



Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales
y de la Comunicación.

EL APOYO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS ALCOHOLDEPENDIENTES

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

Alumna: Cintia Prendes Brito.

Tutora: Berta Puyol Lerga.

Marzo 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN	4
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	6
2.1. LAS DROGAS.....	6
2.1.1. Definición de las drogas.....	6
2.1.2. Conceptos básicos relacionados con las drogas.....	7
2.1.3. Clasificación de las drogas.....	9
2.2. EL ALCOHOL.....	11
2.2.1. El alcohol y la alcoholdependencia.....	11
2.2.2. Síndrome de abstinencia.....	14
2.2.3. Patrones de consumo y tipos de bebedores.....	15
2.2.4. Epidemiología del alcohol.....	17
2.2.5. Tratamiento de la dependencia al alcohol.....	19
2.2.6. Factores de riesgo del alcoholismo.....	21
2.3. LA FAMILIA.....	22
2.3.1. Concepto de familia.....	22
2.3.2. El apoyo familiar y el papel de la familia en el tratamiento del alcohol dependiente.....	24
3. OBJETIVOS	27
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4. MÉTODOS	28
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	28
4.2. HIPÓTESIS.....	28
4.3. VARIABLES.....	29
4.4. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	29
4.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	30
4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	30
5. RESULTADOS	31
5.1. PERFIL DE LAS PERSONAS ALCOHOLDEPENDIENTES USUARIAS DE PROYECTO DRAGO.....	31

5.2. PERFIL DEL FAMILIAR RESPONSABLE DE LOS USURIOS/AS DE PROYECTO	
DRAGO	40
5.3. RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESPECÍFICAS DEL ESTUDIO	43
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS 1: ficha de recogida de información.....	57

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada se centra en las personas alcoholdependientes que son atendidas en Proyecto DRago, Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD) perteneciente a Cáritas Diocesana de Tenerife. Más concretamente, se basa en conocer si el apoyo familiar que reciben los usuarios/as del proyecto causa en ellos incidencias positivas para avanzar y terminar el proceso o no llegar a su fin. Para que esto fuera posible, ha sido necesario recabar información sobre los usuarios/as de la UAD a través de la historia clínica, la cual contiene información fundamental como el informe médico, psicológico y social, elaborado por el equipo multidisciplinar (médico, psicóloga y trabajadora Social).

El documento está dividido en seis epígrafes, el primero de ellos es la fundamentación. Esta contiene los argumentos necesarios que apoyan a la investigación realizada y el tema escogido, para ello ha sido necesario preguntarse por qué es importante llevar a cabo esta investigación. En segundo lugar, está el marco teórico, que recoge información de diferentes fuentes autorizadas sobre el tema objeto de estudio.

En el tercer epígrafe, se encuentra el objetivo general y cinco objetivos específicos, los cuales se pretenden alcanzar con la realización del estudio. Seguidamente, se halla el epígrafe cuatro que contiene el método, donde se explica el tipo de investigación realizada, las hipótesis, la población, la temporalidad y las técnicas de análisis y recogidas de datos.

En los epígrafes cinco y seis, se exponen los resultados obtenidos y su posterior análisis. Por último, se realiza una discusión de los mismos y las conclusiones derivadas al respecto.

1. FUNDAMENTACIÓN

Según Casas y Gossop (1993, s.r.f. Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005) el consumo de drogas tiene relación con la socialización de los jóvenes. En este proceso de socialización la familia juega un papel importante, ya que, es en el contexto familiar donde se comienzan a adquirir las creencias, los valores y los hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas. El núcleo familiar posee, por tanto, factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros, produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias (inicio del consumo, mantenimiento del consumo y demanda de tratamiento). También afirman que la presión familiar influye en la decisión de abandonar el consumo de alcohol y/o drogas.

La influencia que tienen los padres en el tratamiento de las drogodependencias también se ha constatado en algunos estudios (Kosten, Jalali, Hogan y Kleber, 1983; Levy, 1972; Mansilla, Vega, Gómez-Ravecedo y Márquez, 1997, s.r.f. Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005).

Levy (1972, s.r.f. Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005) en su estudio de seguimiento de cinco años sobre adictos a narcóticos, encuentra que los sujetos que superaban el hábito contaban habitualmente con respaldo familiar. De la misma forma Mansilla (1997, s.r.f. Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005) en su estudio con drogodependientes sin hogar, concluye que tanto la abstinencia como la retención al tratamiento es difícil en esta población, dado que, uno de los factores que influyen en este fracaso es la disfuncionalidad familiar y/o el escaso o nulo apoyo familiar.

Parece, que la ausencia de apoyo familiar, la disfuncionalidad en las relaciones y la falta de habilidades para resolver problemas con los hijos están relacionadas con el consumo de alcohol y/o drogas, los progenitores ejercen una notable influencia sobre el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva de sus hijos. Sus actitudes y valores, los mensajes implícitos y explícitos, la manera de relacionarse, de solucionar conflictos o gestionar emociones ejercen un notable impacto sobre el ajuste psicosocial de sus hijos. Las pautas de comportamiento hacia sus hijos pueden facilitar o dificultar el ajuste conductual, emocional y social de estos. Es necesario tener en cuenta que la calidad de la presión, el soporte familiar y los recursos sociales disponibles están involucrados en el fenómeno de las drogodependencias (Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005).

Concretamente, Booth (1992, s.r.f. Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005) encuentra que el apoyo familiar que recibían los drogodependientes en tratamiento producía un aumento de su autoestima y autoeficacia y consecuentemente no abandonaban el tratamiento, en comparación, con el apoyo familiar que recibían otros

drogodependientes que no producía ningún aumento de su autoestima y autoeficacia y consecuentemente abandonaban el tratamiento.

La persona que presenta problemas con el alcohol se le debe ofrecer y garantizar un tratamiento integral, si queremos conseguir un mayor éxito terapéutico y una mejor evolución, atendiendo todas las parcelas de la vida que se hayan visto afectadas por la enfermedad (Peraza y Martín, 2007). Por otra parte, Pascual y Velasco (2012), indican, que el tratamiento de la alcoholdependencia debe de ser un proceso que integre la parte física, psicológica y social de la persona de forma simultánea, es decir, un tratamiento biopsicosocial.

Por lo tanto, la familia es una parte fundamental de la persona, y sus funciones principales en la sociedad actual están relacionadas con la socialización, la educación, el apoyo socioafectivo y emocional (Puyol y Tosco, 2007). Barret y Turner, (2006, s.r.f. Zapata, 2009), aseguran que la familia, es un soporte vital y que jugará un papel importante a lo largo de la recuperación y proceso de tratamiento de la alcoholdependencia.

Según Zapata (2009, p.89), “la familia debe convertirse en un soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia conoce el proceso de adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen en este deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia”.

La familia, según Peraza y Martín (2007), está presente durante las diferentes partes del tratamiento. En primer lugar, en la acogida, donde se informa tanto al familiar como a la persona usuaria, en qué consiste el proceso de intervención terapéutica. En esta fase a través del familiar, se puede detectar como la droga ha ido transformando la vida personal del/la paciente y como su comportamiento, producto del consumo, genera problemas en su entorno familiar. El objetivo principal de esta fase es que el/la paciente se implique en el tratamiento y la familia colabore activamente en él.

Según estas mismas autoras, en la fase siguiente, la desintoxicación, el familiar de seguimiento debe controlar la medicación recetada por el/ la médico/a y debe asistir con él/ella a las sesiones fijadas por el equipo terapéutico. En la última fase, la deshabituación, vuelve a estar presente el papel de la familia, donde se establecerá con la persona usuaria y el/la terapeuta un conjunto de herramientas que le permita alcanzar una vida normalizada a todos los niveles: personal, laboral y social, además, se le enseñan habilidades sociales tanto a la familia como a la persona dependiente, las cuales les permiten relacionarse en su medio y prevenir una posible recaída.

Para López y Ordoñez (2011), la familia es el mayor recurso social potencial que tienen las personas para apoyarse en ella. En primer lugar, en el ambiente familiar, la presencia de tres valores como la confianza, el optimismo y la serenidad, contribuyen a un barómetro sobre la calidad de vida que representa a la familia española. La confianza entre las personas se da o se pierde en función de las expectativas de ese familiar. Por lo que, La familia española cuenta con su entorno en los conceptos de ayuda y apoyo que se miden en términos de necesidades que pueden tener sus miembros. Por lo tanto, cuando una persona vive un proceso largo y duro de un tratamiento, una etapa de su vida complicada, problemas con el trabajo u otra dificultad que plantee la vida, será mejor que cuente a su lado con personas que le aporten una compañía, así como, confianza, optimismo y seguridad.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Este apartado tratará sobre la definición del concepto de las drogas, los términos básicos relacionados con las mismas, así como, las distintas clasificaciones de las drogas según los efectos que produzca y su aceptación en la sociedad.

2.1. LAS DROGAS

En relación a las drogas, debemos conocer el concepto, las diferentes clases de drogas que existen, sus efectos sobre la salud, las consecuencias que producen, cómo se producen y en qué consisten los tratamientos para las mismas.

La palabra "droga" es muy conocida en todo el mundo, y existe multitud de bibliografía y autores que hablan de ella. Por ello, es necesario identificar cuáles son las definiciones relacionadas con este concepto, y destacar las más significativas.

2.1.1. Definición de las drogas

Según la Organización Mundial de la Salud, define a las drogas como "Término de uso variado". La OMS analiza este concepto desde varios ámbitos, y realiza esta definición del mismo: "En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.

Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, en menor medida, por sus efectos psicoactivos” (OMS, 1994, p.33).

En la Ley Canaria sobre Drogodependencias de (1998), podemos observar que define la droga como “todas aquellas sustancias que, administradas por cualquier vía, sean capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos nocivos para la salud y el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que pueden modificar una o más funciones del organismo” (Ley N.º 198, 1998).

También, otra definición, afirma que “Droga es toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc. Por tanto, las drogas inducen adicción y refuerzan la conducta asociada a su uso” (Fernández, 2002, p.34).

Asimismo, otra definición ofrecida por la Unidad de Prevención y Desarrollo (UPD) de la diputación de Huelva, habla del concepto haciendo referencia a que “Droga es toda sustancia cuyo consumo actúa sobre el sistema nervioso, modificando el psiquismo y su abuso produce diversas consecuencias tóxicas agudas y crónicas, entre ellas el estado de dependencia” (UPD, 2013, p.3).

2.1.2. Conceptos básicos relacionados con las drogas

A continuación, se señalan varios conceptos que se relacionan con las drogas, y que son básicos en el acercamiento teórico – práctico a las mismas.

Se entiende por abuso, “el uso continuado de una droga. El consumo se prolonga en el tiempo, dando lugar a un deterioro físico, familiar, laboral y social, pero sin llegar a establecer una dependencia” (Puyol y Tosco, 2007a, p. 125).

Por otro lado, el DSM – IV (1995) lo define como: “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses” (Pichot, López-Ibor y Valdés, 1995, p.188).

También, para el Real Colegio de Psiquiatras Británico, el abuso significa “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, o de la sociedad en general” (Martín y Lorenzo, 2009, p.4).

La dependencia es conocida como: “En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal” (OMS, 1994, p.29).

Según DSM – IV – TR (1995), la dependencia es “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes, en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

1. 1.- Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - A. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - B. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - A. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - B. Se toma la misma sustancia u otra similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de tiempo, de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (...), en el consumo de la sustancia (...) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia” (Pichot, López-Ibor y Valdés, 1995, p.186 - 187).

Por otro lado, (Puyol y Tosco, 2007a, p.126) afirman que “una persona se considera que es dependiente de una o varias sustancias cuando se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica a las drogas. Necesita tomarla de forma continuada o periódica, con el fin de obtener los efectos psíquicos y físicos esperados y así, evitar los síntomas de malestar que se producen con su retirada”.

Para el concepto de tolerancia, las autoras anteriores, la definen como el “estado de adaptación, caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto. Por lo tanto, la tolerancia es la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de una droga para alcanzar los mismos efectos y sensaciones” (Puyol y Tosco, 2007a, p. 125).

Además, la Organización Mundial de la Salud, realiza la siguiente afirmación: “Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido” (OMS, 1994, p. 61).

2.1.3. Clasificación de las drogas

No se puede hablar de una clasificación única de las drogas, ya que, para la clasificación de las mismas, se tienen en cuenta diferentes aspectos. Los autores hablan de que las drogas pueden ser clasificadas por su origen, ya que pueden ser naturales o sintéticas. Otros destacan su condición jurídica o también, por los efectos que causan en el organismo.

Según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (1998), las drogas son clasificadas según la dependencia que producen. Se observa una dependencia física sobre drogas como: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, opiáceos y anfetaminas. Estas drogas causan la dependencia más fuerte y no tiene en cuenta la voluntad del individuo. También identifica que se puede dar una dependencia psíquica en drogas como: Cannabis, alucinógenos y Cocaína.

También la FAD (1998) indica que las drogas pueden ser clasificadas por su peligrosidad. Señala como “drogas más peligrosas” las que crean dependencia física y con mucha rapidez, y añade, las drogas que tienen mucha toxicidad. Por otro lado, se refiere a las “drogas menos peligrosas” como las que crean una dependencia psíquica o que crean dependencia, pero con menor rapidez, por lo tanto, son menos tóxicas. Entre medio de estas clasificaciones de drogas, también plantea que existe un estadio intermedio para drogas como el alcohol, los barbitúricos, la coca y sus derivados.

