

TRABAJO DE FIN DE TÍTULO

Las necesidades de las familias de personas alcohólicas en tratamiento

**UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL
CURSO ACADÉMICO 2019-2020**

TUTORA

Noelia Sánchez Martín

ALUMNA

Amanda Velasco Díaz

LAS NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE PERSONAS ALCOHÓLICAS EN TRATAMIENTO

Amanda Velasco Díaz

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

Con este estudio se pretende acercarnos a la realidad de las familias de las personas con adicción al alcohol, para descubrir sus demandas y necesidades asociadas a la situación de adicción de la persona en tratamiento.

A través de una metodología cualitativa ahondaremos en sus inquietudes, sus vivencias relacionadas con la problemática del alcohol dentro de su círculo familiar y las necesidades de recursos o apoyos en el ámbito socioeducativo.

Palabras clave: Familiares, alcoholismo, personas alcohólicas, adicción, necesidades socioeducativas, metodología cualitativa.

Abstract

The aim of this study is to get closer to the reality of the families of people with alcohol addiction, in order to discover their demands and needs associated with the addiction situation of the person in treatment. Through a qualitative methodology we will deepen in their concerns, their experiences related to the problem of alcohol within their family circle and the needs of resources or support in the socio-educational field.

Key words: Family members, alcoholism, alcoholic people, addiction, socioeducational needs, qualitative methodology.

Introducción

Con este estudio de campo se pretende detectar las posibles necesidades de los familiares de aquellas personas con adicción al alcohol que se encuentran en tratamiento. Para poder analizar esta realidad, debemos conocer algunos datos y definir algunos conceptos.

El alcohol, definición y efectos en el organismo

El alcohol es una droga con efecto depresor sobre el sistema nervioso central de consumo legal en nuestro país. Popularmente, en las clasificaciones de las drogas en “blandas” y “duras” el alcohol siempre ha sido colocada en las primeras dado su consumo tan extendido y normalizado, pero los efectos del alcohol en nuestra salud graves.

Según la OMS (2018), el alcohol es una “sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.”

Esta definición nos advierte de que se trata de una sustancia con un uso social muy generalizado pero muy nociva para la persona que la consume y con gran poder adictivo. Comporta además no solo un problema de salud individual, si no que conlleva importantes consecuencias sociales.

A nivel estatal, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) destaca que “el consumo excesivo de alcohol es el primer problema de salud pública en España y causa un grave daño social y a terceros”.

En el mismo sentido, la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2017) realizada por el Ministerio de Sanidad señala que “el 7’4% de la población de España declara mantener un hábito de consumo diario de alcohol.” Además, según resaltan en la encuesta, la edad de media en la que se consume alcohol por primera vez es a los 16 años.

Como se puede ver, el alcoholismo es un problema bastante más importante de lo que pensamos no solo por tratarse de una sustancia legal de fácil acceso y por su normalización y aceptación social, sino también por su

consumo a edades tan tempranas.

En cuanto a los efectos en el organismo, el área de salud pública del Gobierno de Canarias en su página web, los divide en efectos a corto y largo plazo. Dentro de los efectos a corto plazo se encuentran: “Desinhibición, euforia, relajación, mayor capacidad para socializar, dificultades en el habla y descoordinación en los movimientos.” A largo plazo, hablando más concretamente de enfermedades relacionadas con el alcohol hablamos de: “Alteraciones del sueño, cardiopatías, disfunciones sexuales, gastritis, úlcera gastroduodenal, deterioro cognitivo, encefalopatías, demencia, cáncer, psicosis, cirrosis hepática y depresión.” (Área de salud pública del Gobierno de Canarias).

Adicción al alcohol

Según define la OMS (2014) la adicción “es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.” Pero para hablar de conducta adictiva se deben cumplir varios indicadores, no sólo la dependencia. Esos factores serían la tolerancia a la sustancia, el síndrome de abstinencia cuando eliminas el consumo y los efectos negativos en el desempeño de tu vida cotidiana, tanto a nivel individual, como laboral y/o social.

Para aclarar algunos de los términos comentados, podemos decir que la dependencia es la necesidad de, en este caso, ingerir alcohol para conseguir un estado de bienestar y que la falta de éste produzca en nuestro organismo un alto nivel de malestar que denominamos síndrome de abstinencia.

En cuanto a la tolerancia, lo podemos ver en nosotros/as mismos/as. La primera vez que bebemos alcohol, con una cantidad mínima, ya tenemos esa sensación de relajación y desinhibición que buscamos. Ahora bien, a medida que nuestra frecuencia de consumo aumenta, nuestra cantidad de alcohol también sube, ya que para conseguir el mismo estado que la primera vez, necesitamos más sustancia. Es esto a lo que llamamos tolerancia.

Entonces, debemos tener claro que la adicción no es un simple problema, estamos hablando de una enfermedad.

Consecuencias de la adicción al alcohol

El alcoholismo tiene consecuencias individuales en nuestro organismo como ya mencionamos anteriormente, pero afecta también en gran medida al entorno de la persona adicta tanto a nivel familiar como social y laboral.

Según datos de la OMS en el Informe Mundial de Situación sobre el alcohol (2014), “Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa casi el 6% de todas las defunciones”. En este informe resaltan que “más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto”.

En la Encuesta Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad destacan que “el consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo”. (MSSI, 2011/2012)

En lo que afecta al ámbito familiar, el alcoholismo está considerado por la OMS (2014) como “factor de riesgo en la violencia de género y sexual, de hecho, gran parte de los hombres que realizan programas de intervención para reducir el consumo de alcohol, han agredido alguna vez a su pareja o tienen alguna orden de alejamiento”. Pero eso no queda solo en la pareja, también existen consecuencias con el cuidado de los hijos y de las personas mayores. Todo esto puede estar directamente relacionado con la pérdida de autocontrol que se produce bajo los efectos del alcohol, que se une a patrones educativos de género preexistentes.

Familias de personas con adicción

En cuanto a las familias de las personas alcohólicas, viven una situación que no es nada fácil para ellos/as. Normalmente, la relación con el familiar está bastante deteriorada por el consumo. Al nacer, nuestras primeras relaciones son con la familia y establecemos un vínculo muy fuerte con sus miembros.

“En la familia todos influyen sobre todos, en una especie de reacción en cadena circular, cuando la estructura familiar es inadecuada o cuando alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción” (Santi X., 2006)

Podemos entender por tanto fácilmente que la situación de estas familias puede

llegar a ser alarmante dado que uno de sus miembros está en una situación de adicción. Ante este problema, la manera de afrontarlo es muy compleja y si no se pone solución, estos vínculos pueden acabar rompiéndose o deteriorándose de forma irreversible.

