



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAUDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Exploración da identidade ocupacional en persoas con  
dependencia ao alcohol**

**Estefanía Castiñeira Fariña**

**6 de Xuño de 2013**

~ 2 ~

**Directora do traballo**

Prof. Laura Nieto Riveiro

## Índice

1. Resumo .....	5
2. Introducción.....	6
2.1. Alcoholismo .....	6
2.3. Xustificación .....	12
2.4. Obxectivos.....	12
3. Metodoloxía.....	13
3.1. Abordaxe metodolóxica .....	13
3.2. Tipo de mostraxe e criterios de inclusión e exclusión.....	13
3.3. Entrada no campo .....	14
3.4. Características dos participantes.....	15
3.5. Temporalidade e fases do estudio.....	16
3.6. Técnicas de recollida de datos .....	18
3.7. Análise dos datos .....	18
3.8. Materiais .....	18
3.9. Consideracións éticas.....	19
4. Resultados .....	20
4.1. Antes do consumo .....	21
4.1.1. Disfunción no contexto familiar.....	21
4.1.2. Tradición social do alcohol .....	23
4.2. Comezo da dependencia.....	24
4.2.1. Negación .....	24
4.2.2. Culpa .....	26
4.2.3. Rutina do alcohol.....	27

4.3. Rehabilitación .....	30
4.3.1. Adopción da identidade de alcohólico .....	30
4.3.2. Liberdade ao non consumir .....	32
4.3.3. Prioridade: Non beber .....	33
4.3.4. Influencia da institución .....	34
5. Discusión.....	36
6. Conclusións.....	41
7. Agradecementos .....	43
8. Bibliografía .....	44
9. Apéndices.....	47
Apéndice 1: Carta.....	47
Apéndice II: Guión da entrevista.....	48
Apéndice III: Estrutura reunión aberta. (CC).....	49
Apéndice IV: Folla de información ao participante.....	53
Apéndice V: Consentimento informado .....	56

## 1. Resumo

**Obxectivos:** Explorar a construción da identidade ocupacional nas persoas con dependencia ao alcohol, achegándose as súas experiencias e vivencias persoais, identificando e afondando nos aspectos que axudan a conformar esta identidade, e indagando nas posibles relacións entre a dependencia ao alcohol e o nivel de desempeño ocupacional, a construción da identidade ocupacional e o benestar e a saúde.

**Metodoloxía:** Investigación cualitativa de enfoque fenomenolóxico cunha mostra de 11 persoas con dependencia ao alcohol, pertencentes a dúas asociacións da cidade da Coruña. Empregáronse como técnicas de recollida de datos: a entrevista, a observación non participante e a lectura de documentos.

**Resultados:** As categorías de significado que explican o fenómeno preséntanse divididas en tres períodos. En “Antes do consumo” percíbese a disfunción no *contexto da infancia e a tradición social do alcohol*. “Durante a dependencia” comprende a *negación da enfermidade*, os sentimentos de *culpa e a rutina do alcohol*. Na “Rehabilitación”, aparece a *adopción da identidade de alcohólico, a liberdade ao non consumir, a prioridade de non beber e a influencia da institución*.

**Conclusións:** A identidade ocupacional da persoa vese alterada polo alcoholismo, xa que se ven afectadas ocupacións significativas en favor do consumo. A construción da identidade de persoa alcohólica destaca por riba dos outros aspectos da identidade da persoa. A medida que a persoa non consume, recupera liberdade e capacidade de elección na súa vida, mellorando a autoestima e o autoconcepto.

**Palabras clave:** Terapia ocupacional, alcoholismo, identidade ocupacional, dependencia

## **2. Introducción**

### **2.1. Alcoholismo**

O consumo continuado de bebidas alcohólicas en cantidades importantes crea habituación no organismo, que acaba precisando do alcohol para poder funcionar.<sup>1</sup>

Para nomear esta dependencia ao alcohol Magnus Huss creou o termo “alcoholismo” en 1849. No ano 1979, un comité de expertos da Organización Mundial da Saúde (OMS) propuxo utilizar no seu lugar a expresión “Síndrome de dependencia ao alcohol”.<sup>1</sup> Ademais, para referirse ao consumo patolóxico de alcohol aparecen na bibliografía unha serie de termos que adoitan ser equivalentes: adicción ao alcohol, alcoholismo e dependencia ao alcohol. Neste traballo utilizaranse os dous últimos de maneira indistinta.

A dependencia ao alcohol caracterízase por un desexo impulsivo de consumir bebidas alcohólicas e pola dificultade para interromper ou modificar o consumo voluntariamente. Polo xeral, a persoa dependente presenta unha tolerancia ao alcohol pronunciada e unha necesidade psicolóxica de beber (para afrontar distintas situacións, sentirse tranquilo, perder medo,...). O Síndrome de Abstinencia preséntase cando a persoa dependente non consume, manifestando nerviosismo, ansiedade, tremores, suor e náuseas.<sup>1</sup>

En Europa un “bebedor de risco” é aquel que toma máis de 5 Unidades de Bebida Estándar (UBE) ao día sendo home e 3 UBEs ou máis no caso das mulleres (50 e 30 gramos de alcohol puro/día respectivamente). Tendo en conta este criterio, no ano 2005 en España, un 5.5% de la poboación entre 15 e 64 anos era bebedora de risco. A OMS ten un criterio máis restritivo, considerando consumidor de risco aquel varón que tome 28 UBEs/ semana ou máis, e 17 UBEs/semana no caso das mulleres.<sup>2</sup>

O consumo de alcohol é un fenómeno de alta prevalencia na sociedade española. No ano 2005, un 93.7% da poboación española de 15-64 anos tomáralo algunha vez na vida, un 76.7% no último ano, un 64.6% no último mes, e un 14.9% diariamente no último mes. Merece especial mención que *“entorno ao 10% dos bebedores de alcohol desenvolven unha adicción ao alcohol, e deles o 4%, farao aos 5 anos do inicio do consumo.”*<sup>2</sup>

Os datos provisionais extraídos da Enquisa Domiciliaria sobre Alcohol e Drogas en España (EDADES) de 2009 suxiren que un 7.4% das persoas que consumiron alcohol algunha vez na súa vida teñen un consumo de risco ou prexudicial (2 millóns de persoas), das que un 0.3% mostran indicios de dependencia (unas 90.000 persoas).<sup>3</sup>

Cabe destacar que a dependencia ao alcohol é considerada un problema de saúde mental que se recolle en importantes manuais como a Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico da Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR), ademais de ser considerado como enfermidade pola OMS dende mediados do século XX.

A CIE-10 distingue como trastornos a dependencia ao alcohol (tamén chamada alcoholismo crónico), o consumo prexudicial ou abuso de alcohol, a intoxicación alcohólica aguda, a abstinencia do alcohol, o delirium por abstinencia do alcohol e outros trastornos inducidos polo alcohol. O DSM-IV-TR, pola súa parte, distingue entre Trastorno por dependencia ao alcohol, Trastorno por abuso de alcohol e Abstinencia do alcohol.<sup>1</sup>

Nos Estados Unidos o alcoholismo é o trastorno mental que ten unha maior prevalencia de vida. No ano 2004 era un dos trastornos psiquiátricos con maior prevalencia nos 12 últimos meses. O alcoholismo neste estudo inclúe abuso de alcohol (4.65%) e dependencia ao alcohol (3.81%,) que chegan ao 17.8% e o 12.5% respectivamente ao cuantificar a prevalencia ao longo de toda a vida.<sup>4</sup>

En canto ao impacto do alcohol, o consumo desta substancia é un importante problema de saúde pública polas enfermidades que provoca e o custo que leva consigo. A inxestión nociva deste tipo de bebidas supón ao Estado Español un custo de varios miles de millóns de euros cada ano. No 2007, os custos directos e indirectos relacionados con enfermidades total ou parcialmente atribuíbles ao alcohol foron de 2.760 millóns de euros.<sup>5</sup> O custo indirecto dos anos de vida potencialmente perdidos no ano 2004 debidos ao alcohol foi de 2.308 millóns de euros.<sup>5</sup>

O alcohol etílico é tóxico para a maioría dos tecidos do organismo. O seu consumo crónico e excesivo asóciase a máis de 60 enfermidades, como a cirrose hepática, a hepatite alcohólica, a miocardiopatía alcohólica, pancreatitis agudas e crónicas, neuropatías periféricas, encefalopatías alcohólicas, deterioro cognitivo,... A carga de enfermidade mundial atribuíble ao alcohol acada un 4% e só está superada polo tabaco (4.1%), pola hipertensión arterial (4.4%), polas relacións sexuais de risco (6.3%) e polo sobrepeso (9.5%). Na Unión Europea é o terceiro factor de risco, só tralo tabaco e a hipertensión arterial.<sup>2</sup>

O alcoholismo leva consigo unha serie de trastornos psicolóxicos asociados, tales como ansiedade, depresión (o 80% dos casos presentan episodios depresivos maiores), “craving” (necesidade imperiosa de beber) ou trastornos do sono. O alcoholismo pode ir ligado a diferentes trastornos da personalidade (estes trastornos son máis prevalentes nas persoas con dependencia ao alcohol -especialmente nos homes- que na poboación xeral) e pode agravar outro tipo de trastornos como o xogo patolóxico ou os trastornos da alimentación.<sup>4,6</sup>

En ocasións, o consumo de alcohol pode relacionarse co consumo doutras substancias (policonsumo), o que agrava as súas consecuencias. Un consumo excesivo de alcohol pode producir dende unha intoxicación alcohólica aguda, ata o suicidio, pasando por lesións (accidentes de tráfico ou no traballo) e consecuencias familiares (violencia doméstica, dificultades económicas).<sup>4</sup>



*“O impacto indirecto do alcohol acaba practicamente a toda a sociedade”*<sup>4</sup> e especialmente, á persoa con dependencia. Un estudo levado a cabo en Cuba con 200 pacientes pertencentes a Alcohólicos Anónimos tivo como resultado que o 100% dos asistentes a este dispositivo consideran que a súa forma de beber creou dificultades na súa saúde e relacións coa familia, veciños e traballo. Ao 96% molestoulle que a xente o criticase pola súa forma de beber, e o 100% sentiuse algunha vez mal ou culpable por este motivo.<sup>7</sup>

Neste estudo os motivos que se atoparon para comezar a inxerir bebidas alcohólicas foron a influencia do medio ambiente (46%), a necesidade para afrontar a vida (25.5%), a diversión (17%,) e os problemas persoais (11.5%). As complicacións máis frecuentes foron: o insomnio (91.5%), a ansiedade (90.5%), a depresión (83.5%) e as ideas suicidas (54.5%). O tempo que transcorreu ata que apareceron as complicacións foi de meses para o 73.5%, para o 17% foi de anos e para o 9.5 foi de días. Deste grupo, máis do 80% tiñan menos de 20 anos cando comezaron a beber. Todos estes pacientes sentíronse discriminados pola sociedade.<sup>7</sup>

Cimentándose nos datos expostos, pódese dicir que a vida da persoa adoita estar fortemente influída polo consumo da substancia, chegando practicamente a excluír todas as demais actividades e responsabilidades. O alcoholismo repercute na vida do individuo, no seu desempeño ocupacional e consecuentemente é posible que afecte na súa identidade ocupacional.