Martín y Lorenzo (2009), clasifican las drogas en base a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos que produce la sustancia cuando entra en el organismo,

sin tener en cuenta su vía de administración. La clasificación de los efectos psicopatológicos lo podemos observar en la siguiente tabla:

Tabla 2.1.3.1.: Clasificación según efectos psicopatológicos.

GRUPOS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
DEPRESORAS	Retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.	Alcohol, Heroína, Benzodiazepinas, Disolventes volátiles.
ESTIMULANTES	Excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	Cocaína, Anfetaminas, Drogas de síntesis, Tabaco.
ALUCINÓGENAS	Producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos.	LSD, Cannabis, Drogas de síntesis.

Fuente: Martín y Lorenzo (2009, p. 18).

Otros autores, basan su clasificación en la codificación sociocultural que tiene el consumo de la misma, es decir, su condición jurídica. Aquí hablamos de las drogas legales, las cuales están permitidas en nuestro país, y las drogas ilegales, haciendo referencia a que su uso y comercio está prohibido y penado por Ley.

Tabla 2.1.3.2.: Clasificación según codificación sociocultural de su consumo.

GRUPO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
INSTITUCIONALIZADA Y/O LEGALES	Son aquellas sustancias que cuentan con un uso social aceptado, aunque tengan efectos negativos para la salud individual y colectiva, desde el punto de vista socio – sanitario. Están comercializadas legalmente e incluso se publicitan en los medios de comunicación social.	Tabaco, Alcohol, Inhalantes y Fármacos.
NO INSTITUCIONALIZADAS Y/O ILEGALES	La venta esta sancionada por ley. Su uso y abuso propicia gran alarma social debido a algunos comportamientos delictivos y a la marginalidad de las personas que las consumen. Generan dificultades personales y sociosanitarias.	Opiáceo, Cocaína, Alucinógenos, Derivados del cannabis y Drogas de diseño.

Fuente: Puyol y Tosco (2007a, p. 129).

2.2. EL ALCOHOL

Este apartado tratará sobre el alcohol, la alcoholdependencia, y el síndrome de abstinencia. También se concretan los patrones de consumo, el tratamiento biopsicosocial, la epidemiología y de los factores de riesgo relacionados con el mismo.

2.2.1. El alcohol y la alcoholdependencia

Según Cabrera y Torrecilla (1998) el consumo de alcohol, en sus diversas presentaciones, es una de las drogas de abuso más importantes en todo el mundo, y por ello, es una de las que produce más intoxicaciones. Por otro lado, los efectos que causa son diversos ya que ataca a diferentes aparatos y órganos de nuestro cuerpo.

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), define al alcohol como “genéricamente toda clase de bebida espirituosa, si bien en su composición solo aparece el alcohol etílico o etanol, que, junto con otros alcoholes, pertenecen a la familia de sustancias químicas de características parecidas” (FAD, 1998, p. 165).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al alcohol como “un sedante/ hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos”. Subraya que además de los efectos sociales que puede causar, también puede traer consigo intoxicaciones alcohólicas que causan envenenamiento o también la muerte. En ocasiones el consumo prolongado intenso origina una dependencia o trastornos mentales, físico y orgánicos graves (OMS, 1994, p.14).

La Unidad de Promoción y Desarrollo (UPD) de la diputación de Huelva (2013), indica que el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central. Este depresor inhibe de forma progresiva las funciones cerebrales y acaba produciendo euforia en un principio, consiguiendo que perdamos nuestra capacidad de autocontrol.

Los efectos inmediatos que el alcohol puede causar en el organismo van desde la desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora y, hasta incluso, la intoxicación aguda. (UPD, 2013). Pero el alcohol no solo causa efectos inmediatos, también contamos con los efectos negativos que puede acarrear. Derivar en problemas físicos y sociales, afectando a terceros ya que causa, separaciones de matrimonios, delitos, violencia y hasta homicidios (OPS, 2008). A su vez el alcohol es el causante de más del 50% de los accidentes de tráfico sufridos y el 40% de las personas que acuden a urgencias, lo hace por esta razón (Cabrera y Torrecilla, 1998). Destacando los problemas físicos que podemos observar en las personas que consumen alcohol de forma abusiva encontramos diversos tipos de lesiones, también trastornos mentales, así como cáncer, enfermedades cardiovasculares, cirrosis, pancreatitis y daños congénitos (OPS, 2008).

Para conocer cuál es el consumo medio de alcohol por día en una persona, se puede utilizar la Unidad de Bebida Estándar (UBE). Es reconocido que 1 UBE es igual a 10 gramos de alcohol en España, y por ello, en función de la cantidad de alcohol consumido se clasifican los patrones de consumo en grados (Ochoa, Madoz-Gúrpidez y Vicente, 2009).

El consumo abusivo de alcohol puede derivar en una alcoholdependencia. Según Alonso – Fernández, (1992, p.p. 5-7), se refiere como: “el difícilmente controlable impulso de consumir alcohol para embriagarse, o al menos para experimentar una euforia o una exaltación desinhibidora. (...) la alcoholdependencia es la noción clave del alcoholismo (...) es el resultado de la interacción entre el sujeto y el alcohol en un cierto contexto sociocultural. En su determinación intervienen factores vinculados al sujeto, a la botella y al ambiente”.

Por otro lado, una definición ofrecida por la Unidad de Promoción y Desarrollo (UPD) de la diputación de Huelva define la alcoholdependencia como “una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales” (UPD, 2013, p.10).

Ochoa, Madoz-Gúrpidez y Vicente (2009) comparten la misma visión que la Organización Panamericana de la Salud, que mantienen que la alcoholdependencia es “el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él” (OPS, 2008, p.2).

Atendiendo a lo referido por otros autores, la alcoholdependencia surge por diversos factores y no solo por tener un consumo de alcohol reiterado y abusivo. Los factores biológicos influyen en que una persona pueda ser dependiente o no al alcohol, así como, factores psicológicos, sociales, ambientales y genéticos. Estos factores pueden incrementar que una persona que tiene un consumo abusivo de alcohol derive en ser, en un periodo de tiempo, una persona alcoholdependiente. En nuestro país, el 10% de población, presenta algunos criterios de patrón abusivo de alcohol, del cual el 2% cumple, los criterios de dependencia alcohólica (AETS, 2002). Si nos centramos en el género, algunos estudios aseguran que un 10% de los hombres sufren dependencia alcohólica a lo largo de su vida frente al 3% – 5% de dependencia alcohólica que pueden sufrir las mujeres a lo largo de su vida (Dávila, Dávila, Jurczuk, Melgar y Romero, 2008).

El diagnóstico de la dependencia alcohólica se lleva a cabo a través de un conjunto de pruebas, las cuales se basan en la exploración clínica de la persona y la recopilación de información útil a través de preguntas específicas de los especialistas del campo. Estas pruebas también se fundan en la valoración de la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, una analítica completa donde se verifican los marcadores biológicos y un diagnóstico dual de las psicopatologías previas o que hayan derivado del consumo de

alcohol. Para apoyar e intensificar más el diagnóstico de la persona, existen cuestionarios que ayudan a ello. Estos cuestionarios pueden identificar la detección de casos, ya que reflejan varios criterios de referencia sobre la dependencia. Por otro lado, encontramos cuestionarios que tienen como objetivo principal evaluar la gravedad e intensidad de la dependencia o en la evaluación de la motivación para el consumo (Ochoa, Madoz-Gúrpidez y Vicente, 2009).

Por otro lado, el DSM – V, hace referencia al trastorno relacionado con el alcohol a la dependencia alcohólica como “Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superior a lo que se esperaba durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - A. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - A. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - B. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como un benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia” (DSM – V, 2013, pp. 259 – 260).

2.2.2. Síndrome de abstinencia

Se define como síndrome de abstinencia al “Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento de variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico” (OMS, 1994, p. 57).

Hay que tener en cuenta que el síndrome de abstinencia se desarrolla en las personas que llevan a cabo un consumo de alcohol diario, es decir, los últimos tres meses. El síndrome de abstinencia también puede aparecer cuando se disminuye la dosis de consumo, ya que el organismo está habituado a una cierta cantidad de alcohol y disminuirla podría causar el síndrome. Este síndrome aparece entre las 8 – 12 horas de haber consumido y desaparece con el nuevo consumo de alcohol. Con esto cabe añadir que no todas las personas que consumen alcohol sufren síndrome de abstinencia (Dávila, Dávila, Jurczuk, Melgar y Romero, 2008).

El síndrome de abstinencia cuenta en su punto más álgido, con el delirium tremens. Este estado grave de abstinencia se caracteriza por la confusión, desorientaciones, ideas paranoides, delirios, ilusiones, alucinaciones, inquietud, distracción, temblor, sudor, taquicardia e hipertensión (OMS, 1994). El delirium tremens suele pasar a las 72 – 96 horas de la abstinencia alcohólica, y se produce en un 5% de la población alcohólica (Dávila, y otros.,2008). El síndrome de abstinencia puede llegar a causar la muerte en la persona que lo sufre, esto se da en un 10% de los casos. La mortalidad por síndrome de abstinencia se ve acaecida por diversos factores como la edad, la existencia de otras enfermedades crónicas y las enfermedades derivadas del alcoholismo (Saunders y Janca, 2003).

Algunos autores como Trujillo (2007), señalan que el síndrome de abstinencia puede ser reconocido en tres fases:

1. Síndrome de abstinencia menor o Fase 1: aparece en las primeras 24 horas de no consumir alcohol, está caracterizada por la aparición de astenia, anorexia, intranquilidad corporal, ansiedad, trastornos del sueño, agitación y temblor.
2. Síndrome de abstinencia grave o Fase 2: se presenta entre las 24 - 72 horas de la abstinencia. Se habla de una abstinencia más grave porque cuenta con la aparición de alucinaciones auditivas y visuales, además de los signos y síntomas mencionados en la fase 1.
3. “Delirium Tremens” o Fase 3: se da a las 72 – 96 horas después de dejar de consumir alcohol. Puede durar unas 56 horas, el paciente tiene síntomas de desorientaciones y confusión general, los signos más graves es que el paciente es incapaz de reconocer objetos y personas, sufre vómitos y la presión diastólica suele estar por encima de 110 mm Hg.

Por otro lado, el DSM V habla concretamente de la abstinencia de alcohol como:

1. “Cese (reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
2. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol:
 - Hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
 - Incremento del temblor de las manos.
 - Insomnio.
 - Náuseas o vómitos.
 - Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Convulsiones tonicoclónicas generalizadas.
3. Estos signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
4. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia” (DSM – V, 2013, pp. 262 – 263).

2.2.3. Patrones de consumo y tipos de bebedores

Muchos autores que determinan cuales son los patrones de consumo, utilizan diferentes conceptos y términos, pero al final podemos identificar de todos ellos los tres patrones principales del consumo de alcohol. La gran mayoría los clasifica como la Organización Mundial de la Salud (1994) se refiere a ellos:

- Consumo social: las personas hacen el consumo en compañía. Este consumo está ligado a las costumbres sociales y es aceptado por motivos y formas sociales. Hablamos de un consumo social como la contraposición del consumo problemático. Esta no quita que el consumo social tenga que ser moderado, pues en algunas culturas, se da con frecuencia la participación en fiestas en las que este tipo de consumo nos puede llevar a la intoxicación.
- Consumo abusivo: habla de este patrón como el consumo que se excede del estándar moderado, ya que supera el volumen diario permitido.
- Consumo de riesgo: es el patrón de consumo que nos lleva a tener consecuencias nocivas para el organismo de las personas que consume. Habla de consecuencias físicas y mentales.
- Consumo perjudicial: este patrón de consumo trae consigo no sola consecuencia para la salud del consumidor, tanto mental como física, sino también consecuencias sociales adversas.

Por otra parte, existe diversidad de clasificaciones sobre tipología del consumo de alcohol. Aunque la mayoría de los autores usan nomenclaturas diferentes para referirse a los tipos de bebedores, fundamentalmente aluden a los mismos términos. Observamos como existen personas abstemias, personas que consumen alcohol de forma poco frecuente, personas que llevan a cabo un consumo social, otras personas que pueden sufrir un consumo abusivo o perjudicial, y, por último, personas que su consumo los ha llevado a la dependencia alcohólica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.r.f. Sánchez, Pérez, Castellano y del Rio, 2003) establece tres categorías de bebedores:

- “Abstemios, ningún consumo.
- Bebedores normativos, su consumo no pasa de 280 gramos por semana en los hombres y de 168 gramos por semana en la mujer.
- Bebedores de riesgo, por encima de 280 y 168 gramos por semana tanto los hombres como las mujeres” (Sánchez, y otros., 2003, p. 63).

Así mismo, Ochoa, Madoz-Gúrpidez y Vicente (2009), clasifican a los tipos de bebedores según la cantidad de consumo al día que demanda cada uno de ellos. Para poder llevarlo a cabo utilizan la Unidad de Bebida Estándar (UBE).

Tabla 2.2.3.1.: Tipos de bebedores por Unidad de Bebida Estándar (UBE) diaria.

