para poder llevarlo cabo gracias a las subvenciones que concede.

Asimismo, elaborará la memoria anual del programa de rehabilitación.

En cuanto al tema de las ayudas sociales, se relaciona con el módulo 3 de atención individualizada. El trabajador social deberá conocer el perfil de cada usuario para poder orientarle sobre las ayudas sociales más idóneas. Para ello, previamente el profesional deberá informarse de cuáles son las ayudas sociales que se pueden solicitar. Por ejemplo, el reconocimiento del grado de minusvalía, prestaciones básicas o pensiones, etc.

TEMPORALIZACIÓN

Durante el horario de despacho el trabajador social siempre que lo necesite podrá realizar gestiones administrativas.

EVALUACIÓN

Se realizará a nivel cuantitativo y anualmente, a través de la memoria anual del programa de rehabilitación, donde se valorará todo lo realizado a lo largo del año. Dentro de la memoria anual constarán el número de ayudas sociales de las que se benefician los usuarios del programa.

De esta manera, se estimará la eficacia y eficiencia del programa, para posteriormente poder hacer cambios en todos aquellos campos cuyos resultados no han sido positivos.

MÓDULO 2: Coordinación institucional, interprofesional y con la Asociación

OBJETIVOS

- Mantener una estrecha relación y contacto con los profesionales, sí es posible con los trabajadores sociales, de las entidades de las que se han derivado los usuarios y a las que los derivamos.
- Mantener reuniones periódicas con el resto del equipo técnico (médico y psicólogo) del programa de rehabilitación.
- Tener un contacto continuado con los miembros dirigentes de la Asociación.

METODOLOGÍA

En la Comunidad de Aragón hay distintas entidades u organismos que tratan el tema de la rehabilitación del alcohol, y que son complementarios entre sí. Gracias a este gran número de recursos disponibles se trata de ofrecer a la persona la máxima especialización y profesionalidad para su rehabilitación y reinserción social.

De esta manera, es imprescindible la coordinación entre las diferentes entidades: centros ambulatorios (UASAS) - de régimen intermedio (EJ: este centro)- de internamiento (EJ: Comunidades Terapéuticas).

En el supuesto de que la persona alcohólica llegue al programa derivada de otro centro, el trabajador social se pondrá en contacto con el trabajador social del centro derivador para conocer la situación de la persona y el motivo por el cual ha dejado dicho centro. Además, podrá solicitar un informe social.

Por ejemplo, las personas que en los últimos meses han pasado por varios centros es importante conocer los motivos que les han llevado a no poder establecerse en uno.

Y en el caso de que la persona sea derivada desde este programa a otra entidad (EJ: se deriva a una Comunidad Terapéutica), porque el caso requiere otro tipo de intervención que este programa no le puede ofrecer, igualmente los trabajadores sociales estarán en contacto. El trabajador social durante unos meses continuará informándose de la situación de la persona aunque haya dejado el programa. Asimismo, sí el centro lo solicita, el trabajador social tendrá que elaborar un informe social de la persona derivada, como método para facilitarle la información al otro profesional.

Para ello, el trabajador social en su agenda tendrá los teléfonos de los profesionales responsables (trabajadores sociales) de los diferentes centros de rehabilitación de drogodependencias (programas que incluyan la rehabilitación del alcohol entre otros) existentes en Aragón.

TEMPORALIZACIÓN

Cada vez que sea necesario, y dentro de las horas de despacho, el trabajador social podrá ponerse en contacto con los distintos profesionales.

EVALUACIÓN

A través de la memoria anual se valorará si ha existido una correcta y continuada coordinación con otros profesionales.

Por ejemplo, se determinará si han tenido lugar las reuniones periódicas entre los diferentes profesionales del programa. También, sí al derivar los casos a otras entidades, se ha seguido manteniendo el contacto con el profesional de referencia para poder continuar haciendo un seguimiento del usuario, etc.

MÓDULO 3: Atención personalizada en función de la situación individual de cada persona estableciendo objetivos con ella, así como las estrategias para llevarlos a cabo, y realizando una evaluación continuada de cada caso.

OBJETIVOS

- Ofrecer información a los usuarios sobre el programa.
- Realizar la entrevista de acogida.
- Motivar al usuario y hacer que tome conciencia del problema.
- Conseguir que implique a su familia en el proceso de rehabilitación.
- Conseguir que se abstenga de la conducta de consumo de alcohol.
- Tratar de que evite la exposición a situaciones de riesgo.
- Instaurar nuevas relaciones sociales (aprendizaje de conductas socialmente habilidosas).
- Lograr que el usuario afronte los problemas económicos planteados por el alcohol.
- Conseguir un incremento de la autoestima del usuario.
- Proporcionar orientación y asesoramiento legal.
- Informar de los diferentes recursos sociales existentes en la zona, especialmente ayudas sociales.
- Lograr una normalización de la vida del usuario.
- Realizar un seguimiento individual de todos los usuarios (estén o no en el programa).

METODOLOGÍA

De acuerdo con el **modelo psicosocial**, la intervención individual que va a llevar a cabo el trabajador social dentro de este programa de rehabilitación se regirá por una metodología que constará de las siguientes fases: análisis y estudio de la situación del usuario, elaboración del diagnóstico social, elaboración del plan de trabajo/acción, aplicación del plan de acción o tratamiento y evaluación de todo el proceso.

Aunque las fases se presentan de forma totalmente separada y con un orden, a la hora de la práctica unas se solapan con las otras, ya que durante todo el proceso de intervención, siempre hay un estudio continuado de la situación del usuario, el diagnóstico y plan de acción variarán en función de cómo vaya evolucionando (reelaboración constante de los objetivos y estrategias), así como la evaluación se hace durante todo el proceso.

FASES:

➤ **Análisis y estudio de la situación del usuario**

Cuando llega una nueva solicitud al centro, el trabajador social será quien realice la primera entrevista con el posible usuario, para explorar la situación del mismo y ver si cumple los requisitos necesarios para poder ingresar en el programa, comenzando a elaborar su **historia social**.

La historia social recogerá lo siguiente: datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y otros datos socio-familiares de interés. También la demanda, el diagnóstico, la intervención y la evolución de la situación (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1999).

Asimismo, se realizará una o varias entrevistas para valorar la admisión al centro. Se trata de entrevistas de acogida, donde se tiene en cuenta los

antecedentes de la persona: sí ha estado o no previamente ingresada en otros centros del mismo carácter, sí viene por voluntad propia o por consejo de otro profesional o presionado por la familia, etc.

Sí la persona ha estado en los últimos meses en otro (s) centro se contactará con el trabajador social del mismo, solicitando un **informe social** para conocer un poco la situación e informarse de los motivos que le llevaron a abandonar dicho centro.

Sí la persona no ha estado en otro centro desde hace más de un año, no es necesario contactar con el trabajador social.

A través de esta (s) entrevista previa a la inclusión en el programa, se valorará la situación y se exigirá como requisito indispensable para poder acceder al programa una analítica general para comprobar posibles patologías asociadas al consumo de sustancias y evolución posterior remitida por el médico de atención primaria. Asimismo, el usuario tendrá que realizar el **test AUDIT**, que permite evaluar la dependencia que tiene hacia el alcohol.

En caso de que la persona haya ingerido alcohol se le deriva a una UASA (EJ: UASA de la Cruz Roja), donde comienza un tratamiento médico de desintoxicación para evitar el SAA. En ocasiones, la persona se encuentra en muy mal estado, por lo que se solicita su hospitalización.

Tras 15 o 20 días en la UASA la persona ya puede ingresar en este programa, siempre y cuando cumpla todos los requisitos explicados con anterioridad (mayor de edad, no ser poli-consumidor, etc) y esté dispuesta a respetar las normas de funcionamiento del centro, explicadas por el trabajador social (información y asesoramiento en torno al centro y programas).

A continuación, y una vez que la persona ingrese en el centro (asiste a las sesiones con los profesionales y a los talleres realizados por los voluntarios), alrededor de 10 días se encontrará en periodo de prueba, donde a través de diferentes entrevistas con el médico, el psicólogo y el trabajador social se

realizará un diagnóstico/valoración biopsicosocial del usuario y se concluirá su inclusión permanente en el programa.

El trabajador social, en estas entrevistas previas al diagnóstico y valoración multidisciplinar, recogerá información relativa a la situación socio-familiar, económica-laboral, de vivienda, a cómo afecta la adicción en su vida, con qué edad comenzó a consumir, porqué, en qué contexto, etc.

➤ ***Elaboración del diagnóstico social***

Tras los 10 días de periodo de prueba del usuario, los distintos profesionales se reúnen y hacen un diagnóstico y valoración biopsicosocial, aportando cada uno su conocimiento del área que le corresponde (biológica, psicológica y social), estableciendo el perfil clínico del usuario y proporcionando datos suficientes para poder planificar las siguientes actuaciones.