## **2.2. Identidade ocupacional**

O termo “identidade” foi introducido por Erikson en psicoloxía nos anos 50. A identidade é a resposta implícita ou explícita á pregunta “¿Quen son eu?”. Consiste en alcanzar unha unidade entre os elementos do pasado dun e as expectativas cara o futuro, o que dá un sentido de igualdade e continuidade. Para acadar a resposta a esta pregunta, un debe avaliarse a si mesmo e ao seu pasado, considerando e cuestionando ao mesmo

tempo a cultura, a ideoloxía propia e as expectativas que a sociedade ten acerca dun mesmo.<sup>8</sup>

Este proceso de integración e cuestionamento debe acontecer acerca dunhas áreas fundamentais, como a futura ocupación, a sexualidade, a relixión ou as ideas políticas dun. Isto debería conducir a un compromiso flexible pero que perdura no tempo nestas áreas, o que garante a integración produtiva dun na sociedade e sentimentos de arraigo, benestar, autoestima, seguridade e sentido de propósito.<sup>8</sup>

Christiansen concibe a ocupación como o principal medio das persoas para desenvolver e expresar as súas propias identidades. *“A identidade da forma e é formada polas relacións con outros”*. Por unha banda, adquirese identidade nas relacións ao adoptar un determinado rol. Por outra banda, ao compararse con outros fórmanse o autoconcepto (inferencias que un fai acerca de un mesmo) e a autoestima (o aspecto avaliativo do autoconcepto).<sup>9</sup>

Xa durante a infancia, un aprende cómo debe comportarse para recibir aprobación social, o que inflúe no seu sentido do ser. *“A identidade está intimamente ligada ao que un fai e ás súas interpretacións destas accións no contexto das súas relacións sociais”*<sup>9</sup>. O que un fai ten un impacto, un cambio no medio ambiente, que proporciona retroalimentación e que conduce a modificacións nos compoñentes do desempeño e a novas ocupacións. O aspecto axencial da identidade permite dar significado á vida: cando un crea, controla ou elixe, expresa a súa individualidade e identidade únicas.<sup>9,10</sup>

*“As identidades son unha figura central na narrativa dun mesmo, que dotan de coherencia e significado ao día a día e á vida mesma”*. A identidade configúrase nas narracións nas que a persoas recapitula, conta e expresa as súas experiencias de vida. O discurso narrativo crea as identidades ao organizar as experiencias vitais, as relacións sociais, as interpretacións do pasado e os plans para o futuro. O ser humano, ao

reflexionar acerca das súas actuacións, xera un sentido de si mesmo, da súa identidade.<sup>9,10</sup>

O concepto emerxente de “identidade ocupacional” é imprescindible para entender o papel que xoga a ocupación na vida humana, un punto esencial para levar a cabo unha práctica centrada na persoa e na ocupación. Enténdese a identidade ocupacional como unha dimensión particular da identidade. En relación a este concepto existen dúas visións diferentes, a de Kielhofner e a de Unruh.<sup>11</sup>

Kielhofner describe a identidade ocupacional como *“un sentido composto de quén un é e os desexos de chegar a ser como un ser ocupacional a partir da propia historia de participación ocupacional”*. A participación en ocupacións axuda a crear identidade.<sup>12</sup>

A identidade ocupacional inclúe: o sentido persoal de capacidade e eficiencia para facer, que cousas encontra un interesantes e satisfactorias para facer, quen é un definido polos seus papeis e polas relacións, que é o que un se sente obrigado a facer e acha importante no sentido das rutinas de vida coñecidas, as percepcións do entorno persoal e as expectativas deste entorno.<sup>11,12</sup>

Unruh define este concepto como *“a expresión dos aspectos físicos, afectivos, cognitivos e espirituais da natureza humana, en interacción coas dimensións institucional, social, cultural e política do entorno, a través do tempo e espazo na vida da persoa, mediante as ocupacións de autocoidado, produtividade e ocio”*.<sup>11</sup>

Así, a ocupación proporciona identidade que se modifica, reafirma, toma coherencia e significado a través do tempo. A historia de vida, o facer e ter feito reafirman positiva ou negativamente a identidade.<sup>10</sup> Polo tanto, os cambios na vida e na saúde poden levar a unha crise e a necesidade de reformular a identidade ocupacional.<sup>11</sup> No caso do alcoholismo pódense ver ameazados o desempeño ocupacional e a identidade ocupacional.

### 2.3. Xustificación

Non se atoparon apenas estudos que relacionen alcoholismo e identidade ocupacional, aínda que este tema é parcialmente abordado no estudo de Martin et al.<sup>13</sup>. Evidénciase a necesidade de indagar e profundar na relación entre estes dous conceptos, levando a cabo dende Terapia Ocupacional un estudo nesta liña. É importante coñecer a influencia do alcoholismo na identidade ocupacional, o cal vai permitir ao terapeuta ocupacional achegarse ao perfil da persoa e realizar unha intervención máis exitosa. A terapia ocupacional proporciona oportunidades ás persoas para establecer, manter ou recuperar as súas identidades na medida en que cando o terapeuta intervén, aborda o facer con propósito e significado, o que está profundamente vinculado coa identidade persoal. A través dun desempeño ocupacional satisfactorio lógrase a construción ou afianzamento da identidade.<sup>9,10</sup>

*“Debido a que o significado da vida deriva do contexto da identidade, é un elemento esencial para promover o benestar e a satisfacción vital”.<sup>9</sup>*

### 2.4. Obxectivos

Para a realización deste estudo, propóñense unha serie de obxectivos.

*Obxectivo xeral:*

- Explorar a construción da identidade ocupacional en persoas con dependencia ao alcohol.

*Obxectivos específicos:*

- Achegarse ás experiencias e vivencias persoais de persoas con dependencia ao alcohol.
- Identificar e profundar nos aspectos que axudan a conformar a identidade ocupacional destas persoas.
- Indagar nas posibles relacións entre a dependencia ao alcohol e o nivel de desempeño ocupacional, a construción da identidade ocupacional, e o benestar e a saúde.

### **3. Metodoloxía**

#### **3.1. Abordaxe metodolóxica**

Para a realización deste traballo, escolleuse a metodoloxía cualitativa, xa que polas súas características permite un achegamento en maior profundidade ao tema de estudo e unha visión máis holista do fenómeno, neste caso, a relación entre a dependencia ao alcohol e a construción da identidade ocupacional. O propósito da investigación cualitativa é comprender a complexidade e significados da experiencia humana. Segue un proceso de investigación indutivo, no cal non existen categorías preestablecidas, senón que se desenvolven os conceptos a partir dos datos. O investigador ten consciencia de que é parte do proceso de investigación, e que as súas propias características poden influír no proceso.<sup>14</sup>

Dentro da metodoloxía cualitativa, optouse por un enfoque fenomenolóxico. A fenomenoloxía ten por obxecto de estudo as experiencias persoais, tal e como son vividas e descritas polas persoas que participan nun fenómeno determinado (este caso, a vivencia da dependencia ao alcohol). Pretende comprender o fenómeno, dende o punto de vista das persoas que o viven, identificando a súa esencia. A fenomenoloxía considera que a persoa forma un todo co seu ambiente, a persoa ten un mundo e unha realidade que lle son propias, non pode ser comprendida senón en situación contextual.<sup>15</sup>

#### **3.2. Tipo de mostraxe e criterios de inclusión e exclusión**

Realizouse unha mostraxe de tipo teórica, que se caracteriza por ser:

- Intencionada e razoada. Búscase a representatividade do discurso, dos significados. Por iso, inclúese a persoas que posibilitan descubrir e interpretar o fenómeno estudado en profundidade. No presente traballo, precisábanse persoas con consciencia da súa dependencia ao alcohol.

- Acumulativa e secuencial. Pretendese chegar a saturación da información. Esta saturación ocorre cando os temas e categorías se volven repetitivos e a recollida de datos non aporta nova información.
- Flexible e reflexiva. Pódense descubrir novos aspectos que deben ser estudados ou comprobar que outros informantes son máis axeitados.<sup>14</sup> No presente estudo, xurdiu a necesidade de contactar cunha segunda asociación para contrastar os resultados acadados coa primeira.

Os criterios de inclusión que se estableceron no estudo foron os seguintes:

- Presentar dependencia ao alcohol como dependencia predominante.
- Acudir a unha asociación de persoas con dependencia ao alcohol e presentar polo tanto conciencia da enfermidade.
- Ser maior de 18 anos.
- Consentir participar no estudo.

Como criterio de exclusión estableceuse a presenza doutro tipo de trastorno de saúde mental que poida interferir nas vivencias da persoa con dependencia ao alcohol ou dificultar a expresión das mesmas.

### **3.3. Entrada no campo**

A entrada no campo estableceuse mediante o contacto con dúas asociacións de persoas con dependencia ao alcohol, situadas na cidade da Coruña. Escolleuse este tipo de recurso co fin de seleccionar a persoas con conciencia da súa enfermidade, tal e como requirían os criterios de inclusión establecidos no estudo, procurando ademais que a participación no traballo non ocasionase danos emocionais á persoa.