TIPO DE BEBEDORES	HOMBRE	MUJER
Abstemio	-	-
Bebedor ligero	1 – 2 UBE/ día	1 – 2 UBE/ día
Bebedor moderado	3 – 6 UBE/día	3 – 4 UBE/día
Bebedor alto	7 – 8 UBE/día	5 – 6 UBE/día
Bebedor excesivo	9 – 12 UBE/día	7 – 8 UBE/día
Gran riesgo	+ 13 UBE/día	+ 8 UBE/día

Fuente: Ochoa, Madoz-Gúrpidez y Vicente (2009, p. 31).

Trujillo (2007), prefiere clasificar los tipos de consumidores basándose en los problemas que le pueden llegar a causar el alcohol. Identifica en primer lugar al bebedor no problemático, esta persona es mayor de edad, tiene un estado de salud bueno y las bebidas que consumen están aceptadas en la sociedad y no le causa consecuencias negativas para sí mismo ni a terceros. También destaca que no tiene problemas familiares ni laborales y por lo tanto no es una persona que dependa del alcohol. En segundo lugar, Trujillo, señala al bebedor problemático. Esta persona ya cuenta con consecuencias sociales, laborales, familiares y de salud por causa de su consumo, pero no llega a tener abuso o dependencia. Por último, en tercer y cuarto lugar respectivamente, destaca el

abuso, señalando que es el consumo de alcohol que ya implica todos los problemas señalados anteriormente y aun así la persona continúa bebiendo, y la dependencia alcohólica.

Otros autores como, Martín y Lorenzo (2009), apoyan las clasificaciones anteriores pero también destacan otras, como los abstemios absolutos y los bebedores alcoholdependientes. Estos autores señalan que apenas hay estudios que anuncien por qué una persona es abstemia. Indican que puede estar basado en la conducta o en las motivaciones de la propia persona, pero también nos habla de que pueden existir enfermedades que producen intolerancia a la bebida, trastornos congénitos del metabolismo, las prácticas educativas sobre el alcohol que han creado el rechazo o los acontecimientos vividos que han causado actitudes negativas en la persona y ha derivado en el rechazo. Martín y Lorenzo, también destaca al bebedor alcoholdependiente, es decir, las personas que tiene un consumo crónico de alcohol y que presenta tolerancia y síndrome de abstinencia. No es necesario conocer que condujo a la persona a consumir alcohol y tampoco es necesario que esta persona sufra intoxicaciones para estar diagnosticado como tal.

2.2.4. Epidemiología del alcohol

Lo que no conoce la mayoría de la población es el daño que puede causar el consumo de alcohol reiterado y continuado en el tiempo, pues, nos lleva a más de 60 tipos de enfermedades y lesiones y es la primera causa de muerte en el mundo (OPS, 2008). Con la siguiente información estadística podremos observar cómo se halla la situación actual en España y Canarias sobre el alcohol y su consumo.

A través del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2015), se obtiene el informe de la encuesta de EDADES hasta el año 2013. En este informe se observa, los siguientes datos estadísticos sobre el consumo de alcohol en España:

- La edad media del consumo de bebidas alcohólica se localiza en 16, 7 años.
- El 93,10% de la población española entre los 15 y 64 años de edad han consumido alcohol alguna vez en la vida.
- El 78,3% de la población española entre los 15 y 64 años de edad han consumido alcohol en los últimos 12 meses.
- Las comunidades autónomas con menos consumo de alcohol en los últimos 12 meses son Ceuta (45,7%), Melilla (46,0%) y Castilla - La Mancha (66,8%) respectivamente.
- Las comunidades autónomas con más consumo de alcohol en los últimos 12 meses son Asturias (87%), País Vasco (84,9%) y Aragón (84,3%) respectivamente.
- El 64,4% de la población española entre los 15 y 64 años de edad han consumido alcohol en los últimos 30 días.

- Las comunidades autónomas con menos consumo de alcohol en los últimos 30 días son Ceuta (35,7%), Melilla (37,0%) y Cantabria (48,4%) respectivamente.
- Las comunidades autónomas con más consumo de alcohol en los últimos 30 días son Asturias (71,9%), La Rioja (69,9%) y País Vasco (69,8%) respectivamente.
- El año en el que se ha registrado el menor consumo de alcohol ha sido en 2007 con un 88,0%. También se ha registrado el año de mayor consumo de alcohol, siendo en 2009, con un 94,2%.
- El consumo de alcohol ha crecido a lo largo de los años, observando que el consumo de alcohol en 1995, en los últimos 12 meses, es de 68,5%; y en 2013 se halla en el 78,3%.
- La prevalencia de borracheras en España en los últimos 30 días es del 7%. Siendo el 9,5% hombres y un 4,5% mujeres.
- El consumo de riesgo de alcohol se fija en la franja de 15 a 24 años para hombres con un 16%; en las mujeres se fija en la misma franja de edad con un 7,1%.
- El 40,8% de las muertes por consumo de alcohol en España se debe a una reacción aguda a su consumo.

También, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE), ofrece la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2014. Esta encuesta refiere varios ítems y uno de ellos es que el alcohol está presente en todas las clases sociales, destacando en los últimos 12 meses, en el rango de edad de 15 a 64 años, la clase social que más ha consumido alcohol han sido los/as directores/as o gerentes de establecimientos con más de 10 asalariados/as (79,8%). Esto demuestra que el alcohol no entiende de clase sociales ni de la capacidad salarial, aunque existen realidades que confirman que, las situaciones negativas vividas en el ámbito laboral, familiar o económico llevan a consumir alcohol. El menor porcentaje lo obtiene el grupo de trabajadores que se encuentran en la base de la pirámide, es decir, los no cualificados con un 56,05%. Respecto al nivel de estudios, también señala que las personas con estudios superiores con un 80,54% han consumido alcohol más que las personas con estudios básicos (57,63%). Otro dato a destacar es que las personas nacidas en España han consumido más alcohol en los últimos 12 meses con un 68,43%, en comparación con el 59,47% de personas nacidas en el extranjero.

Cuando se habla de alcohol, se debe destacar el “consumo de riesgo” o “consumo intenso”, ya que este consumo, con el tiempo, puede derivar en la dependencia alcohólica. Aquí, también se observa la diferencia de género, ya que el consumo en mujeres a lo largo de los años ha aumentado. Las encuestas ofrecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), reflejan que en 2014 el consumo “casi a diario” o “diario” de los hombres se da en un 2,10% en el rango de edad de 55 – 64 años, mientras que las mujeres que se encuentran en las franjas de edad de 45 – 54 y 54 – 64 años tienen un 0,2 % de diferencia (45 – 54 años 0,56%; 54 – 64 años 0,54%). También el consumo diario fijado según el nivel de estudio expresa que los hombres con estudios

básicos son los más que consumen con un 1,19%. En cambio, las mujeres con estudios superiores son las que más consumen diariamente con un 0,37%. Otro dato que atribuye esta encuesta viene derivado del país de nacimiento, pues si bien en el consumo intenso “casi a diario” o a “diario” los hombres españoles superan a los extranjeros en un 0,90%; las mujeres extranjeras superan a las mujeres españolas en un 0,65%.

Aportando datos estadísticos sobre el alcohol en Canarias, el Instituto Canario de Estadísticas (2015), en su última encuesta de salud realizada en el año 2015 interpreta que el consumo de inicio de alcohol para los hombres se encuentra en los 17,4 años mientras que en las mujeres su consumo comienza a los 21,05 años. Esta encuesta muestra que la población de 16 años y más con un “consumo igual o superior a 4 veces por semana” destacan los hombres con un 13,21% frente al 3,36% de las mujeres. También destaca según el tipo de bebedor, sexo y franja de edad. Los hombres bebedores ligeros se encuentran en Canarias con un 15,60%; el 45,67% de los hombres reconoce ser un bebedor ocasional. Respecto al consumo de riesgo o gran consumo destaca en la edad de 65 y más años, ambos sexos con un 0,47%. Las mujeres también destacan como bebedoras ocasionales con un 45,08% y un 6,03% de consumo ligero. Con un 0,62% a directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnicos, Deportistas y artistas; y con un 0,80% a supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. Por último, las comarcas que más consumen alcohol en las islas contando con la población de 16 y más años y en una franja de 4 veces a la semana son: La Gomera con un 15,26% seguida de Tenerife – Sur con un 11,55%.

2.2.5. Tratamiento de la dependencia al alcohol

La alta prevalencia del consumo de alcohol y de las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociolaborales que ocasiona, han hecho del tratamiento del alcoholismo una de las cuestiones sanitarias de mayor interés. No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para el alcoholismo, si no que existen diversidades de tratamientos, con diferentes orientaciones y objetivos (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2015).

La población española cuenta, en el año 2013, según la Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2015), con 1.600.000 de personas en una situación de consumo de alto riesgo. Para esta problemática que sufre aun en la actualidad la población española, existen tratamientos para poder hacer frente al consumo de riesgo y a la dependencia alcohólica. Se conoce una gran diversidad de ellos como, por ejemplo, los tratamientos farmacológicos y las terapias. Con el paso del tiempo se ha apoyado la idea de un tratamiento a “tres bandas” y que aporte una perspectiva global de la situación de la persona afectada. Para ello es necesario tener conocimiento de los tres pilares

fundamentales de la persona, los cuales son: su estado biológico, su estado psicológico y el estado de la relación con su entorno social. Por ello, la mayoría de los autores defienden que un tratamiento para la dependencia alcohólica debe estar basado en un tratamiento biopsicosocial.

El tratamiento biopsicosocial suele contar con dos fases, la desintoxicación y la deshabitación. La mayoría de los autores observan estas fases del tratamiento, pero siempre intentan cubrir algunos aspectos de las personas que, para ellos, no están del todo protegidas con estas dos fases del tratamiento. Algunos de estos aspectos son la reinserción social, la confrontación y la acogida.

Trujillo (2007) divide el tratamiento en tres fases, desintoxicación, deshabitación y reinserción. Destaca que, en la primera fase del tratamiento, la desintoxicación, se comienza con el proceso llamado “acogida”. Es la primera vez que el equipo multidisciplinar ve al paciente, esta “fase de acogida” consta de una entrevista donde el/la paciente informa de la necesidad o demanda que necesita subsanar, esta entrevista en la mayoría de los casos es realizada por el/la trabajador/a social y este mismo informa al paciente de donde se encuentra, las posibilidades que se le pueden ofertar y los derechos y obligaciones con los que cuenta si accede al programa. Para el equipo multidisciplinar, esta primera fase sirve para recabar información sobre el caso del paciente, concretando si es válido para un tratamiento ambulatorio o hospitalario.

También indica la fase de deshabitación, es la fase más larga del tratamiento, ya que no tiene una duración estimada, y también cuenta con ser la más complicada, ya que puede cursar con alguna recaída. Es la fase que depende de la evolución del paciente, de su conciencia de enfermedad adquirida y de la motivación que preste para acabar con su dependencia. La prevención de recaídas es el principal objetivo a trabajar en esta fase, pues se estima que en un 75% de los casos aparece en esta fase en los primeros tres meses. Para ello, existen estrategias médicas, como fármacos aversivos o medicación anti deseo, también contamos con estrategias de psicoterapia, donde se marcan pautas para el afrontamiento a las situaciones de riesgo y su identificación. Otros objetivos que se abordan son: la abstinencia, la mejora de las condiciones del medio familiar, la realización de actividades, así como, la adaptación socio – laboral.

Finalmente señala la fase de reinserción, donde debe trabajar la normalización de su situación, tanto social, como familiar y laboral, así como, seguir un control de su dependencia alcohólica.

Ochoa, Madoz – Gúrpide y Vicente (2009) apoyan al autor anterior en sus palabras, referidas a las de desintoxicación y deshabitación. Aunque estos autores también destacan que no existe un tratamiento de desintoxicación genérico para las personas que sufren dependencia alcohol, ya que cada paciente debe ser tratado individualmente, aunque con el mismo objetivo. Algunos pacientes necesitan de fármacos en la primera etapa de tratamiento para que sea más factible, en cambio, otros, solo necesitan ir

reduciendo su consumo diario. Los pacientes deben pasar por consulta para ser valorados, así como, observar si comienzan a existir rastros de abstinencia. También advierten que en determinados pacientes es muy difícil lograr la abstinencia plena, y que esto puede ser causado por la falta de voluntad o la motivación del mismo. Aseguran que en estos casos lo más útil puede ser ofrecer de entrada una reducción de daños.

Gradillas (2001), indica que se debe trabajar más “cara a cara” con la persona y que el equipo multidisciplinar deberá conocer al paciente plenamente, para poder aplicarle la mejor solución terapéutica posible. Ofrecer más opciones psicoterapéuticas y no tanto farmacológicas, así como, trabajar la toma de conciencia, aumentar la valoración de sí mismo y fortalecer la personalidad. También señala las revisiones en consultas y acudir a los grupos terapéuticos si fuera necesario.

Por último, existen otros autores que apoyan el tratamiento de la dependencia en tres fases. Aunque centran la primera fase en la confrontación del problema, ya que tiene como objetivo no negar el problema o la enfermedad que se tiene y hacer ver al paciente las consecuencias que causa su consumo. En esta fase se ayuda al bebedor alcoholdependiente a aceptar y comprender su patología y se le hace entender la necesidad de seguir un proceso de tratamiento, que lleve a la curación y a dejar de beber de por vida. Las fases restantes que apoyan estos autores son la desintoxicación y la deshabitación, donde se incluye la rehabilitación y reinserción social (Lizasoain, Martín, Ladero, 2009).