A continuación se presenta un ejemplo de diagnóstico social realizado por B. Molina (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, p. 192) y que constará de los siguientes apartados:

- Definición del problema
- Área familiar y de la convivencia
 - Convivencia actual
 - Lugar de convivencia
 - Adecuación a sus necesidades
 - Antecedentes familiares en relación con adicciones
 - Situación actual
 - Acontecimientos desencadenantes
 - Hechos mantenedores
- Área relacional y de ocio
 - Composición del grupo de relaciones
 - Actividades de ocio
 - Aficiones

- Adecuación a sus necesidades
- Área educativa y laboral
 - Estudios finalizados
 - Situación laboral
 - Profesión
 - Adecuación a sus necesidades
- Área socio-económica
 - Fuente de ingresos y cuantía
 - Adecuación a sus necesidades
 - Expectativas de cambio
- Área judicial
 - Antecedentes judiciales
 - Situación actual

Añadir, que este esquema del diagnóstico social es orientativo, ya que dependiendo del usuario es posible que algunos sub-apartados no puedan completarse.

➤ ***Diseño del plan de acción/trabajo***

El trabajador social, siguiendo el diagnóstico social, planificará una intervención en función de la situación personal de cada usuario, y en relación con los objetivos expuestos al comienzo de este módulo.

Negociará con el usuario los objetivos, tanto a corto como a largo plazo, y estrategias para poder llevarlos a cabo. Los objetivos (se priorizarán) irán encaminados a restablecer aquellas situaciones que se han detectado como problemáticas o carenciales dentro de las diferentes partes/áreas del diagnóstico social.

Es importante que los objetivos sean realistas, coherentes, claramente medibles y flexibles.

Asimismo, el trabajador social intentará hacer ver al usuario la importancia de que su familia conozca la situación y comience a implicarse y participar en el programa de intervención. Si accede, el trabajador social comienza una intervención familiar (con los miembros que deseen participar), explicada en el módulo 5.

Una vez establecidos los objetivos y estrategias, el usuario y el trabajador social firmarán un **contrato**, que incluirá: plan de trabajo, duración estimativa del tratamiento, normas (horarios, restricción de lugares y personas de riesgo, manejo de dinero, registro de actividades diarias, analítica de drogas siempre que se requiera...) y objetivos del tratamiento (Fundación Instituto Spiral, s.f.). El contrato podrá variar en función de la evolución del usuario: hay quienes pueden progresar rápidamente, quienes no son capaces de llevar a cabo los objetivos propuestos a cabo...

Por tanto, el diseño del plan de acción irá reelaborándose a lo largo de toda la intervención, adecuándose a la situación en cada momento.

➤ **Fase de tratamiento: aplicación del plan de intervención**

Lo acordado en el contrato se lleva a la práctica.

El usuario, además de continuar asistiendo a los diferentes talleres y reuniones grupales, comenzará a llevar a cabo los objetivos que se había planteado.

Con respecto al área familiar, y aunque paralelamente esté llevándose a cabo una intervención con la familia, el trabajador social individualmente con el usuario trabajará en la consecución de una mejor actitud hacia los miembros de ésta, que se concretaría en: progresiva resolución de conflictos anteriores, análisis y compresión del sistema familiar, resolución del sentimiento de culpabilidad frente a la familia, etc.

En cuanto al resto de áreas, excepto la formativo-laboral, en función de lo que se establezca en el contrato, poco a poco se irán normalizando.

La inserción formativo-laboral se dejará para el final de la intervención, cuando el usuario tenga una adecuada inserción social. Es decir, el usuario va afrontando las dificultades que encuentra en su proceso de inserción y una vez adquiridos estos conocimientos, y conforme las diferentes áreas sociales del usuario se van normalizando, se empieza a trabajar la inserción formativo-laboral, donde los objetivos se centraran en la obtención de cualificación profesional e inserción en el empleo (Díez y González, 2008).

Dada la gran importancia y magnitud que posee la inserción formativo-laboral en el proceso de rehabilitación, se ha dedicado el módulo 5 de “reinserción formativo-laboral” para su mejor explicación.

➤ ***Terminación/emancipación***

Con el transcurrir de la intervención, poco a poco el usuario se va rehabilitando y reintegrando como un miembro más de la sociedad. A medida que va cumpliendo satisfactoriamente los objetivos y las diferentes áreas personales (biológica, psicológica y social) se han normalizado, el trabajador social junto con la aprobación del resto de los profesionales, propondrá al usuario la posibilidad del “alta”.

Mencionar que no todos los usuarios conseguirán rehabilitarse: unos abandonarán el programa antes de finalizarlo, otros tendrán recaídas por lo que comenzarán de nuevo el programa, otros serán derivados a recursos más idóneos a su situación y otros sí que conseguirán rehabilitarse, obteniendo el “alta”.

Una vez dado el alta, el trabajador social establecerá un plan de seguimiento. A través de reuniones periódicas cada 2 meses, se prestará especial atención a

la relación familiar, a la aplicación práctica de lo aprendido, prevención eficaz de recaídas, grado real de autonomía, etc.

➤ ***Evaluación individual del usuario***

El trabajador social realiza una evaluación permanente durante todo el proceso de rehabilitación del usuario.

Para hacer el seguimiento de casos, utilizará un “registro de seguimiento”. Cada usuario tendrá asignado un número de expediente, para facilitar el manejo. De esta forma, todos los usuarios que pasen por el programa quedarán registrados.

Además, al finalizar cada entrevista anotará en su **diario de campo** observaciones que crea relevantes, así como poco a poco irá llenando la **historia social** del usuario.

Asimismo, se mantendrá una coordinación interprofesional, a través de reuniones periódicas, donde se comentan los casos más relevantes, se consultan otras actuaciones... (Aliseda et al., 2006).

A través de todos estos procedimientos, el trabajador social podrá evaluar la situación del usuario, y conocer la evolución y los progresos o retrocesos del mismo, y adoptar las medidas adecuadas.

TEMPORALIZACIÓN

Durante el periodo de prueba (10 días) el trabajador social mantendrá varios encuentros con el usuario, a través de entrevistas en el despacho y encuentros no formales en el centro.

A partir de que el usuario sea admitido en el centro, al comienzo mantendrá semanalmente reuniones individuales con el trabajador social (igualmente con el resto de profesionales) aproximadamente de 90 minutos.

A medida que evolucione positivamente, las entrevistas pasarán a ser cada 15 días y la duración será de aproximadamente una hora.

EVALUACIÓN

La evaluación de este módulo será tanto a nivel cualitativo como a nivel cuantitativo.

Los usuarios que obtengan el alta terapéutica realizarán el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) (Casas, Escandell, Ribas y Ochoa 2010; Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza, 2010; Cuestionario sobre Calidad de Vida, s.f.). De este modo se puede medir la satisfacción y el placer del usuario en su vida cotidiana siendo una evaluación de tipo cualitativo. Asimismo se volverá a realizar el test AUDIT.

En cuanto a la evaluación cuantitativa, que se realizará con carácter anual, se tendrán en cuenta ciertos indicadores como pueden ser:

- Número de usuarios que comienzan el programa.
- Número de usuarios que obtienen el alta terapéutica.
- Número de usuarios que abandonan el programa antes de tiempo.
- Número de usuarios que han sufrido recaídas.
- Número de usuarios derivados a otros recursos.

MÓDULO 4: Reinserción formativo-laboral del usuario.

OBJETIVOS

- Analizar y valorar la situación formativo-laboral del usuario.
- Apoyar la autonomía personal.
- Motivar al usuario en la realización de cursos de formación y búsqueda de empleo.
- Orientar y asesorar al usuario en materia de formación y empleo.
- Derivar a los usuarios a los servicios especializados de empleo, para que lo apoyen en su proceso de búsqueda.
- Diseñar itinerarios personalizados de inserción.
- Mantener una coordinación y colaboración multi institucional.

METODOLOGÍA

Las personas con problemas de alcohol presentan dificultades para acceder al mercado laboral, por lo que el trabajador social se encargará de intentar solucionar las dificultades formativo-laborales de los usuarios para facilitarles dicho acceso.

La intervención para la inserción formativo-laboral se incluye dentro del módulo 3 (atención individual) ya que es una de las áreas del usuario dónde el trabajador social interviene.

Y como se ha dicho anteriormente, la intervención en este ámbito tendrá lugar una vez que el usuario se haya normalizado en el resto de las áreas, tenga unas habilidades personales y sociales básicas y se diagnostique que se encuentra capacitado psicológica y socialmente para comenzar a formarse y buscar empleo.

Por tanto, este módulo se encuentra estrechamente relacionado y se complementa con los talleres realizados por los voluntarios (aprenden herramientas de búsqueda de empleo, informática básica, etc) y con las

sesiones grupales. En ambos además de adquirir conocimientos técnicos, aprenden habilidades como la comunicación o el trabajo en equipo, adquieren pautas de comportamiento como son la puntualidad, responsabilidad, la relación con la autoridad... Aspectos fundamentales para lograr la inserción laboral y concretamente para el mantenimiento del puesto de trabajo.

El trabajador social deberá conocer las tendencias de empleo en el ámbito local y adaptar las medidas de inserción (técnicas de búsqueda de empleo, formación, intermediación) tanto a la realidad del mercado como al perfil del usuario (Cáritas Española, 2007).

Asimismo, semanalmente recopilará ofertas de trabajo y formativas que aparezcan en la prensa e internet.