Los familiares pasan también por momentos de desconcierto y de desesperación al no saber cómo actuar y qué hacer, momentos de tristeza al ver de esa forma a alguien que quieren, de desconfianza, de frustración, rabia...

Luego de permanentes alteraciones emocionales y disgustos en la familia, se va profundizando el alcoholismo del enfermo y separando a sus miembros; y esto conduce inevitablemente a que frecuentemente las relaciones interpersonales se deterioren, y hasta lleguen a extremos inmanejables si la familia y el mismo alcohólico no son orientados a tiempo para enfrentar la enfermedad del alcoholismo en el conjunto familiar (Obando X.,1997).

Para poder sobrellevar toda esta situación es necesaria esa atención a los familiares que en centros de atención a las adicciones no siempre es suficiente. La familia es, en su mayoría, el punto de apoyo de la persona alcohólica por lo que el trabajo con las mismas es fundamental. En un estudio titulado “Alcoholismo: representaciones sociales elaboradas por alcoholizados en tratamiento y por sus familiares” en el que realizan entrevistas a alcohólicos junto a sus familias, un familiar define el alcoholismo como “destrucción”. “Para mí, el alcoholismo ... no sé, ¿ves? Lo que tengo que decir sobre el alcoholismo es la destrucción. La persona que depende del alcohol es una persona quien está dominado, destruye a la familia, termina el trabajo, el matrimonio, si está casado, se destruye a sí mismo” (Santos, 2008).

Podemos observar que el entorno familiar se convierte en territorio hostil. Según Irles (2001), “las reacciones agresivas sobre la familia son, como hemos dicho, una de las consecuencias más llamativas de la adicción al alcohol de uno de los miembros de la familia.”

Aun viendo el daño que causa la adicción a la familia, es difícil encontrar estudios en los que sean los protagonistas. Habitualmente se les concibe en un segundo plano, pero no como destinatarios de una intervención. No se les suele dedicar la atención suficiente ni se les ha preguntado en profundidad por sus necesidades, sus preocupaciones, sus emociones... En conclusión, la intervención socioeducativa a las familias como principales destinatarios es escasa.

Pude detectar esta necesidad desde mi centro de prácticas, en el que el apoyo a las familias es principalmente psicológico. Es verdad que, en comparación con otros centros, se tiene muy en cuenta a las y los familiares y se realizan terapias exclusivamente para ellos y ellas, pero a estas solo asiste una pequeña parte de las familias ya que es algo voluntario.

Desde mi punto de vista se puede hacer mucho más por las familias, ya que como hemos visto se ven muy afectadas por la situación. Y esa ayuda debe ser contemplada no solo desde lo psicológico sino desde lo socioeducativo. Para esta labor, el papel del educador o educadora social es primordial. Y desde esa perspectiva social y a la vez educativa, trabajar aspectos como el acompañamiento, el análisis de la realidad, la mediación y el fortalecimiento de redes sociales, funciones específicas del profesional de la educación social. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, la intervención a las familias sería mucho más completa y les daría el apoyo que realmente necesitan.

Proyecto Esperanza, Cáritas

El estudio de campo que se presenta en este trabajo ha sido desarrollado en el Proyecto Esperanza. Este se divide en varias áreas de actuación. Su principal recurso es la U.R.A.D (Unidad Residencial de Atención a la Dependencia) Casa Esperanza, situada en el Valle de Agaete en la que grupos de trece personas reciben un tratamiento psicoterapéutico, educativo, sociocultural, higiénico-sanitario y laboral durante cinco meses. Previo a esta estancia deben pasar por un período de acogida en la sede de Cáritas donde mediante sesiones con la trabajadora social se prepara el ingreso a la casa. En esta etapa se tiene en cuenta sobre todo la motivación de las personas y se les pide que en la medida de lo posible, vayan reduciendo su consumo de alcohol para ir entrando en la dinámica del proyecto. En las sesiones se trabajan distintos temas relacionados con el alcoholismo como la ansiedad o el autocontrol, pero también aprovechan para contar los problemas, miedos e inquietudes que rodean su situación.

Cuando termina la acogida entran en la Casa del Valle de Agaete. En la U.R.A.D. trabajan coordinadamente dos psicólogas (como viven dos grupos a la vez en la casa, se asigna una psicóloga a cada grupo), la responsable del proyecto, un auxiliar de gestión del centro, un administrativo, seis monitores y monitoras (de los cuales debe haber uno/a las 24 horas del día), dos monitoras de talleres, una cocinera y una ayudante de cocina.

Los y las residentes se ocupan del cuidado de la casa, tanto de las zonas comunes como de sus habitaciones. A esto se le da mucha importancia y se tiene en cuenta como parte de la terapia, el mantener el espacio limpio, así como cuidar la higiene personal. A parte de esto realizan sesiones grupales e individuales con la psicóloga, además de senderismo, talleres de mantenimiento físico, manualidades, entrenamiento cognitivo, lectoescritura, música, economía doméstica, relajación entre otras actividades.

Tras los cinco meses de tratamiento en la U.R.A.D., no reciben el alta terapéutica hasta que no hayan pasado un año en seguimiento con el psicólogo del proyecto.

Este proyecto no sólo trabaja con las personas con adicción, también realiza un trabajo con las familias. Cada semana se reúnen en la sede de Cáritas los y las familiares con el psicólogo. En este espacio, los y las familiares pueden hablar de su situación y centrarse más en cómo están ellos y ellas y cómo están viviendo el proceso de rehabilitación de su familiar. A parte de estas sesiones pueden solicitar sesiones individuales tanto con el psicólogo de la sede como con las de la U.R.A.D.

1. Método

Planteamiento del problema y finalidad de la intervención

Tras la información expuesta previamente surgen interrogantes que se convertirán en las preguntas principales del presente estudio, ¿cuál es el estado de las familias de las personas alcohólicas? ¿Tienen las herramientas para afrontar la situación de convivir con una persona adicta? ¿Reciben ayuda por parte de los centros de tratamiento o solo prestan atención a los usuarios?

Según he podido identificar durante mis prácticas y también a través de la revisión bibliográfica que he realizado para este trabajo, las familias no están preparadas para vivir una situación tan agotadora y llena de altibajos como es la adicción. Ante esta falta de conocimientos previos, esas familias acaban muy deterioradas con el paso del tiempo y la relación entre los miembros en muchos casos cuesta mucho repararla. Y aun sabiendo esto, la intervención desde los centros para las familias es escasa.