2.2.6. Factores de riesgo del alcoholismo

Los factores de riesgo son situaciones que sufre la persona tanto de forma individual, por alguna situación vivida o por el contexto ambiental, que hace que se incremente la probabilidad de consumo o abuso. Son muchos los autores que debaten sobre este tema, pues el alcoholismo puede darse por una gran diversidad de factores. La mayoría de los autores se centran en los factores de la propia persona, como son los factores individuales, los factores biológicos y psicológicos, así como, los factores genéticos. También se pueden encontrar factores externos como los factores ambientales o el entorno que rodea a la persona en riesgo (Becoña y Cortés, 2011).

En la dependencia intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, también la personalidad, el ambiente educativo y la accesibilidad a las sustancias, así como, tener en cuenta que, la adicción no se da en el individuo por contar con factores genéticos (Becoña y Cortés, 2011). Centrándonos en los factores que la mayoría de los autores puntualizan, se observan:

- Factores biológicos: entran en juego la herencia genética del individuo/a y su constitución corporal. Existe la probabilidad de que las personas que tienen progenitores alcohólicos tengan un alto riesgo de ser ellos mismo dependientes

con el tiempo. Así como, la constitución corporal es muy importante, se encuentra en juego la tolerancia de la persona, si su tolerancia es menor tendrá pocas probabilidades de sufrir una dependencia ya que su cuerpo no se adapta a la sustancia alcohólica (Díaz, 2001).

- Factores psicológicos: se tienen en cuenta las patologías psicológicas de la persona. El consumo o abuso de alcohol puede aumentar si la persona cuenta con trastornos de estrés, ansiedad, depresión o trastorno por déficit de atención. También puede causar riesgo de consumo cuando una persona experimenta eventos traumáticos durante la infancia, como, por ejemplo, abusos sexuales o maltrato (Becoña y Cortés 2011). Dentro de los factores psicológicos, Case (2007, s.r.f. Guardia, Becoña, Flórez y Bustos, 2013), expone que la impulsividad también es un factor de riesgo para el consumo o abuso del alcohol.
- Factores externos o ambientales: Stone, Becker, Huber y Catalano, (2012, s.r.f. Guardia, Becoña, Flórez y Bustos, 2013), revelan que hay variables sociodemográficas a tener en cuenta sobre el consumo o abuso de alcohol. Algunas de ellas son el barrio o ciudad donde se vive o el número de bares que se encuentran en ese barrio. También citan, como otro factor de riesgo, el estatus laboral o marital con el que cuenta la persona para realizar ese consumo. Anderson, y otros., (2012, s.r.f. Guardia, Becoña, Flórez y Bustos, 2013) hallan otro factor de riesgo en el bajo precio y el fácil acceso a las bebidas alcohólicas, ya que esto puede causar el aumento del consumo de la misma.

Por último, Lee, Wolff, Kendler y Prescott (2012, s.r.f. Guardia, Becoña, Flórez y Bustos, 2013), aportan que existen otros factores externos como, el divorcio, la pérdida de trabajo y los problemas económico o legales incrementan la vulnerabilidad y el consumo de alcohol sobre todo en los hombres. También un factor de riesgo es el consumir alcohol para paliar la sed o por el efecto placentero que produce (Díaz, 2001).

2.3. LA FAMILIA

Este apartado indica algunos conceptos referidos a la familia, así como, la importancia de esta en la sociedad española y el papel que tiene en el tratamiento de los alcoholdependientes.

2.3.1. Concepto de familia

La familia se entiende como un ente cultural, socioeconómico, pero también anímico, puesto que en ella se construyen vínculos, como el sentido de pertenencia, que da a cada uno de sus miembros la oportunidad de sentirse parte del otro, dividir penas y dolores, así como también compartir aspiraciones. Cada familia cuenta con unas

costumbres propias, lo que hace que cada una sea única, encajando así en cada contexto cultural y económico (Oliva y Villa, 2014).

Desde un punto de vista tradicional, Carbonell (2012, s.r.f. Oliva y Villa, 2014), expone que la familia es constituida como el lugar donde se tramitan y comparten los riesgos sociales de sus miembros. Así como, De Pina (2005, s.r.f. Oliva y Villa, 2014), añade que la familia está formada por un grupo de personas que cuentan con un parentesco de consanguinidad por muy lejano que sea.

Oliva y Villa (2014, p.13), tienen una visión más general y amplia, ya que interpretan que “La familia en su forma evolucionada se ha presentado unida a la institución del matrimonio que atribuye estabilidad social y legal al grupo formado como consecuencia del apareamiento del hombre y la mujer, aunque no se niega la posibilidad de que como hecho existe y ha existido la familia no matrimonial”.

Según Rodrigo y Palacios, “la familia está constituida por la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones íntimas, reciprocidad y dependencia” (Rodrigo y Palacios, 1998, p. 7).

Según Puyol y Tosco (2007b) la familia “es una institución social básica presente en las diferentes culturas. Está compuesta por un conjunto de personas que se relacionan entre sí, a fin de cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, educación de sus miembros, para vivir en sociedad. Facilita normas, códigos de conducta y aporta un sistema de valores y creencias” (Puyol y Tosco, 2007b, p. 437).

Como dice García (1999, s.r.f. Vielva, Pantoja, Abeijón, 2001, p. 20), “La familia suele identificarse como una de las primeras instituciones sociales, tanto desde el punto de vista cronológico como estructural, ya que es la primera que otorga status a los miembros”.

“una familia es un sistema natural, (...) dentro de este sistema los individuos están unido unos a otros por lazos poderosos y duraderos, lazos emocionales recíprocos y lealtades que pueden fluctuar en intensidad a lo largo del tiempo pero que persisten a lo largo de toda la vida de la familia. (...) Las familias crean y adoctrinan a los nuevos miembros. El poder de la familia es tal que, a pesar de la separación de los miembros, incluso por muerte, la influencia de la familia continua. (...) Independientemente del formato de familia, todas las familias deben trabajar para promover relaciones positivas entre los miembros, asistir a sus necesidades personales y prepararlos para enfrentarse con los cambios madurativos” (Vielva, Pantoja, Abeijón, 2001, p. 20 - 21).

Es un hecho comprobado que el consumo de drogas por parte de los padres favorece el consumo de las mismas u otras por los hijos. Existen investigaciones que indican que el consumo asiduo de alcohol en los padres confluye en las historias

familiares de la mitad de los adictos a opiáceos. En el consumo de bebidas alcohólicas el peso de la familia es más determinante dado que el Estado español está entre los primeros del mundo en cuanto consumo por habitante y año y es notable también que en el consumo de esta sustancia existe una asociación clara con usos familiares, lo que hace que sea algo visible para los niños desde su entrada en la familia (Pons, 1998).

2.3.2. El apoyo familiar y el papel de la familia en el tratamiento del alcoholdependiente

El tratamiento debe ser entendido como un “dar y recibir”, en él, el paciente debe comprometerse con una serie de responsabilidades que le beneficiarán en el ejercicio de su autonomía, por lo que el objetivo más importante de vincularse a una red de apoyo social será, el equilibrio emocional y afectivo y la disposición para alcanzar una vida independiente, en la que pueda construir su nueva y propia red de apoyo social (Zapata, 2009).

Para Santos, Pulido, Donaire y Santos (2011) en el protocolo de atención a los familiares podemos encontrar la afirmación de que la participación de la familia es conveniente y necesaria en la mayor parte de los casos. El profesional evaluará la conveniencia o no de contar con la colaboración de determinados familiares que presenten algunas de estas situaciones:

- Padres muy ancianos o enfermos.
- Miembros con actitud destructiva, hacia el paciente y no dispuestos al cambio.
- Menores.
- Familiares que han perdido el contacto durante años.
- Familiares con trastorno adictivo o trastorno mental grave no estabilizados.
- Casos especiales.

Para los autores anteriores, el objetivo de la intervención familiar en adicciones es el logro de un mínimo estado de bienestar y una normalización de su vida personal incluso con cierta independencia de la persona con adicción y sus circunstancias, por lo que se materializará en la ayuda, orientación y apoyo a:

- Aquellos que, partiendo de una situación adversa (para sí y/o anti-terapéutica para el adicto) estén dispuestos al cambio actitudinal y comportamental.
- Aquellos que encuentren dificultades, en la relación con un familiar afectado por una conducta adictiva, o en su modo de apoyarle o ayudarle. Bien sea por escepticismo, sobrecarga o desconocimiento.

Otros autores defienden la existencia del apoyo familiar en el tratamiento biopsicosocial, Peraza y Martin (2007), exponen que el familiar acompañará al paciente en sus tres fases:

- Fase de acogida: se proporciona información al paciente y a su apoyo familiar del tratamiento que se va a realizar, así como de las diferentes fases del que está compuesto. En esta fase, el familiar cooperará con el terapeuta, facilitándole datos de como el alcohol ha influido en la vida del paciente y su proceder, es aquí, en esta fase, donde el familiar ratifica su apoyo al paciente
- Fase de desintoxicación: en esta fase, paciente y familiar acuerdan día para empezar el tratamiento, deberá llegarse a un acuerdo, ya que el familiar tendrá la responsabilidad de controlar su medicación si la tuviera y de observar lo que hace durante el día, convirtiéndose en los ojos del terapeuta fuera de la consulta, el familiar y el paciente deberán acudir a las citas fijadas con el terapeuta. En esta fase también el equipo informará siempre al familiar de la evolución del tratamiento y de los síntomas que pudieran aparecer en el paciente. El familiar deberá de comunicar al equipo si su familiar no cumpliera con algunas de las normas pautadas.
- Fase de deshabitación: en la deshabitación se dispone con el paciente, el familiar y el equipo un conjunto de medidas para la consecución de los objetivos del tratamiento, el equipo le proporcionará tanto a paciente como a familiares, habilidades que faciliten su relación con el entorno y evite posibles recaídas.

Zapata (2009), destaca que existen algunas pautas que mejoran la relación del individuo con la adicción de las drogas, y esto es posible, por la participación y actuación de la familia en el tratamiento. Estas pautas son principalmente llevadas a cabo por la familia durante el proceso de tratamiento y recuperación de la persona adicta:

1. La familia se convertirá en el cimiento importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, vinculándose desde el inicio del tratamiento y comprometiéndose y participando en todas sus fases, esto ayudará a un mejor pronóstico de recuperación. Por esta razón todas las intervenciones que realicen los terapeutas deben estar enfocadas a reestablecer y mantener relaciones positivas en la familia. La armonía familiar se alcanza mediante actuaciones individuales y grupales orientadas a:
 - Proporcionar competencias para afrontar obstáculos, tratando el sentimiento de culpa y el restablecimiento del optimismo.
 - Ayudar en la recuperación de jerarquías, reforzando la potestad positiva de la figura paterna.
 - Reconocer en la unidad familiar factores de comunicación idóneos que ayuden a restablecer la confianza entre sus miembros.
 - Desarrollar en la familia capacidades afectivas, que sean de utilidad a la hora de expresar adecuadamente sentimientos negativos y positivos.
2. En el momento de la vuelta a casa del paciente, la familia debe tener la capacidad de emplear los mecanismos aprendidos durante el tratamiento, comprometiéndose a colaborar para conservar los objetivos conseguidos. Estos mecanismos adquiridos por

la familia tienen la misión de lograr cambios en la forma que tienen de relacionarse cada uno de los miembros de la familia con el miembro que se encuentra en tratamiento. Estos cambios se verán reflejados de la siguiente forma:

- La familia exterioriza más el afecto
 - Las pautas de conducta marcadas en el tratamiento son acordadas con el paciente y serán de obligado cumplimiento, acordando también la sanción correspondiente si no se cumplieran.
 - Los padres o figuras autoritarias apoyarán sus opiniones sobre conductas y sanciones decididas por ellos.
 - El papel que tiene cada miembro de la familia está bien delimitado y la comunicación es clara y directa.
3. La familia debe asociarse a redes de apoyo que le proporcionen ayuda y compañía durante la fase de recuperación del paciente, fomentando comportamientos y posturas que favorezcan el cuidado de los objetivos conseguidos y el saber desenvolverse en situaciones de crisis. La familia debe contar con un acompañamiento profesional que le ayude a afrontar las diversas circunstancias que puedan producirse durante el tratamiento, también formará parte de encuentros con el profesional donde se valorará:
- Cumplimiento por parte del paciente de las pautas establecidas.
 - Evaluación de los cambios producidos tanto en el paciente como en la familia.
 - Valoración de lo que el paciente ha realizado de manera autónoma.
 - Obstáculos que se han presentado en el funcionamiento de la familia.
4. El apoyo familiar mostrado al paciente durante el tratamiento de la adicción irá encaminado a proporcionar autonomía durante el proceso rehabilitador, una de las consecuencias de la adicción al alcohol es que el paciente suele ser considerado en su entorno familiar como alguien incapaz, irresponsable y necesitado de protección. Para intervenir en este factor será necesario que el paciente sea considerado por su entorno, su familia y por el mismo como alguien capaz y autónomo.
5. La familia deberá ser instruida acerca de cómo saber identificar posibles recaídas en el paciente, permitiéndoles actuar de manera correcta si de produjeran, así como también prevenirlas y aceptarlas como parte del proceso rehabilitador. En este proceso educativo también permitirá al núcleo familiar regir con el concepto de recuperación, y tendrá que ser capaz también de identificar situaciones de alarma para prevenir recaídas, incluso a manejar herramientas para saber cómo actuar en caso de que se diesen nuevos episodios de consumo.
6. El paciente que no cuente con apoyo familiar durante su tratamiento debe ser vinculado a una red de apoyo que remplace las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto, sería necesario recurrir a su red de apoyo social (amigos, vecinos, conocidos...) si no existiera una red de apoyo social positiva, habría que fomentar la construcción de una.