Diseñará **itinerarios personalizados de inserción**, orientados al objetivo de la empleabilidad y manteniendo el principio de autodeterminación y respetando las necesidades, ritmos, capacidades y experiencias del propio usuario. Deben centrarse en desarrollar las potencialidades de los usuarios, como forma de aumentar su autonomía. Serán flexibles, dinámicos y sometidos a una constante revisión y actualización (Aliseda, 2006; Cáritas Española, 2007; Rodríguez, 2007).

De esta manera, la intervención dependerá totalmente del perfil del usuario. Puede darse el caso de que tenga una experiencia laboral previa y un buen currículum vitae, por lo que la intervención irá más encaminada a la búsqueda de empleo. Si por el contrario el usuario tiene un currículum pobre, con bajo nivel de estudios y apenas experiencia laboral, la intervención se enfocaría en primer lugar a ampliar la formación del usuario y más tarde a buscarle un empleo.

FASE 1 El trabajador social analiza y valora la situación formativo-laboral del usuario, teniendo en cuenta el diagnóstico multiprofesional (módulo 3).

FASE 2 Elabora con el usuario un Plan de Acción para la inserción (será una parte del Plan de Trabajo del módulo 3), que establezca las medidas y acciones más idóneas para lograr el objetivo individualizado de inserción.

La función del trabajador social será **orientar** al usuario para que realice cursos de formación y busque empleo. Es importante, que durante las sesiones individuales el trabajador social motive al usuario. Además, le ayudará a cumplimentar el currículum vitae, la carta de presentación y las inscripciones para acceder a los cursos.

- **FASE 2.1.** Sí se determina que el usuario primero debe formarse profesionalmente, el trabajador social lo orientará y ayudará en la búsqueda e inscripción de **cursos de formación para el empleo** más idóneos a su perfil.

En Zaragoza, a través de la UGT (Unión General de Trabajadores) Aragón, del INAEM (Instituto Aragonés de Empleo) y del IMEFEZ (Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Zaragoza - Zaragoza Dinámica-) entre otros, se ofertan una amplia variedad de cursos gratuitos (metal, madera, construcción, medio ambiente, hostelería, etc), a los que los usuarios se podrán inscribir, y los cuales les permitirán mejorar la cualificación profesional y con ello el acceso al mercado de trabajo.

En el caso del IMEFEZ, cuenta con cursos de formación, diferenciando entre los Centros de Formación, las Escuelas Taller y los Centros Sociolaborales (formación profesional, básica, sociolaboral y sociocultural).

Asimismo, el trabajador social también orientará a los usuarios a la realización de otras acciones formativas, como pueden ser sacarse el graduado escolar o el Bachillerato (cursos reglados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes).

- **FASE 2.2** Una vez que el usuario a finalizado el/los curso de formación o el trabajador social valora junto con el usuario que la opción más adecuada es la de buscar empleo, la intervención se enfoca hacia la inserción laboral.

La función del trabajador social será orientar e informar al usuario sobre las diferentes alternativas que hay y escoger con él las más adecuadas. Además, ayudará a cumplimentar las fichas de inscripción (EJ: para darse de alta en la Bolsa de Trabajo).

Para ello, al igual que en el caso de cursos de formación profesional, la UGT Aragón, el INAEM (Escuelas Taller, Talleres para el Empleo...) y el IMEFEZ cuentan con programas o servicios para la inserción laboral. Igualmente, numerosas asociaciones, como es el caso de Cáritas, cuentan con servicios, como el de intermediación laboral, para favorecer la inserción sociolaboral de las personas desempleadas en situación de exclusión social, como es el caso de alcohólicos rehabilitados.

Por ejemplo, en el caso del IMEFEZ el programa de inserción cuenta con: bolsa de trabajo, club de empleo, prácticas en empresas y apoyo a emprendedores.

- *Evaluación individual*

Para evaluar individualmente esta intervención, el usuario entregará al trabajador social una programación de los recursos, entidades o lugares a los que acude y las personas con las que ha tratado.

Además, una vez que comience un curso de formación, en la sesión individual expondrá al trabajador social de manera resumida lo que ha ido aprendiendo, o en el caso de que busque empleo, cuándo y cómo lo ha hecho.

Por tanto, el trabajador social llevará un seguimiento continuado del usuario, y mediante este procedimiento podrá evaluar si está cumpliendo con lo acordado o no.

TEMPORALIZACIÓN

La intervención del área formativo-laboral que realiza el trabajador social con el usuario tiene lugar dentro de los horarios de las sesiones individuales (módulo 3: atención individualizada), ya que es un área más donde intervenir.

Y en cuanto a la búsqueda que tiene que hacer profesionalmente conforme a la recopilación de ofertas de empleo, información de cursos de formación, etc. Lo realizará en el horario de despacho.

EVALUACIÓN

Cada seis meses se realizará una evaluación cuantitativa del módulo.

Por ejemplo, se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Número de usuarios que están acudiendo a cursos de formación.
- Número de usuarios que están en proceso de búsqueda activa de empleo.
- Número de usuarios que han conseguido un empleo.

MÓDULO 5: Apoyo, información, orientación y capacitación de las familias de los usuarios.

OBJETIVOS

1. Lograr que familiares y parejas participen activamente en la recuperación de la persona para poder normalizar su vida familiar.
2. Conocer la problemática familiar de cada usuario y de su entorno, y ver el papel que juega la adicción dentro de la misma.
3. Proporcionar a las familias información básica para ayudarles a comprender los fenómenos generales que acompañan al proceso adictivo.
4. Detectar y bloquear patrones conductuales que mantienen el problema de la adicción.
5. Restablecer los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema.
6. Aprender y poner en práctica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.
7. Favorecer el establecimiento de normas que posibiliten un funcionamiento más adecuado para mantener la abstinencia del familiar alcohólico.
8. Hacer que la familia sea capaz de detectar y prevenir una recaída.
9. Capacitar a la familia para que pueda tener soluciones más funcionales y eficaces

METODOLOGÍA

La intervención con la familia del usuario es un punto clave en el proceso de rehabilitación del mismo. Es necesaria la intervención porque la situación del miembro de la familia adictivo crea una crisis en el seno de la familia, y las relaciones entre los miembros tienden a debilitarse.

Siguiendo el **modelo sistémico**, la atención se centra en el grupo familiar, donde el comportamiento de uno influye sobre los otros.

Dentro de esta intervención, cuando se hace referencia a la familia, se incluye a la pareja del usuario, si tuviese y, a personas significativas del entorno familiar.

A través de la intervención familiar se pretende clarificar los conflictos y los problemas familiares y madurar las relaciones, favoreciendo los cambios de comportamiento necesarios en todos los miembros del sistema familiar (Asociación de encuentro y acogida al toxicómano, 2012).

La familia aprende a llevar la sobrecarga que supone la convivencia con el alcohólico y sobrelevar el fuerte rechazo social.

Cada familia tendrá una intervención específica.

Se busca la participación activa de la familia, aunque el usuario no viva con ella, intentando restablecer entre la familia y el miembro adicto una comunicación posiblemente interrumpida y/o deteriorada por la adicción (Asociación de encuentro y acogida al toxicómano, 2012).

FASES:

➤ **Análisis y estudio de la situación**

Se realiza una primera entrevista con los miembros de la familia donde se hace un primer análisis del problema, de los síntomas y de la posición que ocupa y la actitud que toma cada miembro familiar ante el mismo. Además, se estudiará la estructura familiar, la comunicación y los roles. Como suele aparecer la angustia, la ansiedad, el miedo, la rabia, la desconfianza, la inseguridad y, en ocasiones, un sentimiento de culpabilidad, el trabajador social intenta empatizar y reducir estos estados.

Es importante, desde el comienzo, establecer un contexto que facilite alianzas y colaboración por parte de la familia. Esta tiene que comprender que la adicción es un problema que afecta a toda la unidad y que por ello es necesaria una implicación activa de todos los miembros para que la rehabilitación sea efectiva (Fernández y Ponce de León, 2011).

Se realizan más entrevistas con la familia para recoger información relativa a la situación actual familiar y así poder hacer una valoración/diagnóstico social.

Del mismo modo, los miembros de la familia deberán realizar la escala breve de análisis del funcionamiento familiar FACES-20 ítems, desarrollada a partir de la escala americana Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II) (Martínez, Iraurgi, Sanz y Galíndez, 2006) (anexo III).

Asimismo, se proporciona información básica sobre la adicción al alcohol y se intenta un diálogo que favorezca la expresión racional y emocional.

Con estas entrevistas lo que se propone es poder contestar a los siguientes interrogantes: sí se trata de una familia con un miembro adicto o de una familia generadora de la adicción, cuáles serán las consecuencias del cambio, qué función cumple la familia en la adicción, qué función cumple la adicción en la familia y si es posible elaborar con ésta un contrato de tratamiento aceptable.

➤ **Elaboración del diagnóstico social**

A través de las entrevistas realizadas con anterioridad, y de acuerdo con el modelo sistémico, se elabora un diagnóstico centrado en el conjunto de la unidad familiar, y que recogerá lo siguiente:

- a. Datos personales
- b. Motivo de la consulta→datos de derivación (si los hubiera)
- c. Necesidades de la familia
- d. Datos de la demanda

- e. Situación actual y evaluación de la crisis
- f. Antecedentes de la situación
- g. Sistemas implicados en la situación actual
- h. Intentos anteriores de resolver la situación
- i. Recursos y datos funcionales de la familia
- j. Expectativas sobre el tratamiento
- k. Motivación para el cambio
- l. Aceptación de compromiso y del contrato de los acuerdos pactados (Fernández y Ponce de León, 2011).