As características de ambas asociacións difiren en gran medida, xa que unha presenta un carácter de “mutua axuda”, sen realización de intervencións médicas (Asociación A), e a outra é un centro de tratamento do alcoholismo (Asociación B). Contactouse con elas mediante correo electrónico, utilizando un modelo de carta que se adxunta no Apéndice I. Inicialmente, obtívose só resposta da Asociación A, e tras establecer contacto por vía telefónica, púidose acceder ao campo, asistir ás “reunións abertas” desta asociación, e realizar as entrevistas coas persoas interesadas.

Tras observar que nas entrevistas que se estaban realizando na Asociación A, os discursos dos participantes presentaban un carácter moi condicionado nalgúns temas pola forma de “tratar” o alcoholismo de dita asociación e podían estar polo tanto, suxeitas a algún tipo de nesgo, contactouse persoalmente coa Asociación B. Tras expor nun grupo o tema de estudo, concertáronse seis entrevistas das que finalmente só puideron ser realizadas catro.

### **3.4. Características dos participantes**

A mostra resultante consistiu en 11 persoas, 7 pertencentes á Asociación A, e 4 á Asociación B. Das 7 persoas pertencentes á Asociación A, 6 eran homes e unha muller. As idades comprendíanse entre os 40 e os 55 anos. Das 4 persoas da Asociación B, dúas eran mulleres e dous homes, con idades comprendidas entre os 33 e os 55 anos.

A continuación presentase a Táboa I, na que se mostra esta información acompañada de datos relativos á idade de inicio do consumo e ao tempo sen consumir ata o momento de participación no estudio. Reflíctense de igual forma os códigos asignados a cada participante co fin de preservar o seu anonimato e confidencialidade.

**Táboa I. Características dos participantes**

CÓDIGO	ASOCIACIÓN	SEXO	IDADE	IDADE INICIO	NON CONSUMO
A1	A (Mutua axuda)	Varón	55	15 años	12 anos
A2	A (Mutua axuda)	Varón	48	13 años	<6 meses
A3	A (Mutua axuda)	Muller	42	Adolescencia	7anos+3anos
A4	A (Mutua axuda)	Varón	35	14vaños	Recaída
A5	A (Mutua axuda)	Varón	42	Adolescencia	3 anos
A6	A (Mutua axuda)	Varón	41	14 años	6anos+8anos
A7	A (Mutua axuda)	Varón	39	14 años	2 anos
B1	B (Tratamento)	Varón	55	14 años	4 meses
B2	B (Tratamento)	Varón	41	14 años	Case un ano
B3	B (Tratamento)	Muller	33	22 años	6 meses
B4	B (Tratamento)	Muller	40	14 años	Recaída

### 3.5. Temporalidade e fases do estudio

O estudo tivo lugar no período comprendido entre novembro do ano 2012 e maio do 2013. Divídese nunha serie de etapas que se explican a continuación.

En primeiro lugar, realizouse unha busca bibliográfica en diferentes bases de datos científicas de referencia no campo das ciencias sociais ou da saúde: Medline, Bases do CSIC, Dialnet, Biblioteca Virtual en Salud, ISI Web of Knowledge, Psycinfo, Cochrane e Scopus. Os descritores que se utilizaron foron: alcohol/alcoholismo/alcoholism, “occupational identity”/“identidad ocupacional”, e “terapia ocupacional”/“occupational therapy” que se combinaron co operador booleano “AND”. Tamén se extraeu información do Plan Nacional sobre Drogas de España e documentos afíns. A escaseza de resultados encontrados tras esta procura reforzou a necesidade de afondar no fenómeno de estudo.



Unha vez feita a revisión bibliográfica do tema de estudo, entrouse no campo no mes de decembro, contactando primeiramente coa Asociación A, en onde a investigadora asistiu a catro reunións abertas e realizou sete entrevistas nese mesmo mes. Para a realización das entrevistas, a investigadora previamente levou a cabo cos participantes o procedemento completo de consentimento informado, que se explica posteriormente no apartado 3.9. Consideracións éticas.

A entrada no campo na Asociación B realizouse no mes de xaneiro. Primeiro falouse coa traballadora social do centro para explicar o motivo de estudo, e esta contactou co psicólogo. Novamente, a investigadora expuxo o tema de traballo aos asistentes dunha sesión de grupo co psicólogo e, trala exposición, algunhas persoas decidiron participar, concertándose as entrevistas ao longo desa semana.

No período comprendido entre finais de febreiro e principios de marzo, foron realizadas as transcricións das entrevistas e das observacións realizadas. Estas transcricións e notas de campo foron analizadas entre os meses de marzo e abril. A elaboración dos resultados e conclusións finais levouse a cabo entre os meses de abril e maio. Pódese observar a cronoloxía das fases de estudo na Táboa II.

**Táboa II. Cronoloxía das fases de estudo**

Fases	Out	Nov	Dec	Xan	Feb	Mar	Abr	Mai
<b>Elección tema de estudo</b>								
<b>Busca Bibliográfica</b>								
<b>Entrada campo (Asoc. A)</b>								
<b>Entrada campo (Asoc. B)</b>								
<b>Transcripción Entrevistas</b>								
<b>Análise Entrevistas</b>								
<b>Resultados e Conclusións</b>								

### **3.6. Técnicas de recollida de datos**

Os datos foron recollidos mediante diversas técnicas:

- A entrevista, empregando un guiión semi-estructurado o cal se pode consultar no Apéndice II. As entrevistas foron gravadas, previo consentimento da persoa, e posteriormente transcritas.
- A observación non participante durante as “reunións abertas” da Asociación A. En ditas reunións, a investigadora recolleu as súas anotacións e impresións no Caderno de campo (CC), co fin de complementar o análise das entrevistas e ampliar así a comprensión do fenómeno de estudo. Axúntase o esquema que se segue en estas reunións no Apéndice III.
- A lectura de documentos de referencia da Asociación, onde se reflicten tamén diferentes experiencias vividas por persoas con dependencia ao alcohol. As notas desta lectura recóllense tamén no Caderno de Campo.

### **3.7. Análise dos datos**

Como xa se mencionou, as entrevistas e notas de campo foron transcritas. Estas transcripcións foron analizadas, seleccionando as categorías que emerxían, vendo as que se repetían e aquelas as que se lles outorgaba un maior valor dentro dos discursos dos participantes. Tanto a investigadora como a titora do traballo, fixeron a súa propia análise das transcripcións de forma independente e posteriormente contrastaron os temas e categorías identificados. Dese procedemento, foron extraídos os resultados que se explican no seguinte apartado do traballo.

### **3.8. Materiais**

Para a realización das entrevistas, utilizouse un teléfono móbil que ten unha aplicación para gravar o son. Tamén se precisaron folios, bolígrafo e un ordenador portátil para a recollida, transcripción e análise dos datos.

### **3.9. Consideracións éticas**

Este estudo foi formulado tendo en conta as seguintes consideracións éticas:

- Os participantes foron informados das características do estudo e da súa participación no mesmo, podendo realizar todas as preguntas necesarias e falar en profundidade coa investigadora. Entregóuselles para iso a Folla de Información ao Participante, que se adxunta no Apéndice IV.
- Os participantes consentiron participar de forma totalmente voluntaria e sendo conscientes de que se podían retirar en calquera momento do estudo, para o cal firmaron o Documento de Consentimento Informado, que se presenta no Apéndice V.
- En todo momento gardouse o anonimato da persoa, polo que se lle asignou un código a cada participante para que non poida ser recoñecido. Mantívose de igual modo o anonimato das asociacións visitadas. O tratamento, comunicación e cesión dos datos dos participantes foi realizado conforme ao disposto na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

## 4. Resultados

Trala análise das entrevistas, emerxen dos discursos dos participantes unha serie de categorías de significado que tratan de explicar o fenómeno obxecto de estudo: a construción da identidade ocupacional en persoas con dependencia ao alcohol. Ditas categorías recollen diferentes aspectos que, tal e como se reflectiu na Introducción deste traballo, conforman a identidade do ser humano ou inflúen sobre a súa construción. Co fin de facilitar a comprensión destas categorías, amósanse organizadas en tres niveis superiores segundo a súa progresión no tempo (ver Figura 1): *antes do consumo, o comezo da dependencia e rehabilitación*. Para ilustrar estas categorías, plásmanse algúns dos *verbatim* dos participantes, acompañados do seu correspondente código e numeración.



Figura 1. Categorías de significado

#### 4.1. Antes do consumo

Antes de que a persoa comece a consumir, na súa vida xa suceden unha serie de circunstancias que van a marcar a súa relación co alcohol e afectar consecuentemente a súa identidade. Entre estas circunstancias, destacan especialmente dúas: a disfunción no contexto familiar e a tradición social do alcohol, que se explican a continuación.

##### 4.1.1. Disfunción no contexto familiar

Despois de analizar os discursos relacionados coa infancia e a adolescencia dos participantes, ou incluso a súa etapa actual, percíbese en todos os casos a presenza de relacións conflitivas con algún ou con todos os membros da súa familia. É rechamante a alta prevalencia do alcoholismo nos proxenitores.

Como se plasma nos discursos, moitos dos participantes sufriron algún tipo de maltrato por parte dos seus pais, tanto físico como emocional.

*B4: "...y cuando bebían los dos, mi padre y mi madre ya era un desmadrón. Mi madre le pegaba a mi padre ¿eh? Mi padre era un pedacito de pan, mi pobre, él era muy buenito, muy bueno, muy bueno. Mi madre le pegaba unos palizones... que flipabas. Nos pegaba a todos".*

En ocasións apréciase un intento de restarlle importancia a este maltrato nos discursos dos participantes.

*A3: "Digamos que he sido una mujer yo me siento un poco maltratada por mi padre, porque nunca fue cariñoso, aunque a su manera me quería, era muy violento y me pegó."*

*A6: "Con mi madre a pesar de, de su alcoholismo de verla a veces borracha. No hubo...bueno un poco por parte de mi madre, algún tipo de maltrato hubo sí. Eh físico y emocional también."*

En outros casos, evidéncianse nos discursos carencias emocionais vinculadas ao ámbito familiar, sentimentos de soidade debidos á ausencia dos proxenitores.