3. OBJETIVOS

Para poder realizar esta investigación de manera coherente y ordenada, se concretaron un objetivo general, y cinco objetivos específicos.

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Saber si el apoyo familiar tiene incidencia positiva en el tratamiento de las personas alcoholdependientes.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber si las personas usuarias cuentan con apoyo familiar durante su tratamiento.
- Conocer el tipo de parentesco que apoya al alcoholdependiente en su tratamiento.
- Averiguar si las personas que tienen apoyo familiar cumplen los objetivos del tratamiento.
- Saber si el apoyo familiar influye en el usuario para acudir con regularidad a las citas programadas durante el tratamiento.
- Conocer si el nivel de compromiso que tiene el familiar con el tratamiento (aviso de recaída, control de medicamentos...) influye positivamente en el usuario.

4. MÉTODOS

En este apartado se concreta el método de investigación. Así, El presente estudio, constituye una investigación descriptiva, cuyo trabajo de campo se ha desarrollado durante los meses de abril y mayo de 2017. Para su realización ha sido necesario identificar las hipótesis, así como las variables de análisis, la población investigada y las técnicas y herramientas que se han seguido.

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El estudio es una investigación descriptiva, quiere decir que, se ha estudiado y profundizado en un fenómeno o situación concreta resaltando los rasgos más importantes o los más diferenciadores. Esto sirve para dar información que puede ser utilizada en un futuro en otros trabajos o servicios (Ander – Egg, 1995). También destacar que, una investigación descriptiva, se basa en las características más importante de un problema, en este caso de carácter social, y también, que el estudio se ha realizado de forma transversal y poblacional (Hernández, 2014).

Se han utilizado técnicas cuantitativas como principal herramienta para el cumplimiento de los objetivos e hipótesis de nuestro estudio, estas se realizaron sobre fuentes y datos primarios, donde se ha llevado a cabo un proceso de análisis para así extraer la información oportuna. Se eligieron los expedientes como herramienta principal, estos recogen los datos personales de los/las usuarios/as, así como, su ficha de acogida, la historia de vida y los informes psicológicos, sociales y médicos de los mismos. Los expedientes son desarrollados por el equipo multidisciplinar del proyecto (médico, psicóloga y trabajadora social). Se eligió esta herramienta, puesto que permite obtener la información necesaria para el estudio descriptivo, y así analizar lo que se expresa en una realidad dada. Se contó con un instrumento de recogida de datos, para que esta fuera más efectiva y eficaz.

4.2. HIPÓTESIS

En este apartado, se ha procedido a la descripción de las hipótesis utilizadas en el estudio, que son necesarias para llegar a justificar y esclarecer nuestro objeto en la investigación. Las hipótesis fundamentales de la investigación a raíz de los objetivos de la misma se exponen a continuación y son las que se manejan de cara a los resultados:

- Los usuarios de Proyecto DRAGO cuentan con apoyo familiar.
- Las personas que apoyan a los/las usuarios/as en su tratamiento, suelen ser en su mayoría mujeres (independientemente del parentesco).
- Las madres de las personas usuarias de Proyecto DRAGO son fundamentalmente en su mayoría las que apoyan a los alcoholdependientes.
- Los usuarios de Proyecto DRAGO que cuentan con apoyo familiar cumplen los objetivos marcados por el equipo interdisciplinar del mismo.
- Los usuarios de Proyecto DRAGO que cuentan con apoyo familiar acuden regularmente a las citas con las profesionales.
- La familia presenta un refuerzo positivo en la conducta del alcoholdependiente.

4.3. VARIABLES

En este apartado, se expone la enumeración de las variables utilizadas en el estudio, su medición es cuantitativa y se distingue el carácter nominal y ordinal de las mismas. Las variables se han clasificado en dos grandes apartados: variables sociodemográficas y variables específicas.

Variables sociodemográficas:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Situación laboral.

Variables específicas del estudio:

- Tipo de parentesco con el usuario.
- Asistencia a las entrevistas.
- Disponibilidad de horarios.
- Nivel de compromiso.

4.4. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

En esta investigación se ha trabajado con la población de Tenerife, concretamente con los familiares de los/as usuarios/as que acuden a Proyecto DRAGO, perteneciente a Cáritas Diocesana de Tenerife. El periodo temporal en el que transcurre esta investigación se encuentra entre los meses de abril a junio de 2017, teniendo en cuenta que los datos a analizar comprenden una temporalidad de los últimos dos años (2015 y 2016) de la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD).

4.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de una ficha de recogida de información confeccionada para tal fin (Anexo 1). Para recoger la información que permite cumplimentar la ficha, se ha recurrido a la historia de los usuarios/as o expedientes. Estos son realizados por todo el equipo multidisciplinar que trabaja en Proyecto DRago, por lo tanto, contienen la información necesaria para realizar la investigación.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

La última fase del estudio ha sido la elaboración de resultados y el análisis de datos. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS, donde se manejan las variables propuestas. Este programa informático nos facilitó el vaciado de datos, su análisis y la representación de los mismos.

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado se observan los resultados obtenidos de la recogida y análisis de 210 expedientes de Proyecto DRAGO mediante tablas y su posterior explicación.

5.1. PERFIL DE LAS PERSONAS ALCOHOLDEPENDIENTES USUARIAS DE PROYECTO DRAGO

A continuación, se exponen los resultados según el estudio de la población total, ya que, se puede elaborar un perfil genérico de los usuarios del proyecto.

Tabla 5.1.1.: Población atendida en Proyecto DRAGO, durante los años 2015 y 2016, según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	163	77,6
Mujer	47	22,4
Total	210	100

En esta primera tabla se puede observar cómo, en su mayoría, los usuarios son hombres con un 77,6%.

Tabla 5.1.2.: Población atendida en Proyecto DRAGO, durante los años 2015 y 2016, según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25	4	1,9
26 - 35	19	9,0
36 - 45	52	24,8
46 - 55	74	35,2
56 - 65	49	23,3
mayor de 65	12	5,7
Total	210	100,0

En la tabla anterior se observan los resultados de las edades de los usuarios/as de Proyecto DRAGO. En ella se puede ver que el intervalo con mayor porcentaje (35,2%) corresponde a la franja de edad de 46 – 55 años. En segundo lugar, se encuentra la franja de edad de 36 – 45 años con un 24,8%. Ambos juntos suponen el 60% de la edad de la población total estudiada. Por otro lado, si agrupamos las edades desde los 36 años hasta mayor de 65 años, se obtiene un porcentaje del 83,3%, que corresponde a las edades que se pueden encontrar en Proyecto Drago.

Tabla 5.1.3.: Población atendida en Proyecto DRAGO, durante los años 2015 y 2016, según nacionalidad.

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Española	185	88,1
Europea	13	6,0
Sur América	11	5,4
Otros	1	0,5
Total	210	100,0

Tabla 5.1.4.: Población atendida en Proyecto DRAGO, durante los años 2015 y 2016, según domicilio actual.

Domicilio Actual	Frecuencia	Porcentaje
La Laguna	45	21,4
S/C	107	51,0
Resto de isla	56	26,6
Otras islas	2	1,0
Otras opciones	0	0
Total	210	100,0

En las tablas anteriores, se puede observar que la mayoría de los alcoholdependientes que acuden al centro son de nacionalidad española (88,1%) y, el restante, procede tanto de países europeos (6%), como del continente americano (5,4%). En relación al domicilio actual, el mayor porcentaje se encuentra situado en Santa Cruz de Tenerife, (51%) (mismo lugar donde se desarrolla el proyecto). También acuden de otras partes de la isla como La Laguna (21,4%) y el resto de municipios con un 26,6%, entre otras.

Tabla 5.1.5.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	60	28,6
Casado/a	62	29,5
Separado/a	22	10,5
Divorciado/a	34	16,2
Viudo/a	4	1,9
Convivencia pareja	28	13,3
Total	210	100,0

En relación al estado civil del usuario/a indicar que, el 29,5% de ellos/as están casados/as. Seguidos por un 28,6% de los usuarios/as que son solteros/as y de un 16,2% que se encuentran divorciados/as. Si se agrupan algunos datos se puede observar como los solteros/as, separados/as, divorciados/as y viudos/as aumentan aun 57, 2% del total de la población. También, se puede agrupar por convivencia de pareja y los/as casados/as y se obtiene un porcentaje de 41,9% del total.

Tabla 5.1.6.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
No sabe leer ni escribir	4	1,9
Enseñanza Primaria	43	20,5
Enseñanza Secundaria	69	32,9
Bachiller	58	27,6
Estudios Medios o Superiores (FP)	14	6,7
Estudios Universitarios	11	5,2
Enseñanza Primaria Inacabada	11	5,2
Total	210	100,0

En la tabla anterior se observa que el nivel de estudios de Proyecto drago es de Enseñanzas secundarias (32, 9%), seguido de Bachiller (27,6%) y enseñanza primaria (20,5%). Por otro lado, si se agrupan los estudios de enseñanzas primarias y enseñanzas secundarias se obtiene un resultado del 53,4% de la población total. Asimismo, se observa que, hay usuarios/as que no han terminado sus estudios primarios (5,2%), y también, usuario/as que no saben leer ni escribir con un 1,9%.

Tabla 5.1.7: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según situación laboral.

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja Con Contrato	68	32,4
Trabaja Sin Contrato	5	2,4
Desempleo	91	43,3
Incapacidad Permanente o Pensiones	44	21,0
Estudia u Oposita	2	1,0
Total	210	100,0

La situación laboral de los usuario/as se centra en el desempleo (43,3%), seguidos de los usuarios/as que trabajan con contrato (32, 4%). El 21% de ellos goza de una incapacidad permanente o una pensión, tanto contributiva como no contributiva. Si se agrupan los datos obtenidos entre las personas que trabajan con contrato y las personas que cobran por una incapacidad permanente o pensión se obtiene un porcentaje de 53,4%.

Tabla 5.1.8.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según ingresos económicos

Ingresos Económicos	Frecuencia	Porcentaje
Fijos	72	34,3
Eventuales	18	8,6
Subsidio por desempleo	19	9,0
Pensión Contributiva	29	13,8
Pensión No Contributiva	25	11,9
Ningún Ingreso	36	17,1
PCI	11	5,2
Total	210	100,0

La mayoría de los usuarios/as del proyecto cuentan con unos ingresos fijos (34,3%), seguidos de un 17,1% de los usuarios/as que no tienen ningún tipo de ingresos. Si se agrupan los datos de las pensiones contributiva y no contributiva se obtiene un porcentaje total de un 25,7%. Por último, cabe destacar que las personas del proyecto que reciben ingresos fijos, así como, una pensión contributiva asciende al 48,10% de la población. El 9% de los usuarios/as cuentan con un subsidio por desempleo.

Tabla 5.1.9.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según sus antecedentes familiares sobre el consumo de alcohol.

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	29	13,8
Padre	91	43,3
Madre	3	1,4
Hermano/a	43	20,5
Abuelo/a Materno	11	5,2
Abuelo/a Paterno	11	5,2
Tíos Paterno	13	6,2
Tíos Materno	8	3,8
NS/NC	1	0,5
Total	210	100,0

Si se tienen en cuenta los antecedentes familiares en relación al consumo de alcohol, se puede observar que, la mayoría de los usuarios/as poseen de antecedentes paternos (43,3%), seguidos del 20,5% de los antecedentes procedentes de los hermanos/as. El 13, 8% de los usuarios/as del proyecto no cuenta con antecedentes familiares relacionados con el consumo de alcohol.

Tabla 5.1.10.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según edad de inicio del consumo.

Edad Inicio Consumo	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual de 10 años	10	4,8
11 años	4	1,7
12 años	17	8,1
13 años	14	6,7
14 años	35	16,7
15 años	22	10,5
16 años	24	11,4
17 años	30	14,3
18 años	22	10,5
19 años	10	4,8
Mayor o igual de 20 Años	22	10,5
Total	210	100,0

Al observar los datos anteriores se puede extraer la conclusión que el consumo de alcohol de los usuarios del Proyecto DRago se produce antes de cumplir la mayoría edad;

concretamente, entre los 14 a los 18 años (63,4%), siendo los 14 años la edad más destacada con un 16, 7%. Por otro lado, se observa que a partir de los 18 años también es elevado el número de personas que prueban por primera vez la sustancia (25,8%).

Tabla 5.1.11.: Población atendida en Proyecto DRAGo, durante los años 2015 y 2016, según su diagnóstico.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Consumo abusivo	20	9,5
Dependencia	190	90,5
Total	210	100,0

La tabla anterior muestra como el 90,5% de las personas estudiadas presentan un diagnóstico de dependencia, es decir, sufren la enfermedad de dependencia alcohólica. El resto, un 9,5%, padece un consumo abusivo de la sustancia alcohólica.