Por eso con esta investigación me he planteado los siguientes objetivos que se corresponderán con las preguntas de investigación.

1. Conocer la relación personal que existe entre el/la familiar y el usuario/a de

los usuarios del Centro La Esperanza.

2. Indagar sobre el conocimiento previo que poseen esas familias sobre las adicciones y el alcohol

3. Conocer el momento en el que la familia asumió la adicción.

4. Aproximarse a las necesidades de los y las familiares ante la situación de adicción de las personas en terapia en dicho centro

5. Averiguar la valoración del recurso en el que se encuentran actualmente y de otros recursos para personas con adicciones a los que hayan acudido.

Con estos aspectos a investigar, lo que se pretende con este trabajo es recalcar la importancia de la intervención educativa dirigida a las familias de personas alcohólicas. Y no solo mientras los usuarios están en tratamiento si no previamente, cuando no tienen las herramientas necesarias para saber cómo actuar ante las situaciones que conlleva convivir con una persona adicta. Esa tarea educativa, como hemos visto en la introducción, está dentro de los ámbitos de la Educación Social.

1.1. Muestra

La población objeto de estudio son los y las familiares de las personas en tratamiento por adicción al alcohol del Proyecto Esperanza. La muestra de la entrevista grupal es de cinco mujeres, tres madres, una hermana y una pareja de usuarios/as que en ese momento residían en la comunidad terapéutica.

Inicialmente, la muestra iba a ser más amplia pero debido a las circunstancias excepcionales derivadas del Estado de Alarma decretado como consecuencia de la irrupción del Covid-19, no ha sido posible realizar el resto de las entrevistas concertadas.

1.2. Hipótesis

Las hipótesis de este estudio se derivan de la observación y las preguntas que me han ido surgiendo con respecto a las familias de las personas con las que intervine a lo largo de mi período de prácticas y son las siguientes:

- Las relaciones entre usuarios/as y familiares están desgastadas. Son relaciones de dependencia, en las que un familiar ejerce de cuidador/a sobre el/la alcohólico/a. Como ya se expuso en la introducción que el alcohol afecta al seno familiar y creo que

el asunto va más allá, los familiares tienden a sobreproteger a la persona alcohólica y en algunos aspectos tratarla como a un niño/a.

- Ese rol de cuidador/a es ejercido mayormente por mujeres. Las familias que he podido ver a lo largo de mi período de prácticas me han llamado mucho la atención porque en su mayoría, son mujeres y es muy probable que esté relacionado con los roles de género tradicionalmente asignados.

- En las relaciones de pareja, muchas veces existen situaciones de maltrato. Siguiendo con las relaciones en la familia, no solo estamos hablando de madre e hijo/a sino también de parejas. El alcoholismo está estrechamente ligado al incremento de agresividad, por lo que la violencia de género es un tema importante a tener en cuenta en la investigación.

- Para los familiares, el apoyo llega tarde y no es suficiente. Los familiares no tienen la atención que merecen ya que el elemento principal de la intervención es la persona adicta. Debido a esa falta de apoyo, se vuelve complicada la reconciliación y el bienestar de la familia.

1.3. Técnicas de análisis de datos

En cuanto a la metodología, se trata de una investigación cualitativa, es decir una investigación basada en la observación y comprensión de los hechos, más allá de un resultado estadístico y numérico. “La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.” (Fernández, 2002).

Busca el dinamismo tanto del proceso de la investigación como de los resultados, interesándose por las motivaciones subjetivas de los sujetos entrevistados.

Dentro de esta metodología, como técnica se usarán varios tipos de entrevista que se realizarán tanto a familiares como a las personas trabajadoras del centro, así como datos sobre los y las pacientes que me ha proporcionado el centro. En concreto utilizaré las siguientes técnicas:

- *Entrevista grupal semiestructurada.* El motivo principal por el cual se ha escogido la técnica de la entrevista semiestructurada es porque lo que se pretende es

llegar a comprender cómo viven en primera persona la adicción de su familiar y qué significa esto en su día a día, más allá de que nos den una mera explicación formal. Con esta entrevista se buscan respuestas que se correspondan a las motivaciones subjetivas de la persona entrevistada, ahondando en lo que realmente necesita y le interesa. Semiestructural hace referencia al esquema de la entrevista, la idea es tener una serie de preguntas abiertas y que, a través de ellas, se pueda llegar a varias temáticas. A diferencia de las estructuradas, “el entrevistador puede cambiar la secuencia y la formulación de las preguntas y tiene total libertad para profundizar en las respuestas dadas por los participantes. En las entrevistas estructuradas, sin embargo, la secuencia y formulación de las preguntas de forma exacta está preestablecida.” (Monistrol. 2017).

La entrevista se ha hecho de manera grupal porque nos interesaba el proceso de reflexión que surge a partir de la interacción y la escucha activa que se produce entre las participantes. Pueden escuchar sus historias, intercambiar sus opiniones y puntos de vista y así crear un círculo de confianza que les permite contar con más seguridad todo lo que se pregunta. Las entrevistas grupales tienen un alto grado de espontaneidad y flexibilidad de la que quizás carecen las entrevistas individuales.

Inicialmente el trabajo de investigación aquí presentado pretendía realizar varias entrevistas grupales que ya se habían concertado a familiares con ayuda del centro. No obstante, el estado de alarma y las consecuentes medidas de confinamiento decretadas que se derivan de la pandemia por el virus Covid-19 que hemos vivido, han provocado que sólo se haya podido realizar una de ellas, que se realizó previamente al inicio de la crisis sanitaria.

- *Entrevista a persona expertas.* Se realiza una entrevista en este caso al psicólogo que trabaja desde hace años con las familias en el Proyecto. Como mencioné con anterioridad, se encarga de realizar terapias semanales con las familias, por lo que su opinión en este estudio tiene mucho valor. Esta entrevista nos servirá para tener una perspectiva más general sobre los familiares y profundizar en aspectos más técnicos que quizás con las otras entrevistas no podamos conocer. Las preguntas siguen una estructura y son realizadas por vía telemática.

- *Análisis de datos secundarios sobre la trayectoria de los pacientes.* El centro proporciona algunos datos sobre la situación económica, familiar o social de la persona para tener un contexto. Con eso se consigue tener unas conclusiones más

concretas y acertadas, así como conocer mejor las diversas situaciones en las que se encuentran las familias.