*A7: “Eh, mis padres me tuvieron con 17 años, ellos tenían 17 años ¿no?, y la verdad me sentí bastante, bastante solo ¿no? Un niño bastante solitario. Tenía mucha dependencia de... siempre salí con gente mayor Y aparte bueno, no sé, yo nunca me sentí, nunca me sentí querido. Entonces yo me imagino que ahí empezó mi enfermedad.”*

*A5: “Yo todavía no consumía pero es cómo iba madurando emocionalmente y sin padre. A mi madre a veces no la entendía. Eh mi madre la echaba mucho de menos, pero era joven, trabajaba muchas horas... y a veces también tenía que salir, normal. (...) Yo creo que la mayor desgracia para un niño es, es que se le muera su padre porque tenía esa falta de... espiritualmente es eso, esa falta de – un guía, un patrón...-*

Aínda que algúns participantes afirmaron nun primeiro momento que a súa infancia fora *boa* ou *normal*, ao avanzar na entrevista e profundar nos temas, os participantes recoñecen aspectos como o alcoholismo paterno. Así, aprécianse distorsións na percepción desta etapa vital e considérase que existen incongruencias entre o discurso formal e informal.

*A4: “Vale, mi vida, yo creo que era normal vamos, en mi casa no había problemas o sea no...Mi padre bebía bastante, es alcohólico y bueno, había muchos problemas de dinero pero tampoco, tampoco... yo era bastante feliz, jugaba al fútbol todo el día, estaba en la calle todo el día.”*

*B1: “Sí, más o menos, había problemas como en todas las familias, pero vamos que era una relación más o menos normalizada, no era... (...) No sé hasta qué punto hubo problemas en mi familia, mi padre era alcohólico también.”*

#### 4.1.2. Tradición social do alcohol

Un aspecto que xorde nos discursos é a “tradición social do alcohol” tamén mencionada como “cultura do alcohol”. O alcohol estaba presente nas vidas destas persoas, a xeneralización do típico viño na comida, ou as ocasións especiais como fin de ano nas que os nenos tamén podían beber. Os participantes perciben que o contexto familiar incita ao consumo ou se mostra permisivo ante el.

*A1: “Me crié en una familia en la que también eran, se vendía mucho alcohol porque era de la alimentación entonces digamos que el alcohol, era como social la cultura, la cultura de hacer vino, el vino casero, la venta de de alcohol por cajas, cervezas, otro tipo de alcohol, coñac, champán y todo eso. Entonces estaba ahí.”*

*A3: “Digamos que... poquito a poco. En mi casa siempre se tomaba algo. Una pizca de champán para los niños... eh... (...) y mi padre de vez en cuando hacía queimada y también nos daba un sorbito siendo jóvenes. En mi casa a veces se bebía vino con gaseosa a la hora de comer... El alcohol estaba ahí eh. Estaba ahí.”*

Por outra parte, as relacións sociais tamén están marcadas polo consumo. Os participantes consideran que o alcohol é un “*lubricante social*” que axuda a desinhibirse e integrarse na sociedade, que acepta o seu consumo e incluso incita a el.

*A6: “El alcohol, bueno, me desinhibía. O sea, me ayudó a integrarme. Incluso después en la época de la universidad me ayuda a integrarme. Me ayudaba, era una medicina el alcohol”*

*B1: “El alcohol era parte de la sociedad en aquel entonces. Con mi edad, con mis 14, 15 años, ya se nota que no te consideraban un hombre, entonces en cierta forma la sociedad o el entorno te empujaba a a, te empujaba a eso.”*

No caso de algún home (non está presente no discurso de ningunha muller) o alcohol era usado para *presumir*, para *ser máis home que os demais*. Detrás desta actitude pódese percibir unha autoestima baixa, e o uso do alcohol para mellora-lo autoconcepto da persoa.

A1: *“En aquella época yo no me sentía feliz, entonces enganché más que nada por imitación, por vencer una serie de miedos, de timidez, por entrar a rayar en las discotecas y tal. Entonces se iba mucho a las fiestas y había que ser más machito y todas las chicas que bailaban juntas, mujeres ¿no? (...) Yo lo que acusé fue una falta de madurez que incluso ahora tengo”*

A4: *“De mi pandilla yo era el único que bebía más, necesitaba divertirme, y yo lo veía como una hazaña, yo era lo máximo, más que nadie y tal, pero claro, no era muy normal, yo ahora lo veo, con los 35 años que tengo, y a mí no me parece normal, un chaval con 15, 16, 17 años tenga varios ingresos en el hospital con coma etílico, pero bueno, de aquella sí, yo aparte lo contaba a todo el mundo, menuda hazaña.”*

## **4.2. Comezo da dependencia**

Neste apartado contémpanse os aspectos que marcaban a identidade da persoa na etapa do alcoholismo previa ao comezo da rehabilitación: a *negación, a culpa e a rutina do alcohol*.

### **4.2.1. Negación**

A primeira acepción de negar segundo a Real Academia Galega (RAG)<sup>16</sup> é “non aceptar que [unha cousa] sexa verdade ou que exista”. Os participantes do estudo non recoñecían que tiñan un problema co alcohol, non existía a conciencia da enfermidade: *“yo lo veía normal”* é a frase máis repetida nos discursos.

A2: *“Yo me veía normal, eso de que sales de trabajar, te tomas unas copas, vas junto de los amigos, te lías. (...) Si tú me dices hace dos años eh que soy alcohólico a lo mejor te mando a tomar por culo, perdona la palabra, pero no puedes decirle a un alcohólico que aun no lo tiene asimilado que es alcohólico. (...) “yo no tengo problemas de alcoholemia yo puedo dejar de tal””.*

Algúns dos participantes tomaron conciencia do seu alcoholismo polos comentarios da familia e amigos, e é en ese momento cando deciden encamiñarse cara a rehabilitación.



A3: *“La verdad di ese paso un poco influida por la familia, porque mi hermana me vio una vez un poco borracha en un pub muy famoso de La Coruña con todas sus amistades (...) una serie de borracheras escandalosas, escandalosas. Luego las amistades de La Coruña y la gente que me quería y que también me tenía por alguien más o menos importante no... también empezaron a decirme “G tienes un problema con el alcohol, tienes un problema””.*

En outros casos, os participantes tomaron consciencia de que non vivían nunha situación “normal” debido ás numerosas dificultades que acontecían no seu día a día, no seu desempeño ocupacional e nas súas relacións sociais, provocadas polo consumo de alcohol.

B1: *“Pues precisamente por los problemas que me acarrea el consumo. Problemas de monetarios, problemas con la ley, problemas con... problemas con la mujer, problemas con la familia... Todo eso fue lo que me llevó a... Me llevó a darme cuenta de que realmente sí tenía un problema, no era cuestión de que consumiera más o menos. Entonces tenía un problema con el alcohol.”*

Moitos dos participantes tomaban outras drogas a parte do alcohol. De feito, nalgúns casos, o policonsumo disfrazaba o problema co alcohol, considerándoo un problema secundario:

A6: *“En la universidad lo que me llevó a los grupos fue... en realidad yo pensé que con lo que tenía problemas era con la cocaína. Gracias a dios, porque si yo no hubiera conocido la cocaína quizás yo habría sido el típico que se recibe en la facultad, forma una familia, sigue trabajando y es el borracho que llega aquí con cincuenta años”.*

Polo xeral, as persoas negaban o seu problema co alcohol, pensaban que podían deixar de beber cando quixeran. Nesta falta de conciencia da enfermidade xoga un papel importante a “tradición social” pois dificulta a percepción da enfermidade, ao ser unha situación moi normalizada.

A7: *“Y ahí era un problema el alcohol, ahí empezaba a tener ya disputas yo interiores con “joder esto es un problema, no, o sea yo no puedo beber pero...” claro, estaba tan socializado todo que mira, a mí me gustaba salir los fines de semana, era lo que tenía, acaba de conocer a mi primera pareja con la cual estuve casi 10 años, ehh y bueno... Sí era un problema porque además todo el mundo me lo decía. Con la mayoría de edad más o menos. Un problema sí.”*

#### **4.2.2. Culpa**

A culpa é *“a responsabilidade que ten alguén nunha acción que causa prexuízo”*<sup>6</sup>. As persoas entrevistadas, sentíanse culpables polo consumo de alcohol, porque non eran capaces de evitalo e isto causaba problemas na súa vida. Outros sentimentos mencionados son a vergoña e a desesperación, asociadas a esa “culpa”.

Nos discursos faise palpable a perda de autoestima dos participantes, asociada a non ser capaz de controlar o consumo.

A3: *“No, que no me quería, no me quería, simplemente no me quería. De haber sido aquella chica joven esplendorosa, que me iba todo tan bien, mejor que ninguna y... de repente no... no sabía llevar una vida. O sea, no sabía llevar una vida. No sabía.”*

B1: *“Supusooo una pérdida de autoestima grandísima, me veía como un monstruo. Me veía como...una mala persona. Porque bebía y no era capaz de controlarlo, no era capaz de... pasaban muchas cosas, me surgían problemas, estos problemas afectaban a los demás y...”*

As persoas séntense frustradas por non poder parar de beber, *“impotentes ante el alcohol”*.

B3: *“Pero a ver, es la frustración de quererlo, de intentarlo con todas mis fuerzas, hacer lo que te piden porque yo ya no confío en lo que considero mejor.”*

B4: *“Pues es una cosa, que no puedes... luchas, luchas, luchas, luchas, pero llega un día que ¿sabes?, yo que sé, que te ves tan baja, tan baja, tan mierdas... que miras para atrás, que hiciste de tu vida, que no hice una mierda, que tendría que haber cogido a mis hijas y luchar, ¿sabes?”*

#### Os sentimentos de non soportarse a un mesmo...

A4: *“Hasta ese momento que tal, yo ingreso en el psiquiatra y tal y decido salir, decido pues aunque el mal sigue que tengo un problema y que quiero ayuda y que no puedo más, no me soportaba ni a mí mismo, no quería ni vivir. Tu vida es insoportable, o sea, yo sé que tengo un problema, pero no sé cómo salir de él”*

A7: *“En aquella época más dura, yo sé que no, no, no me soportaba a mí mismo ni lo que había a mi alrededor”*

... que acadan a súa máxima expresión coas ideas de suicidio, e nalgún caso, tamén con intentos reais.