Tabla 5.1.12.: Población atendida en Proyecto DRAGo, durante los años 2015 y 2016, según a situación en la que acude al proyecto.

Acude al proyecto	Frecuencia	Porcentaje
Decisión propia	9	4,3
Presión Familiar	64	30,5
Presión Laboral	10	4,8
Instituciones	26	12,4
SS.SS.	18	8,6
Atención Primaria	25	11,9
Hospitales	13	6,2
Otros Recursos Drogodependientes	39	18,6
Otros	6	2,9
Total	210	100,0

La tabla anterior, expone el porqué los usuarios/as han acudido al centro. Entre las razones señaladas, mayoritariamente, han acudido por la presión familiar con un 30,5%; seguidas por otros recursos drogodependientes (18,6%), refiriéndonos a UHD, CADs, etc. Por otro lado, el 12,4% acude a Proyecto DRAGo por presión de las instituciones, entendiéndose como ellas a Menores, o “CIS Mercedes Pinto”.

Tabla 5.1.13: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la convivencia en el domicilio.

Convivencia en el domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Solo	44	21,0
Familia Adquirida	102	48,6
Familia de Origen	27	12,9
Piso/Casa Compartida	11	5,23
Sin domicilio	1	0,5
Convive en Recursos de Cáritas	24	11,4
Otros	1	0,5
Total	210	100,0

En la tabla anterior, se puede observar que la convivencia que destaca son las personas que viven con su familia adquirida (48,6%), es decir, la familia que han formado. Por otro lado, el 21% de los mismos viven solos; seguidos de los que viven con su familia de origen con un 12,9%.

Tabla 5.1.14.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según los hermanos que tiene.

Hermanos	Frecuencia	Porcentaje
SI	191	91,0
NO	17	8,1
NS/NC	2	1,0
Total	210	100,0

En los datos escrutados anteriormente, se puede observar que, casi la totalidad de los usuarios/as cuentan con hermanos (91%). Solo el 8,1% de ellos no tiene hermanos.

Tabla 5.1.15.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según los hijos que tiene.

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	72,4
No	58	27,6
Total	210	100,0

Se puede observar que un 72,4% de los usuarios/as de Proyecto DRago tienen hijos, frente al 27,6% de los que no tienen hijos.

Tabla 5.1.16.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la relación familiar.

Relación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Buena	86	41,0
Mala	33	15,7
Regular	79	37,6
No existe relación	12	5,7
Total	210	100,0

En la tabla anterior se puede observar cómo un 41% de los usuarios cuentan con buena relación familiar, frente al 5,7% de los mismo que no tienen ninguna relación. También cabe destacar que el 37,6% tiene una relación regular con sus familiares. Si se agrupan algunos datos (Mala relación, regular o inexistente) se obtiene un porcentaje del 59% del total, lo cual supera la buena relación con la que cuentan el resto de los usuarios/as.

Tabla 5.1.17.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según su higiene personal.

Higiene personal	Frecuencia	Porcentaje
Si	194	92,4
No	16	7,6
Total	210	100,0

La mayoría de los usuarios de DRago presentan buena higiene personal (92,4%); frente al 7,6% de los que no presentan buena higiene.

Tabla 5.1.18.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según su patología orgánica.

Patología Orgánicas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna Patología	30	14,3
Infecciosas	6	2,9
Endocrinas	19	9,0
Neurológicas	15	7,1
Cardiovasculares	28	13,3
Hematológicas	2	1,0
Dermatológicas	4	1,9
ETS	3	1,4
Osteomusculares	43	20,5
Neumológicas	8	3,8
Urológicas	2	1,0
Ginecológicas	2	1,0
Otorrinolaringológicas	2	1,0
Alergias	3	1,4
Oftalmológicas	2	1,0
Otros	2	1,0
NS/NC	39	18,6
Total	210	100,0

En la tabla anterior, se puede observar las patologías orgánicas que presentan los usuarios/as del proyecto. La mayoría padecen patologías osteomusculares (20,5%), seguidas de las patologías cardiovasculares (13,3%). Algunos usuarios/as no presentan patologías (14,3%) y el 18,6% no tiene datos sobre ello.

Tabla 5.1.19.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según su patología psíquica.

Patología Psíquica	Frecuencia	Porcentaje
Afectivo	28	13,3
Ansiedad	14	6,7
Personalidad	52	24,8
Psicóticos	4	1,9
Retraso Mental	1	0,5
Trastornos por consumo de alcohol	54	25,7
Abuso otras sustancias	18	8,6
NS/NC	39	18,6
Total	210	100,0

La patología psíquica que presentan la mayoría de los usuarios/as está relacionada con el trastorno por consumo de alcohol (25,7%); seguido por trastornos de personalidad (24,8%) y trastornos afectivos con un 13,3%. El 18,6% de estas personas no tienen datos sobre ello. Más del 80% de los usuarios/as presentan algún tipo de patología psíquica.

5.2. PERFIL DEL FAMILIAR RESPONSABLE DE LOS USURIOS/AS DE PROYECTO DRAGO

A continuación, se exponen los resultados obtenidos sobre los familiares responsables. De 210 expedientes iniciales se analizarán 132 expedientes, ya que éstos son los usuarios /as que cuentan con la figura del familiar responsable.

Tabla 5.2.1.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, que cuenta con familiar responsable.

Familiar responsable	Frecuencia	Porcentaje
Si	132	62,9
No	78	37,1
Total	210	100,0

La mayoría de los usuarios/as de Proyecto DRago (un 62,9%), cuentan con un familiar responsable para el proceso de su tratamiento en el programa. El 37,1% restante no cuenta con un familiar responsable.

Tabla 5.2.2.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el sexo familiar responsable.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	19	14,4
Mujer	113	85,6
Total	132	100,0

Si se observa los datos de esta tabla se puede destacar que el sexo que más apoya al usuario/as y que se convierte en familiar responsables son las mujeres con un 83,6%, frente a los hombres con un 14,4%.

Tabla 5.2.3.: Población atendida en Proyecto DRAGo, durante los años 2015 y 2016, según la edad del familiar responsable.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25	5	3,8
26 – 35	13	9,8
36 – 45	28	21,2
46 – 55	40	30,3
56 – 65	23	17,4
Mayor de 65	23	17,4
Total	132	100

En relación a la edad del familiar responsable, se observa que, la franja a destacar es las edades comprendidas entre 46 y 55 años 30,3%, seguido de un 21,2% de la franja de 36 a 45 años. Por otro lado, si agrupamos las franjas de edad desde los 36 años hasta los 65 años se obtiene un porcentaje del 68,9% el cual señala que la mayoría de la población familiar se encuentra en estas franjas de edades.

Tabla 5.2.4.: Población atendida en Proyecto DRAGo, durante los años 2015 y 2016, según el parentesco del familiar responsable.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	16	12,1
Padre	3	2,2
Hijo/a	13	9,8
Amigo/a	2	1,5
Hermano/a	17	12,8
Pareja Mujer	68	51,5
Pareja Hombre	10	7,5
Otros	3	2,2
Total	132	100

En relación con el parentesco entre familiares, se obtiene que la pareja mujer con un 51,5% es la persona que más acompaña en el tratamiento al usuario/a. Seguidos de los hermanos (12,8%) y las madres (12,1%) respectivamente.

Tabla 5.2.5.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el estado civil del familiar responsable.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	23	17,4
Casado/a	80	60,6
Separado/a	21	15,9
Divorciado/a	1	0,7
Viudo/a	5	3,8
Convivencia en pareja	2	1,5
Total	132	100

Como se observa en la tabla anterior, el estado civil del familiar responsable en su mayoría es casados/as con un 60,6%. Seguido de los familiares responsables que son solteros (17,4%). En tercer lugar, se encuentran los separados/as con un 15,9%.

Tabla 5.2.6: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la situación laboral del familiar responsable del usuario de Proyecto DRago.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo con contrato	62	46,9
Trabajo sin contrato	8	6,0
Desempleo	15	11,3
Incapacidad permanente o Pensiones	23	17,4
Estudia u Oposita	9	6,8
Otros	1	0,7
No trabaja	14	10,6
Total	132	100

La situación laboral del familiar responsable que más destaca es “trabajo con contrato” con un 46,9%; frente a la “Incapacidad permanente o pensiones”, siendo estas contributivas o no contributivas, con un 17,4%. A esta situación laboral le sigue el

“desempleo” con un 11,3%. Por último, los familiares que no trabajan son un 6,7% del total.

5.3. RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESPECÍFICAS DEL ESTUDIO

El apoyo familiar en Proyecto DRago es la clave de esta investigación. La mayoría de los usuarios/as, como se expone en el epígrafe anterior, cuentan con un familiar responsable; destacan las mujeres, cuyo parentesco con el usuario/a es ser su pareja. También los usuarios/as cuentan con los hermanos/as o sus madres. Sin olvidar, que un 37,1% de los usuarios/as no cuentan con ningún apoyo. Una vez se conoce el perfil del familiar responsable, el estudio se centra en las personas que cuentan con apoyo familiar.

5.3.1 Apoyo familiar responsable

A continuación, se exponen los resultados en base al apoyo familiar con el que cuenta el usuario/a de Proyecto DRago, teniendo en cuanta algunas variables.

Tabla 5.3.1.1.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la disponibilidad horaria del familiar responsable.

Disponibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Mañanas	1	0,7
Tardes	32	24,2
Horario flexible	67	50,7
Horario no flexible	32	24,2
Total	132	100

En la tabla anterior, se puede observar como la mayoría de los familiares responsables tienen una disponibilidad “flexible” con un 50,7%; frente a un 24,2% de horario “no flexible” y disponibilidad solo de tarde.

Tabla 5.3.1.2.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la asistencia a las entrevistas por parte del familiar responsable.

Asistencia entrevistas	Frecuencia	Porcentaje
Asiste a todas las entrevistas	22	16,6
Asiste de forma regular	57	43,1
Asiste de forma intermitente	52	39,3
NS/NC	1	0,7
Total	132	100,0

La mayoría de los usuarios/as del servicio cuentan con un familiar responsable que asiste de forma regular a las entrevistas (43,1%). Frente a un 39,3% de familiares que acuden de forma intermitente o escasa al recurso.

Tabla 5.3.1.3.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la asistencia a grupos por parte de los familiares responsable.

Asistencia a terapias de grupo	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	11,3
No	116	87,8
No Recomendado	1	0,7
Total	132	100,0

En la tabla anterior se observa que un 87,8% de los familiares no acude a los grupos de terapias, bien porque no han terminado el tratamiento para poder acudir o no han llegado a esta fase. Solo el 7,1% de los familiares si ha acudido a los grupos de terapias.

5.3.2. Nivel de compromiso del familiar responsable

En este apartado se exponen los resultados obtenidos para poder medir el nivel de compromiso del familiar responsable. Esto se llevará a cabo teniendo en cuenta variables como el control de la medicación, el aviso de indicio de consumo o el número de aviso de los mismos.

Tabla 5.3.2.1: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el control de medicación por parte del familiar responsable.

Control de medicación	Frecuencia	porcentaje
Si Realiza Control	80	60,6
No Realiza Control	52	39,4
Total	132	100

En la tabla anterior se observa que la mayoría de los familiares de los usuarios/as de Proyecto DRago, sí realizan el control de la medicación (60,6%); frente al 39,4% de los familiares que no realizan el control.

Tabla 5.3.2.2.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según si el familiar comunica si existe indicio de consumo.

Comunicación consumo	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	31,8
No	89	68,1
Total	132	100

En relación a la comunicación por indicio de consumo, la mayoría de los familiares responsable no comunican el indicio de recaídas (68,1%); frente a un 31,8% de los familiares que sí comunican la recaída.

Tabla 5.3.2.3.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el número de avisos de consumo por parte del Familiar responsable.

N.º Avisos	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3	37	28,0
4 - 7	5	3,8
8 - 11	1	0,7
>11	4	3,0
No avisa	85	64,3
Total	132	100

En relación al número de avisos del familiar responsable se observa que el 64,3% no avisa, frente a un 28,3% que avisa de una a tres veces.

Tabla 5.3.2.4.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la realización de actividades de ocio y tiempo libre el familiar responsable y el usuario/a de Proyecto DRago.

Actividades ocio	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	79,5
No	27	20,4
Total	132	100

Tabla 5.3.2.5.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el tipo de actividades de ocio y tiempo libre el familiar responsable y el usuario/a de Proyecto DRago.

Tipo actividad ocio	Frecuencia	Porcentaje
Ir al Cine	6	4,5
Salir a pasear	40	30,3
Ir a Almorzar/Cenar	18	13,6
Salir con los amigos	12	9,1
Actividades deportivas	6	4,5
No realiza	27	20,4
Viajar	9	6,8
Pescar	1	0,7
Ir a la Playa	13	9,8
Total	132	100

En las dos tablas anteriores, se observa como la mayoría de los familiares responsable si realizan actividades de ocio con el usuario/a (79,5%). Destacando como tipo de actividad realizada “salir a pasear” con un 30,3%; seguida del no realiza con un 20,4%.

Tabla 5.3.2.6.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según la realización de actividades cotidianas el familiar responsable y el usuario/a de Proyecto DRago.