- *Entrevistas individuales en profundidad.* Además de las entrevistas grupales, el diseño metodológico de esta investigación pretendía la realización de algunas entrevistas individuales en profundidad que no se han podido realizar porque ha sido imposible tener contacto con los familiares debido a las restricciones del confinamiento. Se pretendía con ellas complementar las entrevistas realizadas grupalmente para conseguir una visión completa de la situación. Con estas entrevistas se favorece la intimidad de la persona por lo que se tendría una opinión más personal de las preguntas realizadas. Es lo más parecido a una conversación entre iguales, se intenta conseguir que sea informal, para poder conectar y obtener datos sobre experiencias, relaciones con otras personas, sentimientos... Con las entrevistas grupales se consigue parte de esas vivencias, pero con la individual logras más conexión con la persona. “Entrevista en profundidad es una técnica muy adecuada cuando lo que pretendemos recoger es la visión subjetiva, personal, de los actores sociales. Es decir cuando buscamos la dispersión y heterogeneidad de puntos de vista personales más que el consenso o punto de vista tópico común.” (Monistrol, 2017).

La entrevista grupal, en relación con los objetivos propuestos en la investigación, se estructura en varias temáticas de las cuales saldrán varias preguntas abiertas sin orden fijo. Estas serían:

A) Conocimiento y valoración de recursos existentes

1. ¿Cómo conocieron la existencia del Proyecto?
2. ¿Conocen otros recursos? ¿Vienen derivados/as de otros centros? ¿Qué ayuda han recibido de estos centros?
3. ¿Qué les parece la atención recibida por el centro? ¿Es efectiva para afrontar el problema? ¿En qué les ha ayudado?

B) Relación familiar/usuario

1. ¿Qué relación tienen con el usuario/a? ¿Creen que ejercen un rol de cuidador/a en la relación con el usuario/a?
2. ¿Cómo es el día a día de un familiar de una persona alcohólica?

C) Necesidades de los familiares

1. ¿Cuándo llegaron a la conclusión de que necesitaban ayuda?
2. ¿Qué tipos de apoyo/formación les gustaría recibir?
3. ¿Qué necesidades tienen con relación a la situación, que no pueden satisfacer con los recursos existentes?
4. ¿Qué conocimiento previo tenían sobre las adicciones antes de utilizar estos recursos?

Para la entrevista al psicólogo del centro, las preguntas son diferentes, pero se dividen en los mismos bloques ya que lo que queremos es ampliar la información de la entrevista grupal atendiendo a los objetivos propuestos para este estudio, gracias al conocimiento experto como profesional de la persona que atiende a los familiares en el centro. Por eso hemos planteado el siguiente guión de entrevista:

A) Conocimiento y valoración de recursos existentes

1. ¿Qué atención presta el Proyecto Esperanza a las familias? ¿Crees que es suficiente?
2. ¿Qué les diferencia a otras entidades en cuanto a intervención familiar?

B) Relación familiar/usuario

1. ¿Cómo es en general la relación entre el familiar y el usuario cuando se acercan por primera vez al proyecto? ¿Se producen cambios en la relación durante el proceso?
2. ¿El familiar que acompaña, ejerce normalmente de cuidador/a?

C) Necesidades de los familiares

1. ¿Qué necesidades quizás no se ven resueltas con la intervención?
2. ¿Existe un perfil mayoritario de los familiares que asisten a las terapias? ¿Con qué actitud se acercan a estas terapias?

1.5. Procedimiento

Se han seguido una serie de pasos en este proceso:

1. Definición de los objetivos o temáticas a abordar con la investigación
2. Elaboración de las preguntas abiertas teniendo en cuenta los elementos a conocer
3. Solicitud de participación voluntaria a las personas familiares en la investigación (a través de la mediación de las personas expertas del centro)

3. Realización de la entrevista, que es grabada con su consentimiento
4. Transcripción de la entrevista para un mejor análisis posterior
5. Análisis de los datos y realización de conclusiones

1.6. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para la recogida de datos, en el caso de la entrevista grupal en profundidad, se ha utilizado una grabadora para no perder ningún detalle. Tras la grabación, se ha transcrito todo para poder tener los datos por escrito y que sea más sencillo el análisis posterior. Para este análisis se han ido seleccionando las respuestas vinculadas a cada uno de los objetivos, teniendo en cuenta palabras clave y extrayendo los párrafos más relevantes.

En cuanto a la entrevista del psicólogo, al estar bajo el Estado de Alarma decretado por el Gobierno, se realizó mediante correo electrónico por lo que no hizo falta transcripción. Para el análisis se llevó a cabo el mismo procedimiento de la anterior entrevista.

2. Resultados

Para analizar las respuestas de ambas entrevistas, se seguirá el orden de bloques de preguntas enlazándolos a su vez con los objetivos planteados, y así ver simultáneamente los diferentes puntos de vista, tanto de los y las familiares como del psicólogo.

A) Conocimiento y valoración de los recursos existentes

Este apartado se corresponde con el objetivo inicial *“Averiguar la valoración del recurso en el que se encuentran actualmente y de otros recursos para personas con adicciones a los que hayan acudido”*

En cuanto a cómo conocieron el recurso, dos familiares fueron derivados de otros recursos relacionados con las adicciones, el resto fue o por el “boca a boca” o por una búsqueda en internet. Podemos deducir entonces, que el proyecto se coordina con otros centros de las islas para una atención más completa. Las personas derivadas de otros centros comentan que la atención recibida a los familiares era mínima. Alguna vez hablaron con alguna persona del recurso, pero solamente por problemas de la persona adicta, nunca pudieron hablar de su situación.

El psicólogo del centro comenta sobre esta cuestión, “no sé cómo funcionan

otras entidades, pero por lo poco que sé, en general las sesiones son individuales y centradas en la persona con la adicción. La familia es un "ente" pasivo la mayor parte de las veces o cumple una función de vigilancia.”

En ambas entrevistas queda clara la escasez de atención que prestan el resto de entidades al trabajo con las familias. Pero ¿qué realiza el Proyecto Esperanza?

Esta vez comencemos con el experto, que resume de una manera muy clara lo que realizan.

“En el Proyecto Esperanza se le da una gran importancia al trabajo con las familias de las personas con adicción al alcohol, porque se entiende que también son parte afectada por el consumo. Se las intenta hacer partícipes y que tengan un espacio donde se pueda escuchar su voz y lo que tienen que decir y a su vez hacer un trabajo que cambien el modo de funcionamiento familiar y por otro lado reforzando los puntos fuertes”.

En cuanto a la opinión de las familias, no desentonan mucho con la anterior afirmación, dicen recibir mucho apoyo, tanto psicológico como orientativo y no solo por parte del psicólogo que realiza con ellos/as las terapias sino por parte del resto de trabajadores/as del centro.

Parecen, en general satisfechos/as con la ayuda recibida pero, ¿es suficiente?

El profesional nos cuenta que no podría decir si es suficiente o no, pero es lo que puede ofrecer el proyecto con los recursos existentes. En cuanto a las familias, el conocer si realmente es suficiente o creen que necesitarían más apoyo es una cuestión a la que entraremos en profundidad en otro apartado.

B) Relación familia/usuario

Esta parte de la entrevista nos ayuda a dar respuesta al objetivo “*Conocer la relación personal que existe entre el/la familiar y el usuario/a de los usuarios del Centro La Esperanza*”

Ya en este apartado entramos en aspectos más personales y nos adentramos mejor en las emociones de las familias en relación a la adicción.

En general, las entrevistadas cuentan que las relaciones familiares se han visto afectadas por la situación de la adicción. Tanto en la vida en pareja -en la que una familiar cuenta que las discusiones y la agresividad eran constantes-, como la relación

madre/hermana – hijo/a, en la que decían encontrarse agotadas ya que tenían que estar día y noche pendientes de lo que hacía o no hacía la persona, sintiéndose cuidadoras. Aquí aparece una de las cuestiones que me parecen más relevantes con respecto a los resultados de la investigación. Todas las familiares, que no tan casualmente eran en su totalidad mujeres, decían ser protectoras de la persona adicta, una de ellas cuenta:

“Al principio me veía mucho como su cuidadora, ¿qué no hacía yo para que él no saliera? Yo agarraba pastillas para dormir, se las machacaba y se las daba para que se quedara dormido. Yo he llegado hasta ese extremo, porque yo sabía que si él daba un paso para la calle en las condiciones en las que estaba, se tomaba dos cervezas más y se quedaba dormido por ahí. Yo pensaba, lo coge un coche, o una persona de mala leche. ¿Cuántas veces no llegó pegado, robado? Me sentía súper protectora.”

Todas las participantes en la entrevista grupal se sentían muy identificadas con este testimonio, la hermana de un usuario/a comentaba que “tenía que prestarle dinero a diario para que se comprara su vino y no se pusiera agresivo. Cuando llegaba borracho nos cuenta, “había que estar siempre detrás de él porque en varias ocasiones estuvo a punto de quemar la cocina por no estar en un estado óptimo”. Todo esto reafirma la hipótesis planteada en la que las familias ejercen de cuidadoras y que por norma general son mujeres, dato que reafirma el psicólogo.

Obviamente ambos aspectos tienen bastante relación, ya que las labores de cuidado de la familia han sido para las mujeres. Aunque las cosas han cambiado, todavía seguimos teniendo muchos resquicios de una sociedad con roles de género muy preestablecidos y uno de ellos es el rol de cuidadora que se le ha designado a la mujer. Entonces vemos que es una variable importante a tener en cuenta cuando se trata de atender a la necesidad de los familiares de personas que padecen alcoholismo.

En cuanto a la convivencia, el día a día con la persona adicta, la palabra más usada por las entrevistadas para describir las situaciones era “irritabilidad”. Un ambiente muy dañado en el que la mayoría comenta que el momento del “mono” era el peor de todos. Vivían en una angustia constante, según lo expresado por ellas en la entrevista:

“Cuando lo veo borracho me da a veces rabia e impotencia, digo ¿por qué?, si es que después a lo mejor estaba dos días en casa sin beber nada y estaba bien. Después cuando volvía al trabajo pues bebía otra vez, y hasta conduciendo. Siempre pienso “¿qué te falta? Tienes un techo, un plato de comida, ¿qué más quieres?”

En los testimonios se puede ver la impotencia de estas mujeres ante la situación y lo difícil que es afrontarla cuando se trata de un ser querido que ves que se va deteriorando poco a poco y te va arrastrando con él.

En cuanto a la opinión del psicólogo, también ve en las familias el rol de cuidadora, opinando que “su vida gira en torno a la adicción” y comenta que no en todas las familias se cambia esa relación tras el paso por el proyecto por lo que quizás es necesaria una intervención más amplia en ese aspecto.

Con estos datos, conocemos ya otro de los objetivos, que era la relación entre usuario/ familiar y vemos la importancia que tiene en la investigación.

C) Necesidades de los familiares

Este apartado hace referencia a los siguientes objetivos “Indagar sobre el conocimiento previo que poseen esas familias sobre las adicciones y el alcohol”, “Conocer el momento en el que la familia asumió la adicción” “Aproximarse a las necesidades de los familiares ante la situación de adicción de las personas en terapia en dicho centro”

A excepción de una de ellas, todas habían sido las que habían solicitado ayuda y de alguna manera “obligado” a la persona adicta a querer recibirla. Esa llamada de auxilio, comentan que se dio quizás tarde, les hubiese gustado abordar la situación mucho antes, pero no fue así hasta que la cosa estuvo muy deteriorada y no solo con ellas, si no con el resto de la familia. Llama la atención un caso en que se cuenta que la pequeña de la familia se veía involucrada y “veía cosas que no tenía que ver”.

Esto nos lleva a algo interesante que comentan cuando les pregunto sobre las necesidades que tienen y que no se ven resueltas.

En general estaban contentas como ya se expuso antes, con las terapias, pero si es verdad que comentaban que les hubiese gustado tener más recursos y servicios dirigidos a la población en general para la detección y gestión familiar de las situaciones de adicción. Una de las familiares lo deja bastante claro cuando dice:

“Debería haber más herramientas. A veces es un poco machacador, uno psicológicamente se agota, crea una especie de ansiedad tremenda, de ver una situación que uno dice mira ¿cómo yo resuelvo esto? Si tú en estos momentos necesitas ayuda, yo también estoy necesitando ayuda. Entonces el poder llamar a algún número y poder

decir mira, me está pasando esto” A lo que otra de ellas completa diciendo:

“Que alguien nos hubiera informado antes qué hacer, cómo actuar porque a veces hay que tener tacto o si no tienes los recursos pues caes, porque somos impulsivos a veces. Por eso hace falta esa ayuda de decir oye puedes llamar a este teléfono porque necesitas la solución ahora mismo”.

Estos testimonios dan cuenta de lo que se pretendía comprobar en la investigación, esto es la falta de recursos y atención que se les da a las familias.

En la entrevista cuentan que la situación les llega como algo desconocido, ninguna de ellas tiene conocimientos previos sobre cómo afrontar la adicción de un familiar y cómo actuar en diferentes situaciones. “Cuando llegan borrachos, con el mono, cuando te piden dinero...” Son muchísimas las situaciones difíciles de gestionar en las que se ven de golpe estas mujeres y la falta de recursos es clara. Lo que confirma la hipótesis de partida de que los recursos “llegan tarde”, cuando la situación es desbordante.

3. Discusión

En definitiva y en relación con los objetivos planteados, en primer lugar, vemos que las familias valoran positivamente el Proyecto Esperanza, en cambio, el resto de recursos sobre adicciones, según las entrevistas, no les prestan atención como colectivo.

Siguiendo con la relación familiar/usuario, se pueden afirmar las hipótesis establecidas anteriormente, por un lado, el desgaste de la relación familiar y, por otro lado, el rol de cuidadora estrechamente relacionado con los roles de género de la familia “tradicional”, en la que la mujer queda a cargo de las labores de la casa y el cuidado de los hijos/as y las personas dependientes en general. Por esa lógica, la persona con adicción entraría dentro de esa “carga”. Esta desigualdad también trae consigo situaciones de maltrato sobre todo en la convivencia de pareja y como hemos visto en las entrevistas, pueden verse involucrados/as sus hijos/as, teniendo que vivir situaciones poco adecuadas para un menor.

En el último apartado se habla de las necesidades de las familias y al tener la oportunidad de escucharlas, vemos que sí las tienen, que no es suficiente el apoyo que les dan y que necesitan herramientas para afrontar el día a día con una persona con adicción. Por la forma en la que cuentan las cosas, en las que siempre tienden a hablar

de la otra persona, necesitan enfocarse más en sus emociones y verse como protagonistas de la intervención.

La labor del educador/a social en estas situaciones para mí es crucial y totalmente necesaria. No solo para el acompañamiento de las familias, sino para dotar de herramientas y habilidades para afrontar la adicción en casa de la mejor forma posible. Hay muchísimos espacios en la sociedad en los que la educación social puede suponer una pieza clave para un total desarrollo social, pero al ser una profesión relativamente nueva, todavía no se han definido bien esos campos de actuación.

4. Orientaciones o líneas de actuación

A raíz de esta investigación me he dado cuenta de la falta de información que existe sobre la situación de los familiares en situaciones de adicción. Necesitamos más estudios, más investigaciones que tomen como elemento protagonista a las familias.

Con este estudio he intentado aportar mi granito de arena, aunque no he podido tener la muestra que pretendía por la situación actual de la pandemia, pero creo que las conclusiones arrojadas ofrecen líneas interesantes de actuación sobre las que profundizar en investigaciones futuras, como por ejemplo, un análisis con perspectiva de género sobre la relación que se da entre la persona alcohólica cuando estos son hombres y sus cuidadoras.

Para concluir, decir que la cuestión no debe quedar en el papel, si no que tienen que producirse cambios, empezando con mejorar la atención prestada a las familias en los centros. Es verdad que el Proyecto Esperanza va por una línea adecuada en intervención familiar, pero esa atención debe ser más amplia, con una visión socioeducativa. Lo ideal sería contemplar la figura del educador/a social en centros de adicciones que establezcan programas destinados específicamente a las familias desde esta perspectiva.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* <https://bit.ly/2Y86Ys8>
- Guerri, C. (2012). Adicción al alcohol. *SEBBM*, 172(1), 1-10.
- Fernández Olazábal, P., Louro Bernal, I., & Hernández Mandado, P. (1997). Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la

familia del alcohólico. *Revista cubana de medicina general integral*, 13(4), 330-336.

- Santi, A. S. (2006). Alcoholismo: integración familia-paciente desde la terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (4), 5.
- García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., & Feliciano Álvarez, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista cubana de medicina militar*, 33(3), 0-0.
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 0-0.
- Yossifoff, C. A. (2006). La dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico. *Fundacion de Investigaciones Sociales AC*.
- Obando, L. A. V. (1997). Atención del alcoholismo en el medio familiar. *Revista de ciencias sociales*, (77), 79-86.
- Santos, M. S. D. D., & Velôso, T. M. G. (2008). Alcoholismo: representaciones sociales elaboradas por alcoholizados en tratamiento y por sus familiares. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 619-634.
- Irlés, D. L. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y drogas*, 1(1), 113-128.
- Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-8.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. *Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. <https://bit.ly/3fCVGSn>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2011-2012). Encuesta Nacional de Salud. <https://bit.ly/3hCYhOc>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2017. <https://bit.ly/2NbFATE>
- Monistrol Ruano, O. (2016-2017). Técnicas de generación de información en investigación cualitativa. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. <https://bit.ly/3daP8sz>

- Área de Salud Pública del Gobierno de Canarias. Alcohol.
<https://bit.ly/2NqknW5>

ANEXOS

Anexo I. Transcripción entrevista familiares

- Familiar 1. Madre
- Familiar 2. Hermana
- Familiar 3 y 4. Madre y pareja
- Familiar 5. Madre

Entrevistadora: Primero preguntarles, ¿cómo conocieron la existencia del Proyecto Esperanza?

Familiar 1: Nosotras asistíamos primero a otro centro y no pudimos continuar en ese centro por cuestiones económicas. La chica de allí nos recomendó Casa Esperanza.

Entrevistadora: ¿Recuerdas qué centro era?

Familiar 1: No me acuerdo lo siento, solo sé que queda por León y Castillo.

Familiar 2: Yo lo supe por mi hermana porque un amigo nuestro estuvo metido en ese centro y bueno, yo tomé la iniciativa de llamar a Cáritas y venir aquí y hablar con la trabajadora social y ver qué pasos tenía que seguir.

Familiar 3: Pues yo lo supe por él mismo, porque yo no sabía

Familiar 4: Él mismo buscó los medios

Familiar 3: Él solo lo hizo todo y claro yo aquí venía a Cáritas a buscar empleo recién llegada aquí pero no había escuchado nada de esto, de otros centros sí pero de este nada.

Familiar 4: Sobre acogida sí, pero lo que es Casa Esperanza no.

Familiar 5: Yo lo conocí por medio de Yrichen, él estaba allí con la psicóloga y ella fue la que nos dijo de este sitio

Entrevistadora: ¿Cuándo llegaron a la conclusión de que necesitaban, tanto la persona alcohólica como ustedes, este recurso? **4:20**

Familiar 1: Bueno, mi hija no necesitaba mucho, si no que ella esta recién llegada de Colombia y allá se lo exigieron, pero no es que ella tomara todos los días, si no que cuando se tomaba una cerveza se tomaba una, la otra, la otra... Ella estaba allá sola, con dos hijos y separada.