A5: *“... como me iban echar de la policía irme a Canarias que es donde yo tenía buenos recuerdos y beber hasta morirme, esa era mi idea.”*

B4: *“...empecé a beber como una cosaca, y era para matarme con el alcohol también, era para matarme con el alcohol pero...”*

#### 4.2.3. Rutina do alcohol

O alcoholismo ten diferentes manifestacións na vida diaria das persoas. Para algúns dos entrevistados, o alcohol era una parte necesaria da súa vida en tanto que era una ferramenta que utilizaban para poder desempeñarse no seu día a día dunha forma eficiente.

A6: *“Y claro, estar frente a todo ese público en una universidad, me era imposible. Ahí ya bebía por la mañana. Tenía que beber caña blanca a las siete de la mañana, antes de entrar en la universidad para poder... Ya bebía dos o tres. Ahí ya me empecé a dar cuenta de que eso no era normal, pero lo hacía porque, es que si no no estudiaba, era imposible seguir, ¿me entiendes? No podía, y quería hacer una carrera”.*

B3: *“... lo necesitaba para trabajar, lo necesitaba por la mañana para ser persona normal (...)yo tiraba del alcohol para mantenerme despierta, para poder con todo, para poder hacer miles y miles de horas, para poder mantener una vida independiente, pagar un piso y trabajar en varios sitios a la vez. (...)llega a formar parte de toda mi vida, a nivel sexual para poder mantener relaciones sexuales, para yo qué sé, una comida familiar, me tengo que encontrar con un montón de familiares y con una gente que no veo desde hace mucho tiempo. Pues ese miedo, esa tensión, esa ansiedad pues bebo y me tranquilizo, que estoy cansada, pues bebo y estoy más espabilada, que no puedo dormir, bebo y puedo dormir.”*

Noutros casos, o consumo de alcohol é unha ocupación máis, chegando a tornarse nun hábito dominante dentro da rutina.

A5: *“Entonces yo salía por la mañana, me tomaba un par de vinos en un bar porque creía que era una forma, sí de vivir, tomas un par de vinos, vas hacer la compra, me gustaba hacer la compra, pero era un par de vinos en un bar, un par de vinos en otro, podía tomarme ocho, o nueve o diez vinos, iba a la compra, compraba una botella de vino para beber mientras cocinaba, y otra para tomarme mientras comía. (...) quedaba esa botella, entonces yo esa copa de vino cuando iba llevar los platos a la cocina aprovechaba y echaba otra más, cuando terminaba de comer, no me llegaba eso y me terminaba bebiendo el vino que había para cocinar, pero como tampoco me llegaba acababa bajando al bar”.*

A7: *“y mira bajarme a tomar unas cervezas por la mañana, subir a comer, por las tardes estar con la gente del pueblo, gente mayor que yo siempre, la cual nos rompíamos la cabeza los unos a los otros, tomar unas copas, y por la noche básicamente tomarme unas cervezas y acostarme bebiendo en la habitación porque si no bebía era incapaz de dormir, eso con 26 años”.*

Nas actividades da vida diaria, cabe destacar que determinadas ocupacións laborais poden agudiza-lo consumo.

B4: *“Me defiendo, pero la hostelería también tuvo mucho que ver ¿eh? Cuando le di más fue en hostelería, cuando empecé a meterme de lleno. Al terminar de trabajar los gintonics ¿sabes? Con los camareros, patatín, patatán. Se bebe mucho en la hostelería, mucho, muchísimo y los cocineros...bueno, la mitad de ellos son*

*alcohólicos, ya te lo digo. Yo trabajé toda vida en esto, y ves lo que hay. Y cuando empecé en hostelería fue cuando me metí más de lleno, porque tenía el alcohol ahí, ¿sabes?”*

Especialmente rechamante é o caso do servizo militar, onde se incrementou o consumo de moitos dos homes entrevistados.

*A2: “En la mili, yo entré con 18 años recién cumplidos en el servicio militar y bueno, eso ya fue un desparpajo porque marché a Cádiz y bebíamos a cualquier hora, además, es más, después estuve en los barcos y a la noche estaba a café con coñac...”*

*A4: “Era como, un militar que no bebiera alcohol no... ¿Sabes? Está muy relacionado.”*

En canto á participación social, as persoas alcohólicas tenden a relacionarse no seu día a día con outras persoas que consumen.

*B1: “Normalmente la persona que bebe tiende a juntarse con personas que beben porque estamos en la misma onda ¿no? Eh no es decirte que... tiendes a relacionarte con las personas que... que llevan tu ritmo ¿no?”*

Chama a atención tamén o establecemento de relacións amorosas con outras con esta mesma dependencia, o que dificulta aínda máis a superación de este problema.

*A7: “Yo he tenido una pareja en Granada que es alcohólica, y nos hemos separado muchas veces, quiero decir, el hecho de quedarme yo en la calle básicamente ha sido por esa relación.”*

*B4: “Porque a ver, cuando él estaba bien, yo estaba mal, como la película, ¿no la viste? “Días de vinos y rosas” pues la echaron, la vimos aquí el otro día es que me vi identificada totalmente, porque cuando yo estaba bien él estaba recaído, yo quería levantarlo y caía yo, y al final estábamos los dos recaídos. Bebidos como cosacos, pero él se volvía muy violento”*

### 4.3. Rehabilitación

Cando unha persoa empeza o proceso de rehabilitación, prodúcese unha serie de cambios en aspectos que conforman a súa identidade. Os que emerxeron neste traballo son *a adopción da identidade de alcohólico, a liberdade ao non consumir, o “non beber” como máxima prioridade e a influencia da institución* onde se “trata” o alcoholismo.

#### 4.3.1. Adopción da identidade de alcohólico

Como un paso inicial para a rehabilitación, parece ser necesario asumir unha identidade de alcohólico, e do que isto significa. A identidade como persoa alcohólica e a posibilidade de identificarse con outras persoas con esta problemática, axudan á adherencia ao tratamento e ao afianzamento dun sentimento de grupo para a rehabilitación. O que a priori podería parecer un estigma, o “*soy alcohólico*”, realmente parece non selo, converténdose nunha ferramenta que a persoa utiliza para non recaer.

*A2: “he aprendido que el alcohólico somos nosotros, nosotros borrachos en activo que era lo que éramos nosotros. Es decir que no pensaba... cuando entre por esa puerta pensé que me iba encontrar, no sabía ni dónde me estaba metiendo ni como tal, me quede muy sorprendido y cuando te acogen. Empecé a oír las historias personales de cada uno y eso me pasa a mí y sé... me entiendo con ellos. Yo me siento identificado con casi todo con ellos”*

*A6: “Escuché a la gente, sus experiencias... en fin, me sentí identificado, no sé no recuerdo ni se hablé pero me sentí bien y volví y ahí seguí. No sé si las experiencias de ellos me apoyaban quizás más, había muchos más años de sobriedad, era gente eh de todo tipo, tanto profesionales, como obreros como... de todo, todos los estratos sociales están representados aquí, gente con familia, con otras experiencias de vida que yo necesitaba quizás”*

A persoa non pode tomar unha soa copa, porque isto pode levar á recaída. As persoas precisan ter presente o que o alcohol supón nas súas vidas para non recaer, porque algo característico destas persoas é que, nas súas palabras, “se *autoengañan*” para tomar esa primeira copa, buscan calquera pretexto.

B1: *“Un alcohólico, una vez que se es alcohólico, el alcohol queda siempre, para toda la vida. Aunque esté, aunque esté, aunque no consuma, el olvidarte de eso puede llevarte a la recaída”*

A5: *“Es el tema de que si yo tomo una copa, yo hoy podría tomar una copa y no despertarse en mí la compulsión, pero es cuestión de tiempo que vuelva. Que vuelva, que necesite más, más y más y no puedo y eso no lo pasa a todo el mundo.”*

A6: *“Y en un momento me justifiqué, podía beber pues ya hacía años que no bebía, hoy era un padre responsable, todo eso que había logrado, ¡cómo voy a volver al mismo punto! Lo tenía por imposible, y me justifiqué que podía tomar una cervecita...”*

As persoas entrevistadas afirmaron sentirse diferentes dos demais. Algunhas persoas con recaídas recentes referían anhelos como “*querer ser normal*”. Sen embargo, a identidade de alcohólico leva a diferenciarse das persoas consideradas “normais”.

B3: *“Yo sólo quiero ser normal, porque... o sea, no ser nada especial, ni nada, una chica normal que pueda trabajar, que pueda mantener una vida independiente, ojalá tenga familia, ojalá. Me gustaría, no sé si podré. Y no veo un futuro por eso, como no... como utilizo el alcohol en todos los ámbitos de mi vida sin él no sé si yo soy algo. Y sin él, no sé ser, no sé, ya no me acuerdo cómo era, sin alcohol, de dónde sacaba la fuerza, o a que me aferraba (...) Es como si la verdadera R, la identidad de R estuviera unida al alcohol”*

Alén do dito, cando unha persoa leva un tempo en sobriedade, ten un agradecemento por ser alcohólico, polas experiencias aportadas, pola nova forma de entender a vida, e por coñecerse mellor a un mesmo.

A6: *“Acepto que esa fue una parte de mi vida y agradezco también a Dios, me hizo tocar fondo, ver lo que es realmente el alcoholismo, poder aportar mi experiencia a ver si a alguien le sirve o quiere y ...nada, todo bueno en realidad (...). Por eso en el fondo estoy agradecido de ser alcohólico, me hizo conocer otros aspectos de la vida.”*

B1: *“En principio me ha aportado otra forma de ver la vida, otra forma de ver a las personas, otra forma de... pues yo antes... veía a las personas como yo me he visto con un cartón en la calle y era “un degenerado, un vicioso, un borracho, un...” Consideraba... Ahora me ha ayudado a comprender a las personas que no sólo tienen un problema con el alcohol, las drogas, conocer otros tipos de eso, a ponerme en su lugar a, me ha aportado... Me ha abierto la mente digamos respeto al contacto entre los seres humanos.”*

#### **4.3.2. Liberdade ao non consumir**

Unha palabra recorrente nos discursos, é o concepto de “liberdade”. As persoas que levan máis tempo sobrias afirman sentirse máis libres, con máis capacidade de decisión e autodeterminación.