Actividades cotidianas	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	70,4
No	39	29,5
Total	132	100,0

Tabla 5.3.2.7.: Población atendida en Proyecto DRago, durante los años 2015 y 2016, según el tipo de actividades cotidianas el familiar responsable y el usuario/a de Proyecto DRago.

Tipo actividad cotidiana	Frecuencia	Porcentaje
Cocinar	16	12,1
Lavar ropa	1	0,7
Hacer la compra	5	3,7
Tirar la basura	6	4,5
Otros	1	0,7
No realiza	38	28,7
Recoge su habitación	2	1,5
Arreglos del hogar	20	15,1
Todas las actividades necesarias a realizar	38	28,7
Jardines y Huertos	5	3,7
Total	132	100

Respecto a las dos tablas anteriores, los familiares y los usuarios/as si realizan actividades cotidianas (70,45%). Algunas de las actividades a destacar son: “Todas las actividades necesarias a realizar” con un 28,7%; “arreglos del hogar” con un 15,1% y, por último, “cocinar” con un 12,1%

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En primer lugar, haciendo alusión a los datos obtenidos, se puede decir que el perfil del alcoholdependiente en Proyecto DRago es el siguiente: hombres (77,6%), de edad comprendida entre los 46 y 55 años (35,2%), de nacionalidad española (88,10%), estado civil casado (29,5%) o soltero (28,6%) y cuyo nivel de estudios se centra en la enseñanza secundaria (32,9%) o el bachillerato (27,6%). La situación laboral, es preferentemente, de desempleado (43,3%), aunque percibe algún tipo de ingreso fijo (34,3%). Los autores Dávila, Dávila, Jurczuk, Melgar y Romero (2008) aseguran que los hombres sufren dependencia alcohólica, por lo que coincide con el estudio sobre el perfil de Proyecto DRago.

El diagnóstico de estos usuarios/as, casi en su totalidad, es de dependencia alcohólica, la cual, se diagnostica como una enfermedad. Un 43,3% de los usuarios/as cuenta con antecedentes familiares paternos referidos al alcohol. Esto también podría explicar la edad de inicio en el consumo de alcohol, que se encuentra entre los 14 y 17 años, siguiendo pautas y conductas de imitación. Así mismo, los resultados muestran que las personas alcoholdependientes tienen una situación familiar buena (41%), esto también puede influir en que los usuarios/as acudan al centro, por la presión familiar (30,5%) que pueden causar sus familiares.

Apoyando la idea anterior, la AETS (2002), confirma que los factores biológicos influyen en que una persona pueda ser dependiente o no al alcohol, así como, los factores psicológicos, sociales, ambientales y genéticos. Estos factores pueden incrementar que una persona que tiene un consumo abusivo de alcohol derive en ser, en un periodo de tiempo, una persona alcoholdependiente. Asimismo, Casas y Gossop (1993, s.r.f. Torrecillas, Bulas, Arroyo y Ramírez, 2005), coinciden con lo anterior. Indican que el consumo de drogas tiene relación con la socialización de los jóvenes, donde el papel de la familia es fundamental en este proceso. Aseguran que es en este mismo contexto, donde se comienzan a adquirir las creencias, los valores y los hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol. Este contexto posee factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias (inicio del consumo, mantenimiento del consumo y demanda de tratamiento), por lo tanto, la familia causa, una presión familiar que influye en la decisión de abandonar el consumo de alcohol.

Como Oliva y Villa (2014) señalan, la familia se entiende (entre otras cosas) como la capacidad de cada uno de sus miembros de sentirse parte del otro dividiendo penas y dolores. Es por ello, que el perfil del familiar responsable, cobra vital importancia en la recuperación y proceso del tratamiento del alcoholdependiente. En este caso, el 62,9% de los participantes en el estudio cuentan con la figura del familiar responsable. Es importante que los alcoholdependientes cuenten con el apoyo familiar, ya que Levy (1972) en uno de sus estudios sobre los adictos, señala que los sujetos superaban el hábito porque contaban con el respaldo de la familia. Así también, lo hace saber Booth (1992), que destaca que los drogodependientes que cuentan con el apoyo familiar en el tratamiento aumentarán su autoestima y autoeficacia y no abandonan el tratamiento. Zapata (2009), apoya esta idea, porque la familia debe convertirse en un soporte importante para tratar esta problemática, formando parte desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa. Después de que los autores anteriormente mencionados apoyen los resultados obtenidos en este informe, cabe añadir que se cumple la primera de las hipótesis, en ella se enuncia que los usuarios de Proyecto DRago cuentan con apoyo familiar.

El perfil del familiar responsable con el que cuentan los usuarios/as de Proyecto DRago puede resumirse de la manera siguiente: mujeres (85,6%) en edades comprendidas entre los 46 y 55 años (30,3%) cuyo estado civil es casada (60,6%) (esto se corresponde con que las mujeres casadas (51,1%) son las que más apoyan a sus parejas, seguido de hermanos/as (12,8%) y en tercer lugar las madres (12,1%) y que cuentan con una situación laboral estable (46,9%).

Se pueden contemplar dos de las hipótesis planteadas anteriormente, la primera de las hipótesis conforta que las personas que apoyan a los/las usuarios/as en su tratamiento, suelen ser en su mayoría mujeres (independientemente del parentesco). La siguiente de las hipótesis plantea que las madres de las personas usuarias de Proyecto DRago, son fundamentalmente en su mayoría las que apoyan a los alcoholdependientes. Esta segunda hipótesis no se cumple, ya que el parentesco que más presta apoyo al alcoholdependiente son sus parejas (mujeres) en un 51,1%. Esto puede ser posible porque son personas que superan en su mayoría el rango de edad de 46 y 55 años y su estado civil es casados/as, por lo tanto, el apoyo más obvio sería el de su familia adquirida la cual debe de estar formada por su pareja mujer y/o hijos. Por ello, la mayoría de los usuarios/as que cuentan con apoyo lo hacen de la mano de su pareja mujer y no de su madre como se planteaba, primeramente. Una de las cosas que sorprende de los datos es como el sexo se impone en los resultados, ya que se observa como el sexo mujer apoya más a su familiar que el sexo hombre. Esto puede ser posible por la mentalidad, porque no lo ven como una enfermedad o por temas culturales, ya que, se suelen dejar ciertas tareas para el manejo y desarrollo de la mujer. Por ello, se cree necesario que, en un futuro, se investigue sobre esto, para poder profundizar más sobre el género en la

alcoholdependencia y el apoyo familiar y así conocer el porqué de que los hombres no se involucren tanto como las mujeres.

El familiar responsable debe estar involucrado, debe acudir a las citas con regularidad y mostrar interés en cuanto a la evolución de su familiar. Con los datos extraídos se observa como el 43,1% de los familiares acuden de forma regular a las entrevistas y que tienen una disponibilidad horaria flexible para poder acudir (50,7%). Estos datos señalan que la mayoría de los familiares responsables acuden a las citas y apoyan a su familiar, con lo cual cumple con la hipótesis que exponía que los usuarios/as de Proyecto DRago, que cuentan con apoyo familiar, acuden regularmente a las citas con las profesionales. Pero también existen otros datos que no contribuyen al apoyo familiar en su totalidad. Por ejemplo, se puede observar que la mayoría de los familiares no comunica el indicio de consumo (68,1%) por lo tanto el porcentaje de no avisar al equipo interdisciplinar de este riesgo asciende a un 64,3%, también la asistencia a terapias de grupos, donde el 87,8% de los familiares responsable no acudir a las mismas. Esto se puede suceder, primeramente, porque se encuentran en las primeras fases del tratamiento y todavía no están preparados para ser derivados a los grupos o, porque el propio familiar no quiere acudir a los mismo, es decir, también hay que tener en cuenta que depende de los límites del propio familiar y de hasta dónde quiere involucrase.

Por otro lado, estos datos hacen que sea difícil entender que el familiar se encuentre involucrado en el apoyo del usuario/a, pero que, a su vez, no sea capaz de avisar de los indicios de consumo que han aparecido. También destaca, de forma negativa, que los familiares no acudan a los grupos de terapias, lo cual les ayudaría a hacer frente a esta situación y que adquieran técnicas y herramientas necesarias para este día a día. Por ello, se cree que aquí puede haber dos vertientes: la primera de ellas es que el familiar solo es un apoyo básico, es decir, de acompañar a citas y entrevistas, pero después fuera del centro no presta la atención necesaria que su familiar alcoholdependiente necesita, tampoco a las recaídas que puedan surgir ni en las mejoras que puede experimentar su familiar. Una segunda vertiente, se puede encontrar con que la comunicación es escasa entre el familiar y el equipo interdisciplinar, lo cual puede ser ocasionado porque el familiar no preste el interés suficiente o no tenga la confianza necesaria con el equipo, entre otras.

Los datos también nos aportan como el familiar colabora con el control de la medicación en un 60,6%. Esto sirve para comparar el nivel de compromiso del familiar, el cual se plantea en uno de los objetivos, pues tanto el control de la medicación como el aviso de consumo son importantes para saber si se encuentra involucrado o no en este proceso.

Zapata (2009), apoya este punto de vista añadiendo varias pautas. La primera de ellas es que el familiar debe estar involucrado en su totalidad desde el primer momento y estar participativo en todas las fases, contando con el indicio de consumo. También reconoce que la familia debe estar instruida de cómo saber identificar una recaída y que tomen partido sobre la misma, así como prevenirlas. Identificar situaciones de alarma para prevenir recaídas, incluso a manejar herramientas para saber cómo actuar en caso de que se diesen nuevos episodios de consumo.

Como se ha indicado anteriormente, se cumple una de las hipótesis, pero, también se cuentan con varias vertientes de investigación, ya que se han planteado varias dudas y se cree necesario una investigación que pueda profundizar más sobre ellas. Ya que, por los datos obtenidos, se refleja que se puede tener un familiar responsable pero después, su nivel de compromiso o de apoyo al familiar, varía tanto que, entre otras cosas, no preste atención a las recaídas, ni acuda a los grupos de terapias, pero si controle su medicación. No se considera lógica esta forma de actuación del familiar, ya que, como asegura Oliva y Villa (2014), la familia debe dividir las penas y dolores, así como también compartir aspiraciones.

Prestando atención a los datos se puede observar la participación entre el familiar y el/la usuario/a en actividades de ocio y tiempo libre. En un 79,5% se realiza actividades de ocio y tiempo libres con los familiares, de los cuales el más que destaca es ir a pasear en un 30,3%, seguido de salir a almorzar/cenar con un 13,6%. Esto aporta que el familiar y el usuario pasan tiempo juntos, refuerzan sus carencias, fortalecen la confianza mutua y se conocen mejor. Esto es importante en el tratamiento, así el usuario cuanto más tiempo pasa con su familiar más confianza deposita en él y mejor es la relación para poder estar en un tratamiento de desintoxicación y deshabituación. Este apego que se consolida día tras día por la realización de actividades de ocio y tiempo libre hace que el familiar vea capaz al usuario/a de seguir con el proceso, lo observe como una persona autónoma y así aumentar su confianza, Zapata (2009) refuerza esta postura.

También se observan los datos de las actividades cotidianas, donde se puede contemplar que, si realizan actividades cotidianas en un 70,4%, de los cuales el 12,1% prefiere llevar a cabo los arreglos de la casa, como por ejemplo, cambiar bombillas, arreglar cables o enchufes, y el 28,7% realiza todas las tareas del hogar que sean necesarias. Esto quiere decir que entre familiar y usuario/a se reparten las tareas, colaboran y se ayudan mutuamente en las labores del hogar. Esto es necesario para el avance y la mejora del usuario/a respecto a su problemática.

Por otro lado, Puyol y Tosco (2007), hablan de que el apoyo familiar es una parte fundamental de la persona, tanto de forma social como en la educación o el apoyo socio – afectivo. Esto también apoya lo mencionado anteriormente, pues si la persona alcoholdependiente cuenta con un buen apoyo socio – afectivo será más participativo y estará más involucrado a la hora de realizar ciertas actividades. Los resultados expuestos

también afirman que se cumple la última de las hipótesis, la cual expresa que la familia presenta un refuerzo positivo en la conducta del alcoholdependiente. Como se asegura en los párrafos anteriores, el realizar actividades de ocio y tiempo libre y las actividades cotidianas hace que la familia tenga confianza en el usuario/a y lo vea capaz de realizar ciertas tareas, así como, ser una persona autónoma.

Como conclusión final, se refuta que el familiar esté involucrado con el centro, ya que los profesionales necesitan estar informados de todos los aspectos que afecten tanto positiva como negativamente al usuario/a. Se debe conocer que esto no será posible si la comunicación entre el centro y el familiar es escasa, y por ello, el programa puede aportar herramientas para que el familiar se involucre y fortalezca su confianza, y así, exista una comunicación fluida, la cual precisa ir acompañada de una retroalimentación las partes, para poder mejorar el bienestar del alcoholdependiente y que llegue al final de su tratamiento de manera óptima.

Hay que tener en cuenta que el familiar cumple un papel muy importante en el tratamiento biopsicosocial de la persona alcoholdependiente y por ello es necesario que el familiar se implique. Por lo que puede adquirir técnicas y herramientas para el proceso por el que va a pasar, así como, la habilidad y la destreza de informar al centro de cualquier cambio que presente su familiar alcoholdependiente.