Además, en él se valorará si la familia puede o no seguir un contrato de tratamiento.

Conjuntamente, se hará uso de varias técnicas diagnósticas, de gran utilidad en el Trabajo Social, y pertenecientes al modelo sistémico: genograma y cronograma. (Fernández y Ponce de León, 2011).

➤ **Diseño del plan de acción/plan de trabajo**

El trabajador social junto con la familia acuerda unos objetivos (generales y específicos) comunes y alcanzables.

Los objetivos específicos implican acciones concretas que los diferentes miembros de la familia deben ir cumpliendo en unos plazos determinados. Se establecerán en función de las capacidades y del nivel de motivación de la propia familia. Deben de ser concretos y realistas.

Los objetivos se definen en función de las áreas problemáticas: evitar situaciones de riesgo (EJ: botellas de alcohol en casa), actitudes que propicien la adicción, etc.

Se trata de que se vayan restableciendo los roles dentro de la familia y que los miembros se pongan de acuerdo en seguir una actuación común ante la

adicción, para lograr un cambio de actitud, potenciar el incremento de la autoestima de los familiares, etc. 3

En cuanto a la actitud que debe tomar el trabajador social para integrarse en el sistema familiar variará dependiendo de cómo sea la familia. Es decir, puede optar por una posición próxima, media o desapegada.

➤ **Aplicación del plan de intervención**

Los miembros de la familia llevarán a cabo las acciones tendentes a la realización de los objetivos. Para ello, se activan los recursos personales de la familia para que se produzcan cambios.

A partir de aquí, se realizarán sesiones para trabajar cambios en la estructura de funcionamiento familiar que perduren una vez finalizado el tratamiento y doten a la familia de suficientes mecanismos para seguir evolucionando.

Además, la familia aprenderá estrategias para controlar emociones y crisis y ganar capacidad de maniobra sobre el adicto y sobre sí misma.

Las entrevistas se centrarán en los cambios que poco a poco se van produciendo, en buscar soluciones ante los problemas que puedan ir surgiendo, la prescripción de nuevas tareas...

Poco a poco la familia va progresando y la estructura familiar se va reorganizando y la importancia del adicto dentro de la misma se ve reducida, hasta el punto de verse como un igual al resto de miembros familiares. Asimismo, se han logrado cambios que garantizan la estabilidad del sistema familiar y unas condiciones de afecto y protección adecuadas.

De esta manera la intervención entra en su etapa final, donde se realizarán sesiones encaminadas a la resolución de las dificultades abordadas a lo largo del programa.

➤ **Terminación/emancipación**

Ante la inminente finalización del tratamiento individual y familiar, es posible que se produzcan retrocesos. Pueden aflorar de nuevo sentimientos de indefensión ante el problema.

Por ello, el trabajador social tiene que insistir en las transformaciones producidas y en la capacidad práctica demostrada por la familia durante todo el programa. De esta forma, la familia asume sus responsabilidades. Se lleva a cabo un resumen final de la trayectoria de la familia y del usuario haciendo hincapié en las habilidades adquiridas y en los puntos fuertes y se dictan ciertas medidas a seguir ante diversas situaciones futuras (prevención de recaídas).

A partir de ahora se realizarán entrevistas esporádicas de seguimiento, para una revisión de la intervención y de todo lo logrado y para conocer la evolución general. Además, se reasegura a la familia su capacidad de afrontar los problemas presentes y futuros por sí mismos.

➤ **Evaluación de la familia**

La intervención dedicada a las familias de los usuarios requiere una evaluación continua que se lleva a cabo durante todo el programa, permitiendo detectar dificultades o problemas a la hora de llegar a cabo determinadas estrategias, y poder ponerles solución, restableciendo y redefiniendo objetivos.

Durante todo el proceso el trabajador social al finalizar cada entrevista recogerá información que crea relevante en su **diario de campo**, para poco a poco poder ir elaborando la **historia social** de la familia.

TEMPORALIZACIÓN

El tiempo que se dedica a cada fase es totalmente relativo, ya que depende de las características particulares de cada familia y de la evolución que siga la misma. Unas familias pueden permanecer en el programa 6 meses, mientras que otras pueden estar 1 año.

En general, durante la primera fase (análisis y estudio) las entrevistas con la familia son semanales, de aproximadamente 90 minutos. En la fase de aplicación del plan de intervención las entrevistas suelen realizarse cada 15 días.

A la finalización del programa de intervención las entrevistas se harán cada 4 meses. Bien la familia acudirá al centro o bien se realizarán llamadas telefónicas a la misma para conocer la situación.

EVALUACIÓN

Para comprobar la eficacia y eficiencia de este módulo de intervención con la familia se realizará una evaluación tanto a nivel cualitativo como a nivel cuantitativo.

La evaluación cualitativa se realiza cada vez que una familia deje el programa, a través de la escala breve de análisis del funcionamiento familiar FACES-20 ítems. Como al comienzo del proceso también se realiza, permite comparar los resultados y ver los progresos conseguidos.

También, en la última reunión se trabajará a modo de Grupo Focal, dónde se hablará de todo lo logrado hasta el momento. El trabajador social realizará preguntas en torno al grado de satisfacción de la familia, a los objetivos alcanzados, al restablecimiento de los roles familiares, a las dificultades encontradas a lo largo del proceso, etc. Es una forma de evaluar el progreso

de cada familia para poder establecer si el programa se está realizando tal y como se había programado, contando con la opinión de los propios implicados.

En cuanto a la evaluación cuantitativa, anualmente se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Número de familias que comienzan el programa.
- Número de familias que finalizan el programa correctamente.
- Número de familias que abandonan el programa antes de tiempo.
- Número de entrevistas con las familias.

Todo esto permite corregir, ajustar o confirmar las pautas de esta parte del programa.

MÓDULO 6: Reuniones grupales con los usuarios.

OBJETIVOS

- Promover un ambiente de confianza y seguridad entre los miembros del grupo.
- Favorecer la interrelación entre los usuarios, permitiendo conocer personas con la misma problemática para buscar soluciones comunes y darse apoyo mutuo.
- Proporcionar la toma de conciencia y reestructuración personal.
- Favorecer el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales, hábitos saludables, fórmulas de comunicación.
- Aumentar la motivación para mantenerse abstinente.
- Aumentan la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar una recaída.
- Resolución de conflictos.
- Aumentar el autoestima.

METODOLOGÍA

Las sesiones grupales son muy importantes ya que los miembros se apoyan unos a otros, compartiendo entre sí sus similares experiencias de sufrimiento y de recuperación de la enfermedad del alcoholismo (Alcohólicos Anónimos, 2009). Poco a poco sentirán que forman parte de un sistema de apoyo fuerte y constante.

Por ello, dentro del programa de rehabilitación el trabajador social realizará semanalmente sesiones grupales, en principio, con todos los usuarios del centro.

Los miembros del grupo se pueden expresar de manera espontánea y libre, guardando siempre el respeto hacia los demás y la confidencialidad de las sesiones.

La metodología de este módulo es diferente al resto. Se seguirá una estructura similar en todas las sesiones y en cada una de ellas se establecerá un tema sobre el que hablar. De esta manera, los objetivos anteriores se irán logrando a medida que el usuario acuda a estas sesiones.

➤ *Estructura de las sesiones*

El trabajador social en las reuniones cumple la función de moderador. Abre la reunión preguntando si hay alguna inquietud, permitiendo que cualquier miembro del grupo que tenga un problema urgente lo exponga y reciba ayuda.

Posteriormente, el trabajador social hace la introducción del **tema** a trabajar en esa sesión.

A continuación los miembros del grupo comentan su experiencia sobre el tema, sus sentimientos, temores, dudas... El trabajador social será el encargado de pedir a un miembro y a otro que comparten su experiencia, haciendo que las sesiones sean dinámicas. El sistema de la sesión será así ya que a pesar de ser un grupo pequeño al ir incorporándose de vez en cuando nuevos usuarios al programa y con ello a las sesiones grupales, por ser nuevos pueden tener timidez presentando dificultad a la hora de participar. Así el trabajador social invitará a participar, aunque ninguno estará obligado a compartir su experiencia en una reunión y se respetará su decisión de no participar y no se harán réplicas.

Al final de la reunión el moderador recuerda el principio del anonimato.

A continuación se presentan diferentes materiales que contienen temas muy interesantes a tratar en estas sesiones grupales:

- *Lectura y análisis del libro "El caballero de la armadura oxidada"*. Es una novela de Robert Fisher, del género de autoayuda con elementos de ficción. Enseña a cómo hay que liberarse de las barreras que impiden amar y

conocerse a uno mismo para poder ser capaz de dar y recibir amor en abundancia. Asimismo, enseña que no hay que guiarse siempre por lo que piensen los demás sino que hay que ser independiente y que las personas a las que se ama siempre estarán ahí para ayudar.