A4: *“Estar con quien me apetece estar, ahora puedo elegir, y estar donde decido estar. Donde no me apetece, porque estoy a disgusto no estoy. ¿Una persona me molesta? ¡Me voy! Sin darle explicaciones a nadie. Ahora hago lo que me da la gana, y antes hacía lo que le daba la gana a la droga y al alcohol.”*

A5: *“Me siento bien porque si hay algo que marca la diferencia ahora en mi vida es el concepto de... libertad, joder. El concepto de amor y libertad. De amor hacia mí mismo y de libertad, de libertad de espíritu. La libertad de sentirme libre, en gran medida, de haberme liberado en gran medida interiormente de las grandes historias que me atormentan...”*

As persoas con recaídas recentes ansían esa liberdade, precisan ser libres e non depender do alcohol.



B2: *“A veces somos menos libres en ese sentido, y me gustaría eso lo que tener en un futuro ser lo más libre que pueda, si no bebo, soy más libre. Porque no dependo del alcohol.”*

#### **4.3.3. Prioridade: Non beber**

Ao preguntar ás persoas qué é o que esperan nas súas vidas, a resposta é sempre a mesma: non beber. O máis importante é non beber.

A6: *“Lo primero estar sobrio. Eso es lo más importante en mi vida. Y está por encima de mi propia familia”*

A4: *“Yo ahora mismo, lo primero de todo, es no beber, no tomar nada, para mí es lo más importante de todo. Ni familia, ni amigos, ni trabajo, ni nada de nada. Para mí lo más importante es no beber, ni drogarme, ni hacer nada.”*

B2: *“Pues salir de esto es lo más importante. Salir de lo que la gente no entiende que es una enfermedad pero... hasta mí ahora me cuesta entender que es una enfermedad, fíjate, pero física, que el cuerpo te lo está pidiendo.”*

O máis importante é non beber porque a persoa non pode manter unha vida normal se é dependente do consumo de alcohol. Nos discursos reflíctese que cando a persoa non bebe, a súa autoestima mellora, ao igual que as súas relacións cos demais, vólvense a desempeñar os *roles* importantes para a persoa e as actividades que marcan a súa identidade ocupacional.

A5: *“Toda la fortaleza que yo tengo ahora mismo, toda esa “fortaleza” va creciendo a medida que he ido venciendo esos momentos de esa necesidad, “ha crecido” y ha cambiado ese concepto de mí, he ido ganando en seriedad. Entonces en el momento que beba, todo eso se viene abajo, entiendes, por eso es lo más importante, es lo primero, no beber ni consumir ningún tipo de droga porque si, si vuelvo a eso todo lo demás no tiene sentido, todo de lo que te he ido hablando se derrumba, no hay, no es compatible. Todas mis reflexiones espirituales no tienen sentido bebiendo”.*

A6: *“No negocio con mi sobriedad. Porque sé lo que es y lo qué me pasó. Y si no estoy sobrio no tengo hijos, no tengo actividades, no tengo nada.”*

Despois da prioridade de “non beber”, cada persoa ten as súas propias expectativas. A inmensa maioría quere ter unha parella e poder levar unha vida “normal”. Os discursos da asociación A, veñen determinados por vivir o día a día, “las 24 horas” e non obstante, tamén teñen as súas expectativas.

A4 *“La verdad tengo mucha ilusión en poder llegar a vivir yo solo, tener una chica a mi lado, tener hijos, formar una familia al fin y al cabo y ese es mi plan de futuro y sin tiempo establecido. Es decir, yo ahora tengo que estar bastante tiempo sin tomar nada, después proponerme ir a vivir solo, después encontrar a una chica, bueno un poquito.”*

A5: *“¿Sabes lo que pasa? Que yo vivo un poco las 24 horas, vivo al día, no al día, sino que, voy hablarte tengo planes. Mis planes a corto plazo, vender mi casa, comprar la casa donde vivo ahora, un apartamento, comprar un terrenito, y tener unas gallinas que me den un par de huevos al día.”*

#### **4.3.4 Influencia da institución**

Encontráronse diferenzas no discurso dos participantes debidas ás distintas formas de “tratar o alcoholismo” en cada recurso.

Na Asociación A (mutua axuda), séguense una serie de pasos (que se poden consultar no Anexo 3) que definen o proceso de rehabilitación da persoa, e isto reflíctese no discurso dos participantes que asisten a dito recurso. O uso dun Poder Superior ou o desenvolvemento da espiritualidade para enfrontarse ao alcoholismo son aspectos que non se aprecia nos discursos dos participantes da Asociación B.

A3: *“Digamos que me he vuelto una persona espiritual ehh. Es como si...(Silencio). Hubiera llevado las riendas de mi vida yo, y... entonces es como si ahora las hubiera soltado, es como si hubiera dejado que ese ser espiritual...”*

*A7: "Hay un Poder Superior, yo lo llamo Dios porque es una palabra fácil de decir. Nada más. Antes no lo había. Pero esto no es que te sientas manejado como una marioneta, el que tiene que andar por la vida soy yo, y ponerme y es simplemente... El está ahí, es un instrumento más para que yo haga mi vida ¿no? Es un instrumento al que yo tengo que acudir primero antes que cualquier otro instrumento porque eso es lo que a mí me funciona, es a donde debo acudir primero a ese instrumento, no acudir, está ahí. El día que deje de estar ahí estoy convencido de que, de que, de que quizás me pierda en el camino."*

Da mesma maneira, o énfase que se realiza na Asociación A de vivir ao día, as 24 horas, só está presente nesta asociación, como xa se comentou ao abordar as expectativas dos participantes.

## 5. Discusión

Con este traballo pretendíase profundar na relación entre o alcoholismo e a construción da identidade ocupacional das persoas que presentan dita dependencia. Aínda que a bibliografía relacionada con esta temática é bastante escasa, encontrouse un estudo no que aparecía como categoría o concepto de identidade ocupacional ao entrevistar a nais con dependencia a sustancias nun centro de tratamento no Suroeste de Florida.

Os resultados proporcionados polo estudo de Martin et al (2011)<sup>15</sup>, seguen a mesma liña que os aportados por este traballo. En ámbalas dúas investigacións detéctase unha disfunción no contexto da infancia, a aceptación social no entorno como un facilitador do consumo, o uso da sustancia para enfrentarse ao estrés do entorno, a necesidade de consumir para manter a capacidade de desempeño e a perturbación nos patróns de desempeño.

No tema esencial deste traballo, ambos estudos coinciden: a alteración na identidade ocupacional en persoas con dependencia a sustancias. Os individuos abandonan a identificación cos seus antigos *roles*, e perciben inadecuado o seu desempeño en ditos *roles*. O estudo de Martin et al está enfocado á identidade ocupacional dun grupo concreto: as nais. Teñen un rol moi determinado, que se ve perturbado no su desempeño ocupacional pola dependencia ao alcohol. Nese estudo as participantes refiren o sentimento de ser unha nai pero non unha boa, ou xa non ser unha nai, só unha alcohólica. O presente traballo realizouse nun grupo moi heteroxéneo de persoas, polo que non hai unha “identidade ocupacional común”. Nalgúns casos, a identidade estaba moi marcada polo deporte, en outros pola música, polo traballo, ou tamén polo rol de pai,... Mais finalmente a conclusión é a mesma: esta identidade ocupacional vese enturbada pola dependencia ao alcohol. Os antigos papeis practicamente perden o seu significado ou se ven subxugados a ese “son alcohólico”.

Ese *patrón dominante* acaba por definir á persoa. En palabras de A7 nunha reunión aberta:

*“Yo soy padre, soy enfermero, soy esposo... pero tengo muy claro que sobretodo soy alcohólico”*

Na identidade ocupacional da persoa alcohólica nos dous estudos hai un sentimento que destaca, e é a culpa, tamén coincidente co estudo de Brito Sosa e Iraizoz Barros.<sup>7</sup> A persoa é impotente ante o alcohol, non pode desempeñar ben os seus papeis nin deixar a sustancia. Isto afecta á autoestima da persoa e ao seu autoconcepto, que polo que se puido percibir no presente estudo, pouco a pouco se van restablecendo a medida que pasa un tempo en sobriedade.

O proceso de recuperación pasa por construír unha identidade positiva e aumentar o sentido de competencia no contexto. Os terapeutas ocupacionais poden contribuír ao equipo de tratamento axudando a persoas con adicción a substancias a reconstruír a súa identidade ocupacional, os seus patróns de desempeño e a súa capacidade de desempeño a través de ocupacións significativas.<sup>15</sup> Sen embargo, é primordial que a persoa sexa consciente de que o alcoholismo é unha enfermidade para toda a vida e que a primeira copa pode levar a unha recaída, polo que realmente, esta “identidade do alcohólico” non se pode separar da persoa. Como terapeutas, o que se debe perseguir, é que esta identidade non sexa o elemento principal no discurso da persoa, senón unha simple característica máis. Desta forma, o alcoholismo non será a etiqueta que defina á persoa, serán as súas calidades positivas as que a definan, incrementando así a súa autoestima, o seu autoconcepto e consecuentemente o seu benestar.

A progresión do consumo de alcohol en ambos estudos segue a mesma secuencia temporal. O consumo de alcohol comeza nunha idade temperá, na adolescencia, como un medio para a interacción social (precisamente é na adolescencia o período clave na construción da identidade). Máis

adiante úsase para afrontar problemas (ou evadirse deles). Finalmente, o consumo tórnase nunha necesidade primaria.

En canto os motivos que se atoparon para comezar a consumir, o presente estudo ten diferenzas substanciais co estudo de Brito Sosa e Iraizoz Barros<sup>7</sup>, que menciona unha serie de causas pero non profunda nelas. Aínda así, a influencia do medio ambiente, a necesidade para afrontar a vida e os problemas persoais, non desentoan cos achados neste estudo, a diferenza da “diversión que non se identifica neste traballo.