Familiar 2: Bueno yo estaba fuera viviendo pero llegué y me mudé y resulta que

cuando yo vi a mi hermano todos los días de esta manera tomando alcohol, cartón tras cartón y viendo que él se estaba quitando la vida, pues claro, sentí mucha impotencia, mucha rabia y tomé la decisión de que tenía que ayudarlo. Y por mi madre, porque ella también ha sufrido esto ya mucho tiempo. Hablé con mis hermanas, les hablé del Proyecto Esperanza y les dije que yo iba a hacer todo lo posible por ayudarlo, porque no quería verlo así y la verdad es que tiene muy buenas cualidades y ver cómo esa luz se le va apagando día a día, eso me hacía sentir mal y era un sinvivir también, perdía muchas energías. Pero utilicé las energías y fuerzas que me quedaban para conseguir armonía y paz en la familia. No solamente por mi madre si no por todos, porque es que todos los días se iba a por su vino y dejaba el fuego de la cocina encendido. Todos los días estaba colocado y a parte de eso, ya las neuronas poco a poco van desapareciendo y también ya veía hasta demencia. Pero como mi hermano que es, yo todavía lo quiero y ver a una persona querida todos los días de esa manera, pues te pone triste y yo claro, le dije a mi hermano: “o estás conmigo o no estás conmigo porque yo esto toda mi vida no lo voy a poder soportar”. Y ahora mismo lo veo, estando en el centro y digo ¡guau!. Es que él es muy manitas, le encanta leer, cuando hablas con él puedes tener conversaciones coherentes de muchos temas y está desaprovechando su vida. Pero claro, también hay problemas familiares, muchas discusiones, que le hacen recaer.

Familiar 4: Bueno, ya hace tiempo, ya hace más de 1 año que hasta él se dio cuenta de la situación. Hace ya prácticamente 1 año que él estaba buscando de irse de casa para trabajar fuera. Claro, para ya ir evitando el entorno de lo que ya había creado él mismo en la casa, porque ya llegó un momento en el que uno dice ya. Entonces claro, él pensó que marchándose, extrañando la familia, iba a parar pero no, allí como que la situación fue a más y tomó más. En el entorno familiar ya todos éramos conscientes porque era un problema de no saber estar. Si la madre le hacía cualquier cosa, soltaba chispas. Pero por suerte él ya reconoció esa parte y vio que no podían más.

Familiar 5: Este muchacho iba a trabajar y cuando le salían las cosas mal pues se tomaba una copa al bar y con eso lo arreglaba. Y así con todo, cualquier problema que tenía con el hijo. Encima se separó y está viviendo conmigo.

Entrevistadora: ¿Ahora cómo lo ves? **13:00**

Familiar 5: Lo veo bien, pero a la vez también un poco a la defensiva. Pero lo veo mejor que antes, la cara y todo antes la tenía horrible. Lo que pasa es que tiene problemas con su exmujer y está afectando a la relación con sus hijos, porque ella lo ve como una mala influencia para sus hijos y no le gusta que vean a su padre, tiene mucho

resentimiento.

Entrevistadora: Aunque ya algunas han comentado cosas, ¿cómo es el día a día con esa persona, cuando ya tienen la adicción? ¿se sienten cuidadoras de esa persona? **20:00**

Familiar 4: Cuando estábamos en convivencia pues todo el rato era irritabilidad, siempre había un desacuerdo y lo peor era cuando llegaban esos días de mono que por ejemplo, bebía dos días seguidos, al tercer día estaba bien, al cuarto ahí ya más o menos, y ya al quinto ya necesitaba esa sensación. Yo a veces lo comprendía mucho porque claro, yo era el punto de mira de él y caía un alfiler y el estallido era... Ante esto, yo muchas veces le ignoraba, pero ya llegaba un momento que me llevaba a su territorio, yo entraba en su espacio y empezaba a discutir. Cuando me unía a las discusiones ya se oía el portazo y se iba de casa, bebía y cuando volvía retomaba la discusión y era peor todavía.

Al principio me veía mucho como su cuidadora, ¿qué no hacía yo para que él no saliera? Yo agarraba pastillas para dormir, se las machacaba y se las daba para que se quedara dormido. Yo he llegado hasta ese extremo, porque yo sabía que si él daba un paso para la calle en las condiciones en las que estaba, se tomaba dos cervezas más y se quedaba dormido por ahí. Yo pensaba, lo coge un coche, o una persona de mala leche. ¿Cuántas veces no llegó pegado, robado? Me sentía super protectora.

Mi hija veía cosas que no debía ver y vamos, él adora a su hija. Él es excelente persona, marido, compañero cuando está en condiciones. Después de que él tomara, el remordimiento que tenía era horroroso, podía pasar todo un día llorando. Por este tipo de cosas es por las que digo “él puede” porque si fuese otro tipo de persona hubiese pasado olímpicamente de todo esto.

Familiar 5: Cuando lo veo borracho me da a veces rabia e impotencia, digo “¿por qué?”, si es que después a lo mejor estaba dos días en casa sin beber nada y estaba bien. Después cuando volvía al trabajo pues bebía otra vez, y hasta conduciendo. Siempre pienso “¿qué te falta? Tienes un techo, un plato de comida, ¿qué más quieres?”.

Familiar 2: Bueno, el día a día de mi hermano, era levantarse por la mañana e ir a comprar los cartones de vino, aunque muchas mañanas no tenía dinero para comprarlo. Cuando llegué de donde vivía, tuve que ayudarlo con los papeles del paro, perdió casi 4 meses de paro por dejarse ir. Estaba todo el rato sentado viendo la tele, te discutía mucho, te buscaba las cosquillas, irritándote todo el tiempo. Dejaba la cocina hecha un asco, se ponía a insultar a mi madre. Yo pienso que también mi madre siente mucha culpa porque lo ha tenido siempre debajo de su falda.

Él iba a hacerse las analíticas y demás conmigo, porque yo tenía que decírselo y ponerme encima de él, pero con mis hermanas no iba. Yo tenía que ser dura y constante con él porque tenía esa responsabilidad aunque en solo 4 meses que estuve detrás de él terminé agotada. A mi hijo le afectó también mucho, me decía “¿Cuándo va a acabar esto? Ya no puedo más, todos los días lo mismo”, y yo le intentaba decir a mi hijo que él no era él, que el alcohol lo tenía mal y no tenía las neuronas en su sitio. Todos los días tenía que decirle que se bañara porque estaba todos los días colocado.

Cuando decidió entrar en el proyecto, veníamos juntos a las reuniones y él se ponía a veces nervioso y un poco agresivo en la guagua, cuando salía de aquí a veces le entraba el mono y tenía que tenerle preparado un poquito de vino con refresco para que se tranquilizara.

Familiar 1: Ella convivió conmigo aquí 4 meses muy tranquila, me decía que teníamos que ir al centro, a todas horas pegada a mí. Yo trabajo los fines de semana en la noche en un bar y se venía conmigo a trabajar y se pasaba toda la noche esperándome. Yo no tuve ningún problema con ella.

Entrevistadora: Pero tú sabías que ella tenía un problema con el alcohol, ¿cómo te sentó cuando te enteraste?

Familiar 1: Yo casi me muero, me enloquezco. Yo no lo creía, en mí no cabía. Cuando lo supe la llamé y le dije “usted se me viene, se me viene para acá” y en menos de 3 días estaba aquí.

Entrevistadora: En el Proyecto Esperanza, ¿Qué ayuda reciben ustedes como familiares?

Familiar 1: Ayuda psicológica, venimos 1 vez por semana a una terapia grupal con otros familiares.

Familiar 4: Yo creo que también nos orientan, a parte también está la psicóloga que está en la casa pues cualquier cosa que suceda yo la llamo y ella me orienta hacia alguna solución. Yo me siento super bien. O incluso a la trabajadora social, en cualquier momento la llamo y me resuelve cualquier duda.

Entrevistadora: Las que han venido derivadas de otro centro, ¿les daban algún tipo de apoyo?

Familiar 1: En el centro de León y Castillo solo hablaban con ella.

Familiar 5: En Yrichen la psicóloga también solo hablaba con él. Alguna vez me llamó pero para preguntarme algo sobre él.

Entrevistadora: ¿Qué creen que necesitan? ¿qué demandas tienen que quizás aquí no

se cumplen?

Familiar 2: El trabajo de Ángel está muy bien porque te hace abrir la mente, que aprendas cómo reacciona la gente al alcohol y cómo puedes ayudarles. Yo pienso que el grupo está bien porque escuchando lo que le ha pasado a cada persona, eso te ayuda bastante, aquí nadie es más que otro y todas venimos al mismo fin. Y como dice el psicólogo, no debemos olvidarnos a nosotros mismos.

Familiar 4: Debería haber más herramientas. A veces es un poco machacador, uno psicológicamente se agota, crea una especie de ansiedad tremenda, de ver una situación que uno dice mira ¿cómo yo resuelvo esto? Si tú en estos momentos necesitas ayuda, yo también estoy necesitando ayuda. Entonces el poder llamar a algún número y poder decir “mira, me está pasando esto”

Familiar 2: Que alguien nos hubiera informado antes qué hacer, cómo actuar porque a veces hay que tener tacto o si no tienes los recursos pues caes, porque somos impulsivos a veces. Por eso hace falta esa ayuda de decir oye puedes llamar a este teléfono porque necesitas la solución ahora mismo

Anexo II. Entrevista psicólogo.

1. *¿Qué atención presta el Proyecto Esperanza a las familias?*

En el Proyecto Esperanza se le da una gran importancia al trabajo con las familias de las personas con adicción al alcohol, porque se entiende que también son parte afectada por el consumo (aunque no tengan la adicción propiamente dicha). Se las intenta hacer partícipes y tengan un espacio donde se pueda escuchar su voz y lo que tienen que decir y a su vez hacer un trabajo que cambien el modo de funcionamiento familiar (en lo que vean que haya que cambiar) y por otro lado reforzando los puntos fuertes.

¿Crees que es suficiente?

Es el que podemos hacer con los recursos con los que contamos. Se invita a las familias a participar en el proceso de cambio porque también son parte de ese proceso. Les ofrecemos sesiones individuales, grupales y contacto telefónico. No sé si es suficiente, pero sí es necesario.

¿Qué necesidades quizás no se ven resueltas con la intervención?

En una gran parte de nuestra intervención nos basamos en el modelo de entrevista motivacional de Miller y Rollnick. Una gran dificultad es la "adherencia al tratamiento" o conseguir la participación de los familiares. Una cosa es que veamos su importancia y otra que la propia familia lo vea.

Si por necesidades no resueltas entiendo carencias o dificultades, sería básicamente lo que te acabo de decir, que no existe las soluciones milagrosas y que cambiar supone un esfuerzo que hay que motivar y generar. Que no podemos ni tirar de ni empujar a la gente hacia el cambio, sino "preparar el terreno" e ir al ritmo de la gente.

2. ¿Qué les diferencia a otras entidades en cuanto a intervención familiar?

No sé cómo funcionan otras entidades, pero por lo poco que sé, en general las sesiones son individuales y centradas en la persona con la adicción. La familia es un "ente" pasivo la mayor parte de las veces o cumple una función de vigilancia.

3. ¿Existe un perfil mayoritario de los familiares que asisten a las terapias?

Lo frecuente es que sean mujeres mayoritariamente, que vivan con la persona con adicción y que su vida gire en torno a esta.

4. ¿Con qué actitud se acercan a estas terapias?

Esta pregunta te la puede aclarar mejor Yolanda. Lo más común es que cuando acuden a las primeras entrevistas con Yolanda (en acogida) vengan de acompañantes y cuando se les pregunta cómo se encuentran con esta situación y que les gustaría cambiar, se sientan como fuera de lugar. Cuando se les ofrece un espacio donde poder hablar, expresar como se sienten, etc lo primero que ocurre es que hablan de sus familiares con adicción y se olvidan de ellas mismas. Esto es algo sistemático.

5. ¿Cómo es en general la relación entre el familiar y el usuario cuando se acercan por primera vez al proyecto?

Creo que te lo respondo en la pregunta de arriba.

¿Se producen cambios en la relación durante el proceso?

Nuestro objetivo con las familias es que vuelvan a centrarse en ellas, que entiendan que nadie cambia a nadie (salvo a uno/a mismo/a) y que su papel es de acompañar en el cambio y replantearse que quieren mantener y cambiar en sus vidas. En la mayor parte de los casos sí se producen cambios, pero otras veces no, se sigue con el mismo estilo de relación familiar.

¿El familiar que acompaña, ejerce normalmente de cuidador/a?

Lo más frecuente es que sí, que sea la persona que durante años ha estado pendiente de la persona con adicción y haya tomado una posición de "coger las riendas" (ser ella la que dirija el cambio de forma directiva).