- *Análisis de los pasos de la "herradura"* (anexo IV): sigue los pasos que da una persona para caer poco a poco en la adicción al alcohol (desescalada) y los pasos que hay que ir dando para recuperarse (escalada).
- *Lectura de los 12 pasos ilustrados de AA* (anexo V) (1 o 2 pasos casa sesión).
- *Videos de experiencias personales de personas alcohólicas rehabilitadas.* También pueden ser uno a varios miembros del propio grupo, que llevan meses en el programa de rehabilitación, escogidos de antemano y que comparten su experiencia con el resto del grupo.

Por tanto, a través de estos materiales se trabajan temas como la aceptación, el temor, el agradecimiento, la ira, la buena voluntad, la sinceridad, las actitudes, los resentimientos, la humildad, la tolerancia, situaciones de riesgo, prevención de recaídas, solución de problemas, estrategias de intervención y de afrontamiento, esperanza, etc.

TEMPORALIZACIÓN

La dinámica grupal se realizará una vez a la semana. La sesión durará alrededor de 90 minutos.

EVALUACIÓN

Para evaluar la eficacia de las sesiones grupales, el trabajador social al finalizar cada sesión recogerá en un documento los nombres de los asistentes (en principio deberían de asistir todos los usuarios del programa) y añadir alguna

observación que crea relevante (EJ: quién se ha mostrado más participativo, quién no, si alguien no es puntual o no se muestra respetuoso con el resto...).

Además, cada seis meses en la propia sesión grupal se llevará a cabo una evaluación cualitativa. Se trabajará como si fuese un Grupo Focal, donde el trabajador social hará de moderador y realizará preguntas en torno a los objetivos.

MÓDULO 7: Supervisión de las tareas de los voluntarios llevadas a cabo en los distintos talleres socioculturales

OBJETIVOS

- Supervisar que los talleres se llevan a cabo de manera efectiva y que son idóneos para los usuarios.
- Asegurar la participación de los usuarios.

METODOLOGÍA

El programa de rehabilitación cuenta con talleres socioculturales destinados a las personas alcohólicas como instrumento normalizador y facilitador de la integración social, mediante el diseño de actividades orientadas a desarrollar sus habilidades personales, sociales y culturales y a facilitar el crecimiento personal, de aprendizaje, la culturización y socialización.

Los talleres son: taller de informática básica, taller de herramientas de búsqueda de empleo (currículum vitae, cartas de presentación...), taller de videos culturales, taller de manualidades (pintura, barro, encuadernación...), taller de orientación en la utilización del tiempo libre y de ocio, taller de deporte (*footing*, andar, tablas de gimnasia, expresión corporal) y taller de jardinería.

En principio, todos los usuarios del programa tendrán la obligación de participar.

Estos talleres los llevarán a cabo personas voluntarias de la entidad, supervisadas por el trabajador social, para asegurar su efectiva ejecución.

Para ello, al finalizar cada taller, el voluntario encargado del mismo, deberá recoger en un documento los nombres de todos los usuarios que han asistido,

así como alguna observación particular y significativa de algún usuario concreto si lo cree necesario.

El trabajador social mensualmente analizará este documento llevando así un seguimiento continuado de cada usuario. Además, se reunirá con los voluntarios para que les describan como van evolucionando los usuarios y para solventar dudas en cuanto a la ejecución de los talleres.

En caso de que un voluntario no disponga de horario para seguir con el taller, el trabajador social intentará reemplazarlo por otro, ajustar los horarios de todos los talleres o buscar una solución alternativa para que los usuarios tengan ese tiempo ocupado.

TEMPORALIZACIÓN

Los talleres se realizan diariamente, tanto por la mañana como por la tarde. Se busca que los usuarios tengan ocupado su tiempo.

Se solapan con el calendario del médico, psicólogo y trabajador social en cuanto a las horas dedicadas a las reuniones individuales o familiares. El usuario acudirá primero a las reuniones marcadas por estos profesionales y luego se incorporará a los talleres.

Las reuniones mensuales entre el trabajador social y los voluntarios tendrán lugar el último viernes de mes, de 16:00h a 18:00h.

EVALUACIÓN

La evaluación del módulo será tanto a nivel cuantitativo, como cualitativo.

A nivel cuantitativo, cada mes el trabajador social a través de los documentos de asistencia que los voluntarios entregarán contabilizará el número de

usuarios que acuden a los talleres, la frecuencia con qué acuden, cuáles son los talleres qué cuentan con más número de usuarios, etc.

Asimismo, a nivel cualitativo, y teniendo en cuenta las observaciones de los voluntarios, se determinará la evolución de cada taller y se continuará avanzando según líneas de trabajo previstas o se introducirán las modificaciones oportunas, buscando siempre como fin la integración social del usuario.

En caso de que un usuario no evolucione o incluso empeore, se estudiará la situación personal y se valorará su continuidad en los talleres, trabajando los motivos que le impiden avanzar en las reuniones individuales con el psicólogo y con el trabajador social.

EVALUACIÓN DE TODOS LOS MÓDULOS

A través de la evaluación de todos los módulos se pretende mejorar el diseño e implementación del proceso de intervención del trabajador social dentro del programa de rehabilitación.

Esta evaluación general de los siete módulos planteados con anterioridad se realizará anualmente, con motivo de la memoria anual que el trabajador social elaborará de todo el programa de rehabilitación.

Como cada módulo incluye una evaluación concreta, bien a nivel cualitativo o cuantitativo o bien a ambos niveles, para la evaluación en conjunto de todos los módulos, se tendrá en cuenta cada evaluación específica de los mismos.

Así, anualmente el trabajador social presentará las diferentes evaluaciones de los módulos, recogidas en un solo documento.

De esta manera se realizará una evaluación flexible y continuada de toda la intervención que realiza el trabajador social dentro del programa y pudiendo analizar los resultados de la misma a nivel general cada año, al realizar la memoria anual.

Esto permite evaluar todo el proceso, para establecer si el programa se está realizando tal y como se había programado, o han ido surgiendo dificultades por lo que se han ido introduciendo cambios, contando también con la opinión de los propios usuarios y familias (Grupos Focales, escalas, cuestionarios...).

CONCLUSIONES



Se expondrán a continuación una serie de conclusiones relacionadas tanto con el programa de intervención como con la fundamentación teórica presentada en la primera parte del trabajo.

El alcohol es la droga más consumida en España. Cultural y socialmente la ingesta de alcohol es un hábito normal y totalmente aceptado por la sociedad, siendo el porcentaje de consumo mayor en hombres que en mujeres, a pesar de que las diferencias se van igualando cada vez más.

En cuanto al Síndrome de Dependencia que padecen las personas alcohólicas, la definición más aceptada es la otorgada por la OMS y dice lo siguiente: se denomina Síndrome de Dependencia al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos comprenden un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir.

El alcoholismo incluye, por tanto, que la persona padezca síntomas de dependencia tanto a nivel físico como a nivel psíquico, los cuales suelen aparecer entorno a los 5-10 años desde que la persona se vuelve dependiente.

El nivel de gravedad variará en función de la cantidad y años de consumo y de factores individuales de la persona.

El Síndrome de Dependencia del alcohol o alcoholismo crónico es un trastorno multicasual. Así, pueden darse diferentes factores de riesgo (biológicos, psicológicos y sociales) que incrementan la probabilidad de padecerlo.

Asimismo, una persona alcohólica presenta una serie de secuelas o consecuencias, tanto a nivel individual (físico, psicológico y psiquiátrico), familiar como social.

Igualmente, toda persona con este problema pasa por una serie de fases desde que comienza a depender del alcohol hasta que comienza a dejarlo: apetencia, tolerancia y abstinencia.

Para hacer frente al alcoholismo, han ido surgiendo múltiples tratamientos. Se suele seguir un mismo proceso que comprende: la desintoxicación (tratamiento médico y medidas psico y socio-terapéuticas), la deshabituación (psicoterapia individual, grupal y familiar/multifamiliar, intervención psiquiátrica) y transición de alta y postcura.

Con respecto al modelo teórico de trabajo social que mejor fundamenta la intervención con personas alcohólicas, en este trabajo se ha escogido el modelo psicosocial, ya que integra las dimensiones biológica, psicológica y social. De igual modo, es importante el modelo sistémico a la hora de intervenir con las familias de los usuarios.

En cuanto al contexto social recordar que Aragón cuenta con una amplia red de recursos de atención a las drogodependencias formada por centros privados y públicos que cubren los niveles de prevención, asistencia, integración social e información. Concretamente, los que prestan servicios de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas de alcohol, pueden ser las UASA los centros especializados (asociaciones, comunidades terapéuticas...), etc.

Dentro del contexto político, mencionar que el organismo que coordina y potencia las políticas en materia de drogas es el PNSD que recoge la normativa internacional, estatal y autonómica.

Respecto al programa de rehabilitación -intervención del trabajador social-, decir que se lleva a cabo gracias a la subvención del Gobierno de Aragón, en un centro (espacio) de una asociación con carácter de régimen intermedio, donde los usuarios ya han superado el proceso de desintoxicación y se encuentran en el proceso de deshabituación (entre otros de los requisitos exigidos).

Para garantizar la eficiencia y efectividad del tratamiento, será individualizado, amplio, flexible y dilatado en el tiempo. Además, será un programa interdisciplinar, donde será necesaria la presencia de diferentes profesionales como son el médico, el psicólogo y el trabajador social. De igual forma es importante la labor que realiza el responsable de administración y los voluntarios.

Las funciones del trabajador social son múltiples e irán encaminadas a lograr la rehabilitación de la persona alcohólica y más concretamente a alcanzar su inserción personal, familiar, social y formativo-laboral. Las funciones comprenderán acciones relacionadas con administración, intervención individual, familiar y grupal y supervisión.

El trabajo del trabajador social se dividirá en diferentes módulos para su mejor comprensión, que a su vez irán relacionados con las funciones que desempeña el profesional.

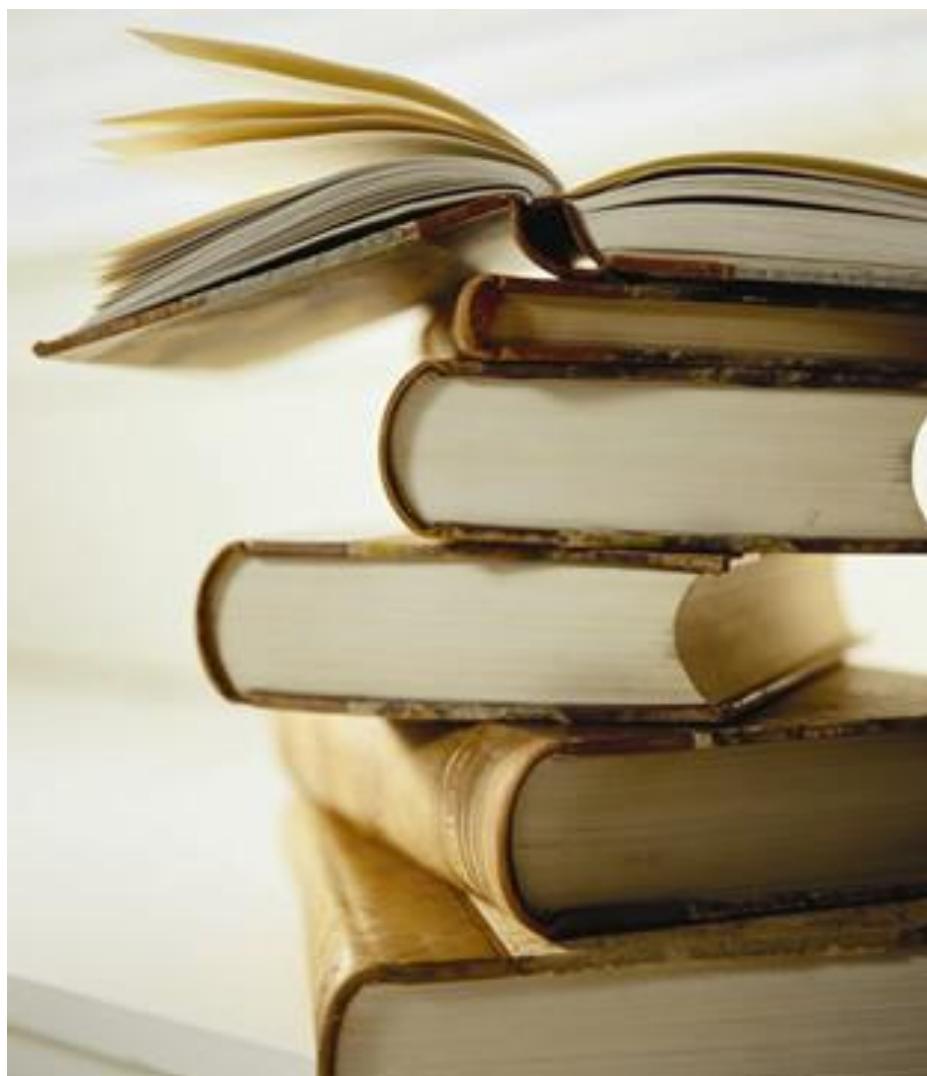
Para cada módulo, el trabajador social se marcará unos objetivos, una metodología, una temporalización y una evaluación específica que le servirán para guiar su intervención. Como si fuesen protocolos específicos.

Del mismo modo, esto le servirá para poder ir identificando posibles dificultades o errores a los cuales pondrá solución. Por lo que irá reelaborando su programa de intervención.

La intervención individual y con las familias que lleva a cabo el trabajador social seguirá una metodología similar, fundamentada en el modelo teórico psicosocial y en el modelo teórico sistémico (intervención familiar) del trabajo social. La metodología incluirá las fases de: análisis y estudio de la situación, elaboración del diagnóstico social, diseño del plan de acción/trabajo, tratamiento o aplicación del plan de acción, terminación/emancipación y evaluación.

Además, el trabajador social realizará una evaluación global de todo su trabajo dentro del programa de rehabilitación, que se recogerá en la memoria anual y servirá para poder comprobar la eficacia y eficiencia de su intervención, así como los beneficios obtenidos y dificultades encontradas, para poder reelaborar el programa para años próximos.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA: NORMAS APA

- Alcohólicos Anónimos (2009). *Alcohólicos Anónimos en su comunidad: Cómo funciona A.A. en su comunidad para ayudar a los alcohólicos.* Recuperado el 5 de mayo de 2012, en http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=1&te=6&idage=1&vap=0
- Alcohólicos Anónimos (2009). *Los doce pasos ilustrados.* Recuperado el 12 de mayo de 2012, de http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=133
- Alcohólicos Anónimos (2012). *Qué es A.A.* Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=7
- Aliseda, J., Brito, I., Campos, M.C., Castro, R., Cerezo, S., García, A., Garrido, G. y Villa, G. (Eds) (2006). *Intervención Psicosocial en Adicciones: Alcohol.* Málaga: FIAFB.
- Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados José Bielsa "El lindo" (Abattar) (s.f.). *Quiénes somos.* Recuperado el 12 de marzo de 2012, de http://www.abattar.com/abattar_quienes_somos.php
- Asociación Cinco Villas Alcohólicos Rehabilitados (Acvar) (s.f.). *Quiénes somos.* Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: <http://www.telefonica.net/web2/acvar/paginas/somos.htm>
- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados (Albada) (s.f.). *Quiénes somos.* Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: http://www.asociacionalbada.org/Quienes_somos.html
- Asociación de encuentro y acogida al toxicómano (Adeat) (s.f.). *Programa de intervención familiar.* Recuperado el 5 de mayo de 2012, de <http://adeat.org/pdf/familia.pdf>

- Asociación Naxé: asociación de Afectados por la Drogas de Jaca y Comarca (s.f.) *¿Qué es naxé?: Definición*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de: <http://www.naxe.es/seccion02.php>
- Becoña, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Cáritas Española. (2007). *El trabajo como una respuesta a la exclusión social: Marco de Actuación del Programa de Empleo de Cáritas*. Madrid: Cáritas Española.
- Casas, E., Escandell, M.J., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 105, 25-47.
- Cobas, M.E., (2005). La legislación más relevante en materia de adicciones. *Revista Española de drogodependencias*, 30 (3,4), 382-399.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía (s.f.). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_OPIACEOS/GUIA_PR_ACTICA_CLINICA.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. España (1999). *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social*. Recuperado el 12 de mayo de 2012, de <http://dtsss.ua.es/es/documentos/practicas-externas/codigo-deontologico-de-la-profesion-de-diplomados-en-trabajo-social.pdf>
- *Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)*. (s.f.). Recuperado el 15 de mayo de 2012, de <http://es.scribd.com/doc/95068919/Q-LES-Q>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad (2010). *Encuesta domiciliaria sobre el alcohol y drogas en España (edades) 2009-2010*. Recuperado el 15 de marzo de

2012, de <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/A70BC7EE-7867-4086-B0A8-47368FBA7559/130936/PresentacionEDADES200910.pdf>

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política e igualdad (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español sobre Drogas.* Recuperado el 15 de marzo de 2012, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Encuesta2007-2008AmbitoLaboral.pdf>
- Díaz, R.M. y Gual, A. (2004). *Alcoholismo: del uso al abuso.* Barcelona: morales i torres.
- Díez, R. y González C. (2008). *Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción.* Madrid: Red ARAÑA, Tejido de Entidades Sociales por el Empleo. Recuperado el 12 de mayo de 2012, de <http://www.ikusbide.org/data/documentos/Personas%202008.pdf>.
- Du Ranquet, M. (2007). El modelo diagnóstico o psicosocial. En Du Ranquet, M. (Ed.), *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias* (pp. 67-107). Madrid: Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: Guía práctica para el tratamiento.* Madrid: Síntesis.
- Escartín, M.J. (1992). Modelo psicosocial o diagnóstico. En Escartín, M.J. (Ed.), *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional* (pp. 149-176). Alicante: Aguaclara.
- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar.* Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia de Servicios Sociales.
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Aragón (Fara) (s.f.). *Historia.* Recuperado el 11 de marzo de 2012, de <http://www.fara-aragon.org/Historia.html>
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). El método en Trabajo Social con familias. En T. Fernández García y L. Ponce de León Romero (Ed.), *Trabajo Social con familias* (pp. 185-206). Madrid: S.A

- Ferrer, X. y Sánchez, M. (s.f.). *Máster en drogodependencias. Módulo 1: drogodependencias: aspectos generales. Tema 1: conceptos básicos, terminología y clasificaciones*. Barcelona: Les Heures. Universitat de Barcelona.
- Ferreira, L. (s.f.). *Escala Ciwa-Ar. Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de <http://www.meiga.info/Escalas/EscalaCIWA.pdf>
- Fundación Centro de solidaridad Zaragoza – Proyecto Hombre (s.f.). *Historia*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de <http://www.fundacioncsz.org/historia.php>
- Fundación Doctor Valero Martínez – ASAREX (s.f.). *Quiénes somos*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de http://www.asarex.org/quienes_somos.php
- Fundación Instituto Spiral (s.f.). *Programa de intervención individual*. Recuperado el 15 de abril de 2012, de: <http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/2012/02/10.3-Programa-de-Intervencion-Individual.pdf>
- García, E., Mendieta, S., Cervera, G. y Fernández, J.R. (2003). *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Gobierno de Aragón (s.f.). *Situación de Aragón. Conoce la situación geográfica de Aragón*. Recuperado el 29 de marzo de 2012, de http://www.aragon.es/VisitarAragon/Subtemas/ConoceAragon/Subtemas/ci.02_Situacion_aragon.detalleVisita?channelSelected=0
- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia (s.f.). *Directorio de recursos de drogodependencias*. Recuperado el 8 de marzo de 2012, de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadCiudadano/SaludPublica/ci.01_Directorio_de_recursos.detalleDepartamento
- Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública (2011). *II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016*. Aragón: Gobierno de Aragón.

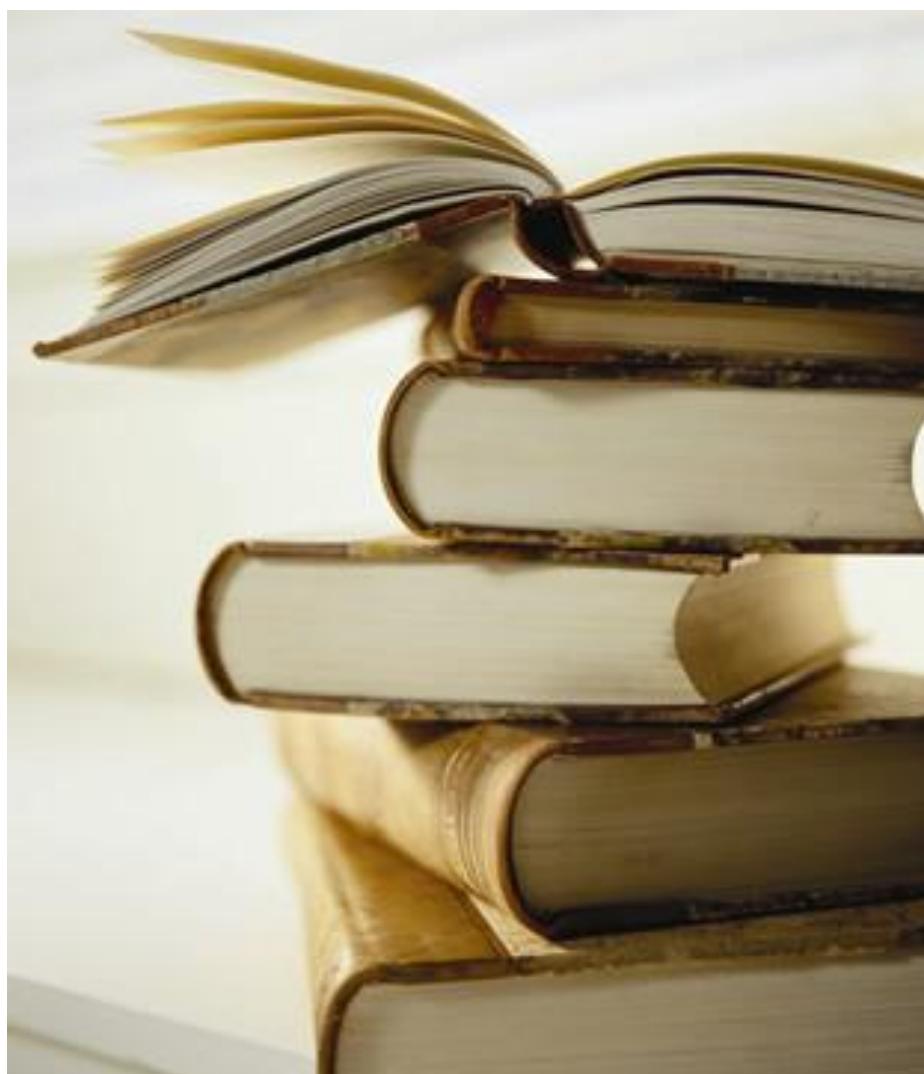
Departamento de Salud y Consumo. Recuperado el 10 de marzo de 2012, de

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 30 de febrero de 2012, de
http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241544686_spa.pdf
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Aljibe.
- Guardia, J. (2008). *Alcoholismo. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica* (2^a ed.). Valencia: Socidrogalcohol.
- Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Comunidad psicoterapéutica "La Encina" (s.f.). *Datos generales*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de
http://www.hijascaridad.org/pamplona/c_osocial/centro1a.htm
- Instituto Hipócrates. (s.f.). *Para el tratamiento de las adicciones*. Recuperado el 12 de marzo de 2012, de <http://institutohipocrates.com>
- Instituto Nacional de Estadística. (2010). *Revisión del Padrón municipal 2012. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia*. Recuperado el 28 de febrero de 2012, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- López, J.J. (2007). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson.
- Martínez, A., Iraurgi, I., Sanz, M. y Galíndez E. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International journal of clinical and health psychology*, 6 (2), 317- 338.
- Martínez, J.M, Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 22 (4), 562-567.

- Organización Mundial de la Salud (2010). *Alcohol. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.* Recuperado el 15 de marzo de 2012, de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- Parroquia Ntra. Sra. del Carmen – Zaragoza (2009). *Rehabilitación del alcohol.* Recuperado el 12 de marzo de 2012, de http://www.parroquiadelcarmen.es/index.php?option=com_content&view=section&id=18&Itemid=19
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social: una introducción crítica.* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez, M. (2007). La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención. *Salud y drogas, 7* (1), 187-204.
- Rubio, G., Bermejo, J., Cabellero, M.C. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española, 198*, 11-14.
- Rubio, G. y Santo-Domingo, J. (2000). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo.* Madrid: Agencia Antidroga.
- Villalbí, J.R. (2008). Capítulo I. En J. Álvarez, M. Cabezas Peña, J. Colom Farran, I. Galán Labaca, A. Gual i Solé, V. Lizarbe Alonso, A. Rodríguez-Martos, B. Rosón Hernández y L. Segura García (Eds.), *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España* (pp. 30-31). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

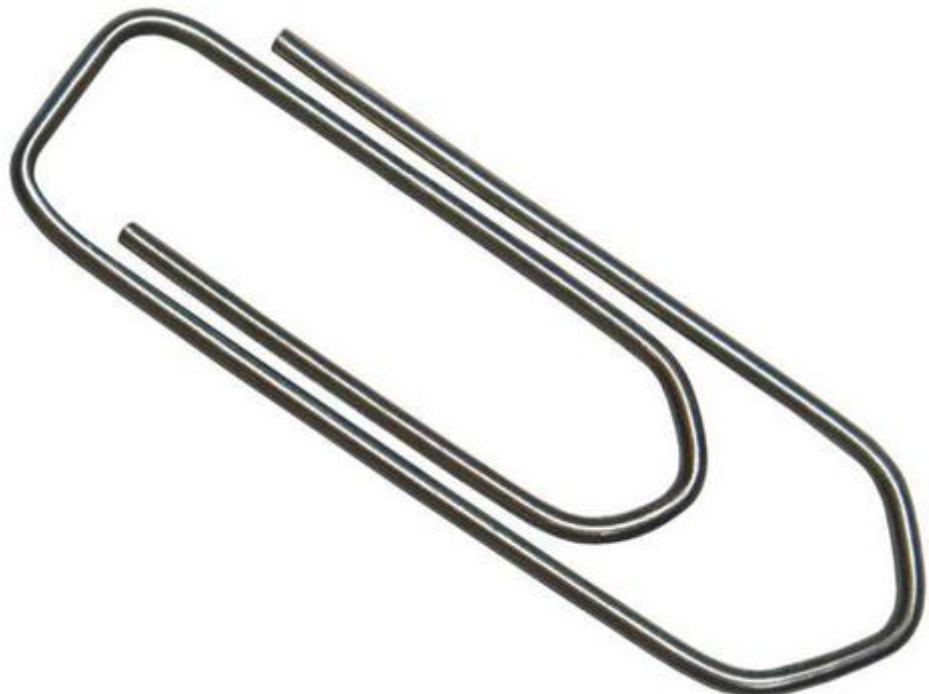
ABREVIATURAS



LISTA DE ABREVIATURAS

- AA: Alcohólicos Anónimos
- APA: *American Psychological Association*
- CMAPA: Centro Municipal de Atención y Prevención a las adicciones
- DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- DT: delirium tremens
- IMEFEZ: Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Zaragoza
- INAEM: Instituto Aragonés de Empleo
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PNSD: Plan Nacional sobre Drogas
- SAA: síndrome de abstinencia alcohólica
- SS.SS: Servicios Sociales
- UASA: Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones
- UGT: Unión General de Trabajadores