Tamén encontráronse diferenzas entre ámbolos dous estudos. Estas diferenzas pódense deber a que o estudo de Martin et al está formulado dende o tratamento. Por exemplo, no estudo de Martin áchanse os “problemas actuais e necesidades”, as necesidades destas nais de aprender a manexa-lo estrés, cómo estrutura-lo entorno, desenvolver habilidades para exercer como nais e envolverse en ocupacións de ocio saudables, un resultado que non puido aportar este estudo e que tampouco coincidiría polas características dos participantes. No estudo de Martín et al, as participantes referían diferentes metas, como recuperar a custodia ou conseguir un traballo; no presente estudo destacaba unha: o non volver a consumir, e a partir de aí, os participantes xa mencionaban outras expectativas.

Por outra parte, no estudo de Martin et al non se comenta a negación da enfermidade antes de asistir a rehabilitación, nin tampouco a importancia da liberdade para estas persoas (algo no que insistiron practicamente tódolos participantes deste estudo).

Algo característico que aporta este traballo fronte ao de Martin, é que a asistencia a unha ou outra asociación vai a influír na identidade ocupacional da persoa. Na Asociación A, hai un desenvolvemento da espiritualidade e ocupacións referentes a esta espiritualidade (como a reflexión diaria que deben facer os asistentes) mentres que na Asociación B non o hai.

É necesario comentar que no presente traballo existen una serie de limitacións que poderían coartar a interpretación dos resultados e, con iso, o establecemento de conclusións definitivas:

- En primeiro lugar, a identidade ocupacional de cada persoa é diferente, está marcada polas ocupacións que son significativas para ela, polo que non se pode establecer un patrón común. Nos resultados deste traballo non se profundou tanto nas ocupacións significativas para cada persoa, mais si nos aspectos contextuais.
- En segundo lugar, pode existir un nesgo nos discursos das persoas entrevistadas en tanto que as da asociación A, levaban polo xeral máis tempo en sobriedade que as da asociación B. Ademais, como xa se comentou nos resultados, a asistencia a un ou outro recurso inflúe nos discursos dos participantes.
- A non realización dunha segunda entrevista cos participantes, implica que non se poida comprobar se as categorías emerxentes son as que as persoas consideran realmente importantes, nin se poda profundar nestas categorías ou abrirse a outras posibles.
- A falta de proximidade á temática por parte da investigadora, que aínda que en certa medida proporciona obxectividade, impide abordar aspectos que poderían ser relevantes na explicación do fenómeno, ao que se suma a falta de experiencia á hora de conducir as entrevistas.

Como futuras liñas de investigación, poderíase formular un estudo seguindo esta mesma liña pero que recollese a participantes con outras características máis extremas que non se atopaban neste estudo (tal vez persoas de maior idade), ou enfocándoo tamén a un grupo determinado (por franxa de idade, por sexo, por ocupación, por rol). É importante investigar se unha intervención de Terapia Ocupacional que ten en conta a identidade ocupacional da persoa ten máis éxito que outras na rehabilitación do uso do alcohol, pero tamén se podería facer con outro perfil de usuarios.

Outra abordaxe interesante para investigar, é se existe unha construción da identidade ocupacional tan específica no caso de dependencia a outra sustancia, e tamén ter en conta outros tipos de dependencia (como a dependencia ao xogo ou a cleptomanía), percibindo como inflúe esta identidade ocupacional na visión que ten a persoa de si mesma.



## 6. Conclusións

O consumo de alcohol é moi habitual nestes días debido a que está socialmente aceptado e é unha sustancia de fácil acceso. Non obstante, o consumo de alcohol é un grave problema de saúde pública, que produce dependencia nalgunhas persoas. Moitas destas persoas non son conscientes de que teñen un problema co consumo, ata que provoca dificultades no seu día a día.

Cando unha persoa cae na dependencia ao alcohol, o seu desempeño ocupacional vese alterado, as ocupacións que eran significativas para esa persoa, van a perder espazo ante a necesidade de conseguir e consumir alcohol. Desta forma, a identidade ocupacional tamén se altera, sentindo incompetencia no desempeño de roles, diminución da autoestima e no autoconcepto; así, ten lugar a conversión nunha persoa da que a principal característica é o “ser alcohólico”.

A adopción desta identidade parece ser un paso que axuda na rehabilitación, para ter presente que o alcoholismo é unha enfermidade na que non se pode tomar nin unha copa. A posibilidade de identificarse con outras persoas con esta dependencia axuda a perseguir esa meta de non consumir.

A medida que a persoa non consume, vólvese máis libre para tomar as súas propias decisións. Esta liberdade tornouse nun dos puntos máis característicos do discurso dos participantes, a liberdade de escoller. Xa nas palabras de Wilcock, *“o “ser” está asociado con ter elección e enerxía, encontrar equilibrio e oportunidade e ser libre, ser creativo e encontrar entretemento, estar comprometido e ser capaz de facer fronte.”*<sup>17</sup> Cando a persoa xa non ten esa necesidade de consumir, pode volver facer fronte a súa vida, e envolverse nas ocupacións que considera significativas.

Significado, elección e propósito son necesarios para o benestar. O ser humano precisa encontrar significado e propósito na súa vida para ter un sentimento de pertenza.<sup>17</sup>

O terapeuta ocupacional debe actuar como un guía no proceso de rehabilitación do alcoholismo, tendo en conta a identidade ocupacional da persoa e os aspectos que inflúen en dita identidade. O fin último da intervención debería encamiñarse a que a persoa recupere ese significado e propósito na súa vida, que a persoa volva a ter a capacidade de elección perdida durante o alcoholismo.

## **7. Agradecementos**

A presentación deste traballo non sería ética nin moral se non tivese en conta a todas as persoas que me axudaron no proceso.

En primeiro lugar, agradecer a miña titora Laura polo tempo entregado e o esforzo dedicado a revisar cada cousa que lle enviaba, polo apoio ofrecido nos momentos de dúbidas e cansazo, e por estar sempre aí para o que precisaba.

A esas compañeiras de clase, especialmente Patricia Armas e Inés Ferreiro, por terme que aturar coa miña obsesión por este traballo.

E especialmente, agradecemento a todas esas persoas que me abriron o seu corazón nas entrevistas sen recibir nada a cambio, compartindo as súas experiencias comigo e permitindo achegarme a este tema que me apaixona.

GRAZAS!

## 8. Bibliografía

1. Pascual Pastor F, Conceptos y diagnóstico del alcoholismo. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Coodinadores. Monografía sobre alcoholismo. 1ª ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2012. p.121-142.
2. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2007. 2
3. Villalbí JR., Brugal MT. Epidemiología del consumo de alcohol y de sus consecuencias en a salud. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Coodinadores. Monografía sobre alcoholismo. 1ª ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2012. p.43-74.
4. Gardia Serecigni J. Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Coodinadores. Monografía sobre alcoholismo. 1ª ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2012. p.219-294
5. Ivano Scandurra R, García-Altés A, Nebot M. Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el Estado Español. Consumo, coste, políticas. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet] 2011 marzo-abril [acceso 15 de noviembre de 2012]; 85 (2). Disponible en: [http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n2/03\\_colaboracion2.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n2/03_colaboracion2.pdf)
6. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. Psicothema. [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de noviembre de 2012]; 20 (2). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3451.pdf>

7. Brito Sosa G, Iraizoz Barros A.M. Repercusión social y análisis bioético del alcoholismo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet] 2011 [acceso 15 de noviembre de 2012]; 27(3): [307-322] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n3/mgi02311.pdf>
8. Blasi A, Glodis K. The Development of Identity. A Critical Analysis from the Perspective of The Self as Subject. *Dev Rev.* 1995; 15: [404-433] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229785710179>
9. Christiansen CH. Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning, 1999 Eleanor Clarke Slagle lecture. *OTJR* [revista en internet] 1999. [acceso 30 noviembre 2012]; 53 (12). Disponible en: <http://ajot.aotapress.net/content/53/6/547.full.pdf>
10. Gómez Lillo S. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Rev Chil Ter Ocup.* 2003; 3: 43-47
11. Laliberte Rudman D, Dennhardt S. Shaping knowledge regarding occupation: Examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Aust Occup Ther J* [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de noviembre de 2012]; 55: [153-162] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2007.00715.x/pdf>
12. Kielhofner G. Dimensiones del quehacer. En: Kielhofner G, Director. *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación.* 4ª ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2011. p. 101-109
13. Martin LM, Smith M, Rogers J, Wallen T, Boisvert R. Mothers in Recovery: An Occupational Perspective. *Occup. Ther. Int.* 2011; 18: 152-161
14. Vázquez Navarrete ML. Coordinadora. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud.* 1ªed. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona Servei de Publicacions; 2006.

15. Fortin MF. Fundamentos e etapas do proceso de investigación. 1ªed. Loures: Lusodidacta; 2009.
16. Real Academia Galega. Dicionario da Real Academia Galega, Versión Dixital.
17. Wilcok AA. An occupational perspective of health. 2ªed. USA: Slack Incorporated; 2006.