Es necesario que el familiar identifique los cambios que experimenta el usuario/a por muy pequeños que sean. Por ello, se recomienda que pase el mayor tiempo posible con el/ella, realizando actividades, tareas y apoyando en su proceso de recuperación. Para que esto sea posible, y que el familiar pueda hacer frente a esta situación, debe apoyarse en el centro. Así, ambos (centro y familiar responsable), podrán conseguir que el alcoholdependiente se recupere y cuente con bienestar social. Por otro lado, si el familiar responsable se apoya y confía en el centro también puede ser beneficioso para él/ella. Ya que puede encontrar en el mismo un apoyo incondicional, un lugar donde acudir en situaciones de desespero, temor, rendimiento y poder encontrar una ayuda y solución para las trabas del camino. Ellos/as también necesitan una red de apoyo. Por último, para que el familiar responsable puede hacer frente, el centro le facilitará tácticas, habilidades, herramientas y destrezas para que consiga enfrentarse a esta situación que la vida le presenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2002). *Evaluación de algunas estrategias en el tratamiento de la dependencia alcohólica* (Informe N.º 35) Madrid.
- Alonso – Fernández, F. (1992). *Alcoholdependencia, personalidad del alcohólico*. Barcelona: Científicas y técnicas.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Lumen.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. EE. UU: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Cabrera, R. y Torrecillas, J. (Coords.) (1998). *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Cauce.
- Dávila, E.; Dávila, E.; Jurczuk, I.; Melgar, E. y Romero, A. (2008). Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. *Alcmeon*, 14(3) pp. 20 – 29. Recuperado de: https://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf
- Díaz, A. (2001). *Hablamos de alcoholismo*. Madrid: San Pablo.
- Fernández, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34(7), 659 – 664.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (1998). *Drogas: Conocer y Prevenir*. Madrid: Venali.
- Gobierno de Canarias (1998). *Ley 9/1998 del 22 de Julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias*. Publicado en *Boletín oficial del Estado* No. 198, 19 de agosto de 1998. España.
- Gradillas, V. (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Aljibe.
- Guardia, J.; Becoña, E.; Flórez, G. y Bustos, T. (2013). Etiopatogenia: Factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo. En Pascual, F.; Guardia, J.; Pereiro, C. y Bobes, J. (2013). *Alcoholismo: Guía clínica Socidrogalcohol* (pp. 26 - 31). Barcelona: Saned.
- Hernández, E. (2014). *Metodología de la dinamización comunitaria*. Madrid: CEP.
- Instituto Canario de Estadísticas (2015). *Media y desviación típica de la edad de inicio del consumo de alcohol en población de 16 y más años que bebe alcohol al menos 1 vez a la semana según sexos o grupos de edad*. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
- Instituto Canario de Estadísticas (2015). *Población de 16 y más años según frecuencia de consumo de alcohol, sexos y grupos de edad*. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>

- Instituto Canario de Estadísticas (2015). *Población de 16 y más años según tipos de bebedores, sexos o grupos de edad*. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
- Instituto Canario de Estadísticas (2015). *Población de 16 y más años según tipos de bebedores y clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia*. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
- Instituto Canario de Estadísticas (2015). *Población de 16 y más años según frecuencia de consumo de alcohol por comarcas*. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
- Lizasoain, I.; Martín, M. y Ladero, M. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Médica Panamericana.
- López, D. y Ordóñez, M. (2011). *La Vida en Familia*. *Deposito Académico Digital Universidad de Navarra*. Recuperado de: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/23649/1/Lopez%20y%20Odo%C3%B1ez%20LA%20VIDA%20EN%20FAMILIA.pdf>
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Ladero, J.; Leza, J.; Lizasoain I. y Lorenzo P. *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. (1 – 25) Madrid: Médica Panamericana.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Encuesta Europea de la Salud en España (ESEE) (2014)*. Recuperado de: http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanía (2015). *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Ochoa, E.; Madoz – Gúrpide, A. y Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55(214), pp.26 – 40. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003&lng=es&tlng=es.
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juriss*, 10(1), 11-20. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169285712014000100002&lng=en&tlng=
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.

- Pascual, F. y Velasco, A. (2012). *Aproximación al tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Fare.
- Peraza, M. y Martín, L. (Coords.) (2007). *La familia ante el problema de las drogodependencias*. Tenerife: Litografía Romero.
- Pichot, P.; López – Ibor, J. y Valdés, M. (Coords.) (1995). *DSM – IV – TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en adolescente. *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 251-266. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271998000300010&lng=es&tlng=es
- Puyol, B. y Tosco, P. (2007a). Conceptos básicos sobre las drogas. En Peraza, M. y Martín, L. (Coords.) *La familia ante el problema de las drogodependencias*. (pp. 123 – 129) Tenerife: Litografía Romero.
- Puyol, B. y Tosco, P. (2007b). Funciones de la familia de hoy. En Peraza, M. y Martín, L. (Coords.) *La familia ante el problema de las drogodependencias*. (pp. 437 - 445) Tenerife: Litografía Romero.
- Rodrigo y Palacios (1998). *Familia y desarrollo humano*. España: Alianza.
- Sánchez, L.; Pérez, B.; Castellano, M. y Del Río, C. (2003). Epidemiología del alcoholismo: prevalencia y patrones de consumo. En García, E., Medieta, S., Cervera, G. y Fernández, J., *Manual SET del Alcoholismo* (pp. 50 - 88). Madrid: Médica Panamericana.
- Santos, G.; Pulido, R.; Donaire, J. y Santos, J. (2011). *Protocolo de atención a familias de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Extremadura: Artes gráficas Rejas.
- Saunders, J. y Janca, A. (2003). Delirium Tremens: su etiología, historia natural y tratamiento. *Revista de Toxicomanías*. (36) pp. 11 – 16. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET36_2.pdf
- Torrecillas, F.; Bulas, M.; León - Arroyo, R. y Ramírez, I. (2005). El apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), pp. 241 – 249. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1293240>
- Trujillo, F. (2007). Alcoholdependencia. En Peraza, M. y Martín, L. *La familia ante el problema de las drogodependencias*. (pp. 133 – 144). Tenerife: Litografía Romero.
- Unidad de Promoción y Desarrollo (UPD) (2013). *Prevención sobre drogadicción*. Recuperado de: http://www.diputaciondehuelva.net/contenidos/3632_upd-rodem-progres
- Vielva, I., Pantoja, L. y Abeijón, J. (2001) *Las familias y sus adolescentes ante las drogas* (pp. 20 - 38). Bilbao: Artes gráficas Rontegui.

- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción de las drogas. *CES Psicología*, 2 (2), pp. 86 – 94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3179993>

ANEXOS 1: ficha de recogida de información

FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	
USUARIO N.º EXP:	
SEXO	
Hombre	
Mujer	
EDAD	
Menor de 25	
26-35	
36-45	
46-55	
56-65	
Mayor de 65	
NS/NC	
NACIONALIDAD	
EXTRANJERO (especificar)	
ESPAÑOLA	
NS/NC	
LUGAR DE NACIMIENTO	
DOMICILIO ACTUAL	
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	
Casado/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	
Convivencia en pareja	
NS/NC	
CONVIVENCIA EN EL DOMICILIO	
Solo	
Familia adquirida	
Familia de origen	
Piso/Casa compartida	
Familia Acogida	
Sin domicilio	
Convive en recursos de caritas	
Otros (especificar)	
NS/NC	

ESTUDIOS	
No sabe leer ni escribir	
Enseñanza Primaria	
Enseñanza Secundaria	
Bachillerato	
Estudios medios o Superiores (FP)	
Estudios Universitarios	
Sin Estudios	
Otros (especificar)	
NS/NC	
INGRESOS ECONÓMICOS	
Fijos	
Eventuales	
Subsidio por desempleo	
Pensión Contributiva	
Pensión No Contributiva	
Ningún ingreso	
Otros (especificar)	
NS/NC	
SITUACIÓN LABORAL	
Trabajando con contrato	
Trabajando sin contrato	
Desempleo	
Incapacidad Permanente o pensiones	
Baja Laboral	
Estudia o oposita	
Otros (especificar)	
NS/NC	
PATOLOGÍAS ORGÁNICAS	
Ninguna/No sufre patologías	
Infecciosas	
Endocrino	
Neurólogo	
Cardiovasculares	
Hematología	
Dermatología	
ETS	
Osteomuscular	
Neumólogo	
Urología	
Ginecología	
Otorrinolaringólogo	
Alergias	
Oftalmología	
Otros	
NS/NC	

PATOLOGÍAS PSÍQUICAS	
No sufre patologías	
Afectiva	
Ansiedad	
Personalidad	
Alimentación	
Psicóticos	
Retraso mental	
Juego Patológico	
Tentativa de Suicidio	
Trastornos por consumo de alcohol	
Abuso otras sustancias toxicas	
NS/ NC	
TTIENE HERMANOS/AS	
Si	
No	
NS/NC	
TIENE HIJOS/AS	
Si	
No	
NS/NC	
CÓMO ACUDE AL SERVICIO	
Decisión personal	
Presión familiar	
Presión laboral	
Instituciones	
Servicios Sociales	
Atención Primaria	
Hospitales	
Otros recursos Drogodependientes	
Otros (especificar)	
NS/NC	
ASISTENCIA A ENTREVISTAS	
Asistencia a Todas	
Asistencia Regular	
Asistencia Intermitente	
NS/NC	
ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES	
Si	
No	
NS/NC	
APOYO FAMILIAR	
Si	
No	
NS/NC	

ANTECEDENTES ALCOHÓLICOS FAMILIARES	
Ninguno	
Padre	
Madre	
Hermano/a	
Abuelo/a Materna	
Abuelo/a Paterno	
Tíos Paternos	
Tíos Maternos	
NS/NC	
¿CÓMO ES LA RELACIÓN FAMILIAR?	
Buena	
Regular	
Mala	
No existe relación	
NS/NC	
CONTROL DE RECAÍDAS	
Ninguna	
0 – 3	
4 – 7	
8 – 11	
Más de 11	
NS/NC	
¿TIENE FAMILIAR RESPONSABLE?	
Si	
No	
NS/NC	
SEXO FAMILIAR RESPONSABLE	
Hombre	
Mujer	
EDAD FAMILIAR RESPONSABLE	
Menor de 25	
26-35	
36-45	
46-55	
56-65	
Mayor de 66	
NS/NC	
PARENTESCO FAMILIAR RESPONSABLE	
Madre	
Padre	
Hijo/a	
Hermano/a	
Pareja Mujer	
Pareja Hombre	

Amigo/a	
Otros (especificar)	
NS/NC	
ESTADO CIVIL FAMILIAR RESPONSABLE	
Soltero/a	
Casado/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	
Convivencia en pareja	
NS/NC	
SITUACIÓN LABORAL FAMILIAR RESPONSABLE	
Trabajando con contrato	
Trabajando sin contrato	
Desempleo	
Incapacidad Permanente	
Pensionista	
Labores del Hogar	
NS/NC	
ESTUDIOS FAMILIAR RESPONSABLE	
No sabe leer ni escribir	
Enseñanza Primaria	
Enseñanza Secundaria	
Bachillerato	
Estudios Medios o Superiores (FP)	
Estudios Universitarios	
Sin Estudios	
NS/NC	
INGRESOS ECONÓMICOS FAMILIAR RESPONSABLE	
Fijos	
Eventuales	
Subsidio por desempleo	
Pensión Contributiva	
Pensión No Contributiva	
Ningún ingreso	
Otros (Especificar)	
NS/NC	
DISPONIBILIDAD HORARIA FAMILIAR RESPONSABLE	
Mañanas	
Tardes	
Horario Flexible	
Horario No Flexible	
NS/NC	
ASISTENCIA A ENTREVISTAS FAMILIAR RESPONSABLE	
Asistencia a Todas	
Asistencia regular	

Asistencia Intermitente	
NS/NC	
ASISTE A TERAPIAS DE GRUPO FAMILIAR RESPONSABLE	
Si	
No	
No se ha recomendado	
NS/NC	
CONTROL DE MEDICAMENTOS FAMILIAR REPSONSABLE	
Si realiza el control	
No realiza el control	
Otros (especificar)	
NS/NC	
COMUNICA INDICIO DE CONSUMO FAMILIAR RESPONSABLE	
Si	
No	
NS/NC	
N.º DE AVISOS DE INDICIOS DE CONSUMO FAMILIAR RESPONSABLE	
REALIZA ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE CON EL FAMILIAR RESPONSABLE	
Si	
No	
NS/NC	
TIPO DE ACTIVIDAD DE OCIO Y TIEMPO LIBRE CON EL FAMILIAR RESPONSABLE	
Ir al cine	
Salir a pasear	
Ir a almorzar/cenar	
Salir con los amigos	
Actividades deportivas	
Viajar	
Otros (especificar)	
NS/NC	
REALIZA ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FAMILIAR RESPONSABLE	
Si	
No	
NS/NC	
TIPO DE ACTIVIDAD COTIDIANA QUE REALIZA CON EL FAMILIAR RESPONSABLE	
Limpiar	
Planchar	
Cocinar	
Lavar la ropa	
Hacer la compra	
Tirar la basura	
Arreglos del hogar	
Todas las actividades necesarias a realizar	
Jardines y Huertas	

Recoger su habitación	
No Realiza	
Otros (especificar)	
NS/NC	