ANEXOS



ANEXO I

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

(*Rubio, Bermejo, Cabellero y Santo-Domingo, 1998*)

Las siguientes preguntas se refieren a con qué frecuencia ha bebido usted ALCOHOL en los últimos 6 meses.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Una o menos veces al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| De 2 a 4 veces al mes | <input type="checkbox"/> | 2 |
| De 2 a 3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 ó más veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 4 |

SI HA CONTESTADO "NUNCA" A LA PREGUNTA ANTERIOR, PASE A LASDOS ÚLTIMAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN: 11 Y 12.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- | | | |
|------------|--------------------------|---|
| Una ó 2 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Tres ó 4 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Cinco ó 6 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| De 7 a 9 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Diez ó más | <input type="checkbox"/> | 4 |

No aplicable 5

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca 0

Menos de una vez al mes 1

Mensualmente 2

Semanalmente 3

A diario o casi a diario 4

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca 0

Menos de una vez al mes 1

Mensualmente 2

Semanalmente 3

A diario o casi a diario 4

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca 0

Menos de una vez al mes 1

Mensualmente 2

3

A diario o casi a diario 4

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	No <input type="checkbox"/> 0
	Sí, pero no en el curso de los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> 2
	Sí, en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> 4

10. ¿Algún familiar, amigo, médico, o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No <input type="checkbox"/> 0
	Sí, pero no en el curso de los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> 2
	Sí, en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> 4

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol durante toda su vida

11. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas con el alcohol a lo largo de su vida?	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 0

12. ¿Ha estado usted alguna vez en tratamiento por problemas con el alcohol en su vida?	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 0

ANEXO II

Escala CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assesment for Alcohol).
Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
(Ferreira, s.f.)

Nauseas y vómitos	Alteraciones táctiles
0:Sin náuseas ni vómitos	0:Ninguna
1:Náuseas leves sin vómitos	1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...)
2	2:Idem suave
3	3:Idem moderado
4:Náuseas intermitentes con esfuerzos secos	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Náuseas constantes y vómitos	7:Alucinaciones continuas
Tremor	Alteraciones auditivas
0:Sin temblor	0:Ninguna
1:No visible, puede sentirse en los dedos	1:Muy leves sonidos secos o capaces de asustar

2	2:Idem leves
3	3:Idem moderados
4:Moderado con los brazos extendidos	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Severo, incluso con los brazos no extendidos	7:Alucinaciones continuas
Sudor	Alteraciones visuales
0:No visible	0:Ninguna
1:Palmas húmedas	1:Muy leves
2	2:Leves
3	3:Moderadas
4:Sudor en la frente	4:Alucinaciones moderadas
5	5:Alucinaciones severas
6	6:Alucinaciones extremas
7:Empapado	7:Alucinaciones continuas
Ansiedad	Cefalea
0:No ansioso	0:No presente
1:Ligeramente	1:Muy leve
2	2:Leve
3	3:Moderada

4:Moderado	4:Moderadamente severa
5	5:Severa
6	6:Muy severa
7:Ataque agudo de pánico	7:Extremadamente severa
Agitación	Orientación y funciones superiores
0:Actividad normal	0:Orientado y puede sumar
1:Algo hiperactivo	1:No puede sumar, indeciso en la fecha
2	2:Desorientado temporalmente (<2 días calendario)
3	3:Mayor desorientación temporal
4:Moderadamente inquieto	4:Desorientación espacial y/o en persona
5	
6	
7:Cambio continuo de postura	

ANEXO III.

FACES 20 ítems. Escala desarrollada a partir a partir de la FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale).

(Martínez, Iraurgi, Sanz y Galíndez, 2006)

1.- Nunca o casi nunca 2.- Pocas veces 3.- A veces 4.- Con frecuencia

5.- Casi siempre

(C) Cohesión

(A) Adaptabilidad

Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.

(C) 1 2 3 4 5

Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.

(A) 1 2 3 4 5

En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.

(A) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.

(C) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.

(C) 1 2 3 4 5

En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).

(A) 1 2 3 4 5

Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.

(A) 1 2 3 4 5

En nuestra familia hacemos cosas juntos.

(C) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.

(A) 1 2 3 4 5

A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos.

(C) 1 2 3 4 5

En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.

(A) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.

(C) 1 2 3 4 5

En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A)

1 2 3 4 5

Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.

(C) 1 2 3 4 5

Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.

(A) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.

(C) 1 2 3 4 5

Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.

(A) 1 2 3 4 5

La unidad familiar es una preocupación principal.

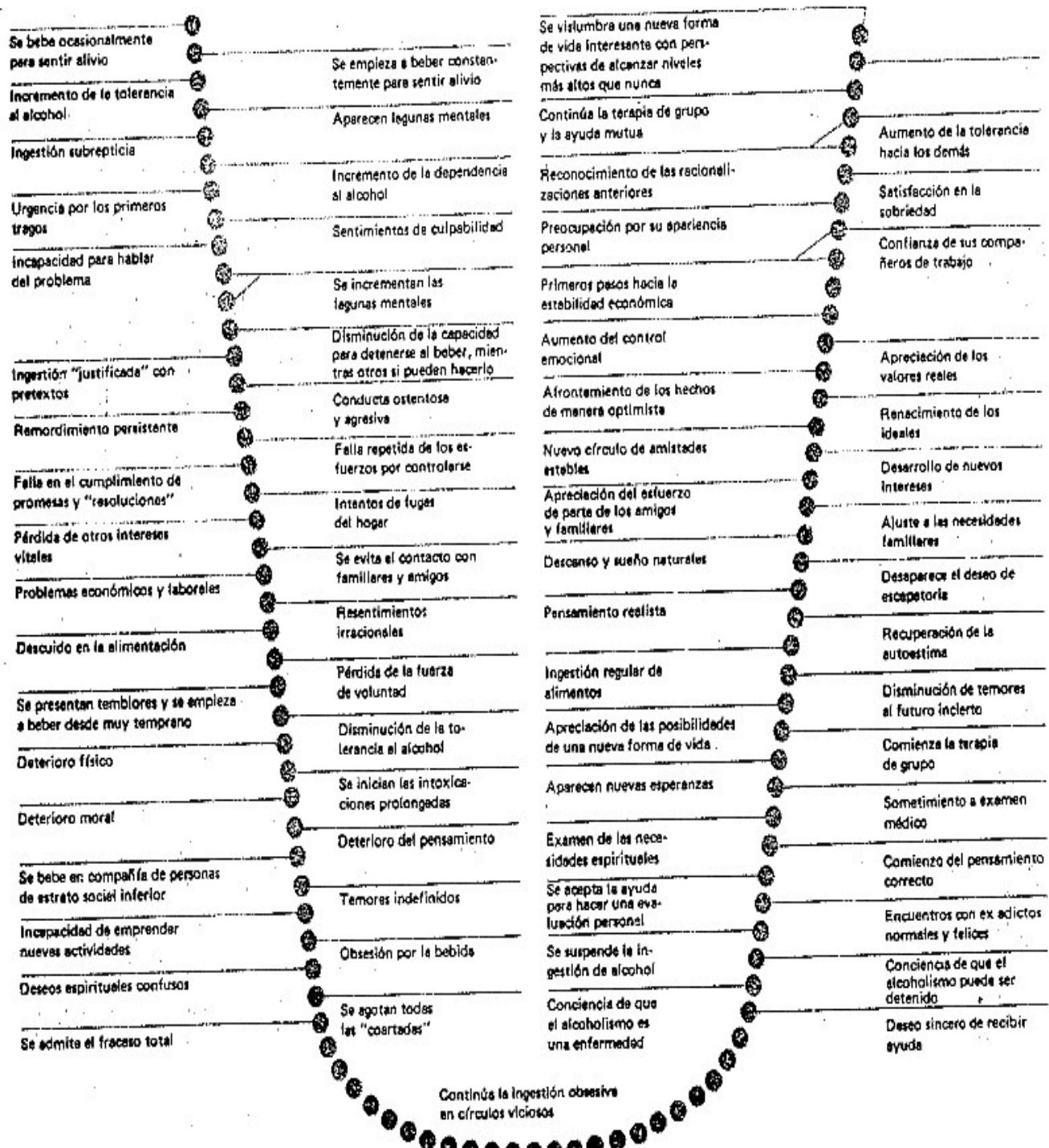
(C) 1 2 3 4 5

Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.

(A) 1 2 3 4 5

ANEXO IV

Herradura: material para trabajar en las sesiones grupales.



Fuente: Glatt, M.M. "Group therapy in alcoholism"

The British Journal of Addiction, vol. 54 núm. 2

ANEXO V

Los doce pasos ilustrados de Alcohólicos Anónimos (2009).

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