## 9. Apéndices

### Apéndice 1: Carta

*Estimada Asociación,*

*O meu nome é Estefanía Castiñeira Fariña e son alumna do cuarto curso de Grado en Terapia Ocupacional da Universidade da Coruña. Como parte da materia “Traballo Fin de Grado”, teño que realizar un estudo de investigación ao longo deste curso, o cal estará supervisado pola terapeuta ocupacional e profesora Laura Nieto Riveiro.*

*O obxectivo de dito estudo sería explorar a identidade ocupacional de persoas con dependencia ol alcohol, e comprobar cómo inflúe dita dependencia nos diferentes aspectos da súa vida.*

*Por este motivo, póño-me en contacto con vostedes. Gustaríame entrevistar a usuarios da súa asociación para coñecer qué supuxo o alcoholismo na súa historia vital, cómo influíu na súa vida, nas súas actividades e consecuentemente, na súa identidade ocupacional. Trataríase de entrevistas individuais, de aproximadamente unha hora de duración, no lugar que considerasen oportuno.*

*As persoas que participasen neste estudo terán o anonimato garantido, e a información recollida será tratada coa máis rigorosa confidencialidade. A participación no estudo é voluntaria e en ningún momento será retribuída economicamente. Da mesma maneira, a investigadora tampouco percibirá ningún beneficio económico pola realización deste traballo.*

*Esta temática de estudo pretende acercarse máis á realidade das persoas con dependencia ao alcohol. Coñecer de qué maneira afecta o alcoholismo na identidade ocupacional pode abrir novas vías para a intervención, e tal vez permita abordar aspectos que actualmente no se estean tratando.*

*Atentamente,*

*Estefanía Castiñeira Fariña*

## Apéndice II: Guión da entrevista

- ¿Como era a túa vida antes de ser dependente ao alcohol?
  - ¿Como eran as túas relacións persoais? ¿Coa familia? ¿Cos amigos?
  - ¿Que cousas eran importantes para ti?
  - ¿Como era o teu día a día?
  - ¿Cales eran as túas expectativas de futuro?
  - Tendo o anterior en conta: ¿Como te identificabas? ¿Como te vías a ti mesmo e como te sentías con esa visión?
- 
- ¿Cando te deches conta de que tiñas un problema co consumo de alcohol? ¿Que supuxo na túa vida? ¿Nas túas relacións persoais?
  - ¿Como era o teu día a día?
  - ¿Que era o importante para ti neses momentos?
  - ¿Cambiaron os teus valores? ¿Seguías tendo as mesmas expectativas de futuro?
  - ¿Como te vías a ti mesmo? ¿Como te sentías con esa visión?
- 
- ¿Como te sentes actualmente?
  - ¿Dirías que superaches o teu problema co alcohol?
  - ¿Como é o teu día a día? ¿As túas relacións sociais? ¿As túas ocupacións?
  - ¿Que é o importante para ti nestes momentos?
  - ¿Que esperas do futuro?
- 
- Coa perspectiva do tempo, ¿que dirías que che aportou ter un problema co alcohol e terte enfrontado a el?



### **Apéndice III: Estrutura reunión aberta. (CC)**

1º. Realízase a introdución, dando a benvida a unha nova reunión e a continuación lese un fragmento dun dos seus libros.

2º. Realízase un silencio *“polo alcohólico que aínda sofre”*.

3º. Lese o texto *“Cómo trabaja el programa”*.\*

4º Lese a reflexión diaria e un fragmento de algún dos seus libros.

5º. Dáse paso aos testemuños das persoas, dirixindo o moderador á palabra.

Á hora faise un descanso de 10 minutos, recordando primeiramente que o anonimato é a base da asociación, e a continuación pásase unha cesta cumprindo a sétima tradición (manterse a si mesmo, cada persoa aporta o que considera, sempre unha cantidade simbólica).

6º. Continúase cos relatos persoais.

Sempre que unha persoa fala, comeza presentándose dicindo o seu nome e engadindo *“soy alcohólico y hoy no he bebido”*, e o grupo responde *“hola”* e o nome da persoa.

Conclúese a reunión con unha oración *“Señor dame paciencia para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que puedo, y sabiduría para reconocer la diferencia”* e despídese o grupo con *“felices 24 horas”*.

### **\*Cómo funciona el programa**

*Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente nuestro camino. Los que no se recuperan son aquellas personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este sencillo programa; generalmente son hombres y mujeres que son incapaces, por su propia naturaleza, de ser honrados consigo mismos. Existen seres desgraciados como éstos. No son culpables, parece ser que nacieron así. Por naturaleza carecen de capacidad para entender y llevar a cabo un modo de vivir que exige la más rigurosa honradez. No suelen tener muchas posibilidades para recuperarse. También existen personas que sufren graves trastornos emocionales y mentales, pero muchas de ellas se recuperan si tienen la capacidad de ser honrados.*

*Nuestras experiencias explican, de modo general, cómo éramos, lo que nos ocurrió y cómo somos ahora. Si has decidido que quieres lo que tenemos y estás dispuesto a hacer lo que sea para conseguirlo, entonces estás en condiciones de dar ciertos pasos.*

*Nosotros nos resistimos ante algunos de estos pasos. Creíamos que podríamos encontrar un camino más fácil y cómodo. Pero no es cierto. De todo corazón te pedimos que seas valiente y cuidadoso desde el primer momento. Algunos de nosotros hemos intentado aferrarnos a nuestras viejas ideas y el resultado ha sido nulo hasta que nos entregamos al Programa sin reservas.*

*Recuerda que estamos hablando del alcohol: astuto, desconcertante y poderoso. Sin ayuda no podemos contra él. Pero existe alguien que es todopoderoso, ese Alguien es Dios. ¡Ojalá le encuentres ya!*

*Las soluciones parciales no nos sirvieron de nada. Nos encontrábamos en el punto decisivo de nuestro camino. Entregándonos totalmente, le pedimos su protección y ayuda.*

*He aquí los pasos que dimos y que se sugieren como Programa de Recuperación:*

***“Los Doce Pasos”***

*1º. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol; que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.*

*2º. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.*

*3º. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.*

*4º. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.*

*5º. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.*

*6º. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.*

*7º. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos*

*8º. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.*

*9º. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.*

*10º. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.*

*11º. 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.*

*12º. 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.*

*Muchos de nosotros protestamos: “¡Vaya tarea! No podré hacerlo”. No te desanimes. Nadie ha podido cumplir perfectamente con estos principios. No somos santos. Lo importante es que estamos dispuestos a crecer espiritualmente. Los principios expuestos aquí sirven para guiarnos en nuestro camino. Hemos alcanzado un progreso espiritual, pero no la perfección.*

*Nuestra descripción del alcohólico, el capítulo dedicado al agnóstico y nuestras aventuras personales antes y después hacen resaltar tres ideas pertinentes:*

- Que éramos alcohólicos y que no podíamos gobernar nuestras vidas.*
- Que probablemente ningún poder humano hubiera podido remediar nuestro alcoholismo.*

*Que Dios podría remediarlo y lo remediaría si Le buscáramos*

## Apéndice IV: Folla de información ao participante

### FOLLA DE INFORMACIÓN AO PARTICIPANTE

**TÍTULO:** Exploración da identidade ocupacional en persoas con dependencia ao alcohol

**INVESTIGADOR:** Estefanía Castiñeira Fariña, estudante do 4º ano de Grado en Terapia Ocupacional da Universidade da Coruña

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vostede pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. A decisión que tome non afectará á relación co persoal da asociación nin terá ningún tipo de repercusión.

#### **Cal é o propósito do estudo?**

O obxectivo deste estudo é coñecer de que maneira afecta a dependencia ao alcohol na identidade da persoa. Isto é importante para poder formular novas vías de intervención que fagan fincapé neste aspecto á hora de encamiñarse cara a recuperación.

**En que consiste a miña participación?**

A súa participación consistirá nunha entrevista de aproximadamente unha hora de duración na que se lle preguntará acerca de cómo influíu o alcohol na súa historia vital, no desempeño das súas actividades diarias, nas súas relacións sociais, na súa forma de verse e sentirse, etc. ao longo do tempo.

Preguntaráselle como era a súa vida, antes, durante e despois da dependencia ao alcohol. É posible que se propoña un grupo de discusión, no cal un grupo reducido de persoas exporán a súa percepción acerca de como inflúe o alcoholismo na súa identidade.

**Que riscos ou inconvenientes ten?**

Este estudo non leva consigo ningún risco para a súa saúde física. A entrevista pode supor algún impacto emocional ao recordar eventos vitais que poden resultar dolorosos para a persoa.

**Obtereire algún beneficio por participar?**

A participación neste estudo é voluntaria e non será remunerada economicamente.

**Recibireire a información que se obteña do estudo?**

Se Vde. o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

**Publicaranse os resultados deste estudo?**

Os resultados deste estudo serán comentados na exposición do Traballo de Fin de Grado da investigadora, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á identificación dos participantes.

Queda aberta a posibilidade de que este estudo sexa publicado en publicacións científicas ou en Congresos para a súa difusión, pero sen transmisión de datos que identifiquen os participantes.

**Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?**

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto pola Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En todo momento, Vde. poderá acceder aos seus datos, corrixilos ou cancelalos.

Só a investigadora e a súa titora do traballo terán acceso aos datos, dos cales gardarán a confidencialidade. Vostede participará no estudo de forma totalmente **anónima**.

**Que ocorrerá cos datos obtidos?**

Os seus datos serán gardados de forma **codificada**, é dicir, posúen un código que se pode relacionar, coa identificación do participante. Esta información estará a cargo da investigadora e só poderán acceder a ela a propia investigadora e a titora do traballo.

A investigadora gardará as transcripcións das entrevistas durante o tempo necesario para rematar e presentar o estudo, é dicir, ata xullo do 2013.

**Quén me pode dar máis información?**

Se vostede necesitara calquera información adicional pode contactar en todo momento coa investigadora mediante o correo electrónico [estefania.cfarina@udc.es](mailto:estefania.cfarina@udc.es) ou coa titora do traballo no correo [lnieto@udc.es](mailto:lnieto@udc.es).

**Moitas grazas pola súa colaboración**

## Apéndice V: Consentimento informado

### DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO:** Exploración da identidade ocupacional en persoas con dependencia ao alcohol.

Eu, ..... con DNI .....

- Lin a Folla de Información ao Participante do estudo arriba mencionado que se me entregou.
- Considero que recibín **suficiente información** sobre o estudo.
- Comprendo que a participación é **voluntaria**, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar ningunha explicación e sen que isto me repercuta dalgunha maneira.
- Accedo a que se utilicen os **datos** proporcionados nas condicións detalladas na Folla de Información ao Participante.
- Presto libremente a miña **conformidade** para participar no estudo.

Con respecto á conservación dos datos, os cales serán tratados en todo momento de forma anónima:

- Acepto que o son da entrevista sexa gravado.
- Accedo a que os datos se conserven ata que a investigadora presente o traballo de fin de grado.

En ....., a día ....., de ....., do 20....

Estefanía Castiñeira Fariña

Firma da Investigadora:

Firma do Participante: