

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo de Fin de Grado

“El apoyo familiar en el
tratamiento de personas
alcoholdependientes”

Autora: Triana Aguirre Delgado

Tutora: Berta Puyol Lerga

Fecha de presentación: 25 de junio de 2015

Índice

INTRODUCCIÓN	3
1- JUSTIFICACIÓN	4
2- MARCO TEÓRICO	7
2.1- EL ALCOHOLISMO	7
2.1.1- El alcohol y sus efectos inmediatos en el organismo.	8
2.1.2- Riesgos y consecuencias del consumo de alcohol	10
2.2- LA ATENCIÓN A PERSONAS ALCOHOLDEPENDIENTES.	14
2.2.1- El circuito terapéutico y los programas de tratamiento a	14
drogodependientes	14
2.2.2- El tratamiento biopsicosocial	15
2.2.3- Fases del tratamiento	15
2.2.4- El trabajador social en el ámbito de las drogodependencias	17
2.3- LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO.....	20
2.3.1- La familia y sus funciones.....	20
2.3.2- Intervención de la familia durante el tratamiento.....	22
3-OBJETIVOS	26
3.1- OBJETIVO GENERAL	26
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4-MÉTODO	27
4.1- CARACTERÍSTICAS GENERALES	27
4.2- HIPÓTESIS	28
4.3- VARIABLES	30
4.4- POBLACIÓN	30
4.5- TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	31
4.6- TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	31

5- RESULTADOS	31
5.1- RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS SIN APOYO	31
FAMILIAR ATENDIDAS EN PROYECTO DRAGO	31
5.2- RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS CON APOYO	38
FAMILIAR ATENDIDAS EN PROYECTO DRAGO	38
5.3- RESULTADOS DE LOS/LAS FAMILIARES RESPONSABLES DEL	45
TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS USUARIAS ATENDIDAS	45
EN PROYECTO DRAGO.....	45
6- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
7- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXO I: Instrumento de recogida de información de las personas usuarias.....	61
ANEXO II: Instrumento de recogida de información de los familiares	64

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta aborda el tratamiento de desintoxicación y deshabituación de alcoholdependientes y se enfoca concretamente en la familia como punto de apoyo durante el proceso. Se ha llevado a cabo en la Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD) Proyecto DRAGo, donde se ofrece atención médica, psicológica y social a todas las personas que tengan trastornos por consumo de alcohol.

El documento está dividido en epígrafes diferenciados donde se recogen las claves para el desarrollo del estudio, desde los aspectos teóricos hasta los resultados y conclusiones del mismo.

En primer lugar, la justificación señala aquellos argumentos que respaldan la elección del tema, así como las razones que avalan el estudio. El segundo apartado muestra la información publicada sobre la alcoholdependencia con la que se ha confeccionado el marco teórico, procedente de diferentes fuentes y que se articula en tres ejes fundamentales: el alcoholismo, la atención a las personas alcoholdependientes y la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento.

En el tercer apartado se formula el objetivo general y los específicos que se pretenden alcanzar con la realización del estudio. A continuación, se detalla el método, indicando el tipo de investigación, hipótesis, población, y las técnicas de recogida y análisis de datos.

Los resultados se presentan en forma de tabla y de manera diferenciada, primero los datos referidos a las personas usuarias que no han tenido apoyo familiar durante el tratamiento, luego las personas usuarias que si lo tuvieron y por último la información referida a los familiares responsables de este acompañamiento.

En la discusión de resultados y conclusiones se contrastan de manera detallada, las hipótesis planteadas con los datos obtenidos en el estudio y por último se presentan las conclusiones más relevantes fruto de la investigación.

1- JUSTIFICACIÓN

El ámbito de las drogodependencias preocupa, y así lo demuestra la existencia del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías que realiza y coordina, en el territorio español, las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos de Autonomía. Su función principal es ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación, tendencias y características del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en España.

Para ello emplea diferentes metodologías de recogida de datos y varias fuentes. La información, una vez analizada y contextualizada, debe servir de apoyo para que los responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores puedan tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos (Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías, 2015).

A raíz de toda esta preocupación se han puesto en marcha diferentes planes de actuación. A nivel nacional, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como iniciativa gubernamental creada el año 1985, que trabaja en la recogida, análisis de datos y difusión de la información, principalmente de carácter epidemiológico sobre el consumo de drogas. Además coordina y favorece las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

A nivel autonómico, el III Plan Canario sobre Drogas es un instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias. Establece que en los últimos años se ha extendido el consumo o el uso de drogas, en especial el uso compulsivo de alcohol en fines de semana y el uso de cannabis y cocaína, variando los patrones y las formas de consumo. Han descendido las edades de inicio en su experimentación, la disminución de la percepción de riesgo de su uso y su integración casi de manera normalizada en nuestra sociedad (Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, 2015).

Además en Canarias existe una amplia red de recursos de atención a las drogodependencias que responden a tipologías diferentes en función de su régimen de estancia, localización, tratamiento...etc., con el objetivo principal de desintoxicar y deshabituarse a la persona con problemas derivados del consumo de drogas. Dentro de los mismos podemos distinguir entre los siguientes centros y servicios: las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), las Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias (URAD), Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias (USAD) y Programas en Centros Penitenciarios (Servicio Canario de Salud, 2015).

Es necesario saber que según la Organización Mundial de la Salud, droga “es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 2015, p.34).

Dentro de la amplitud del ámbito de las drogodependencias, este trabajo se centrará exclusivamente en el alcohol y según el Observatorio Español de Drogas y Toxicomanía, en su informe estadístico de 2013, la prevalencia del consumo de esta sustancia en España es:

Cuadro 1: Prevalencia del consumo de alcohol en España.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA EN LA POBLACIÓN DE 15 -64 AÑOS (1995-2011)									
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Consumo de alcohol alguna vez en la vida		90,6	87,3	89	88,6	93,7	88	94,2	90,9
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6
Consumo de alcohol en los últimos 30 días		63	61,8	63,7	64,1	64,6	60	63,3	62,3
Consumo diario de alcohol		12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11	10,2

Fuente: Elaboración propia extraído del Observatorio Español de Drogas y Toxicomanía (2015).

El alcohol al ser una droga, es susceptible de crear dependencia por lo que se hace imprescindible su tratamiento de desintoxicación, entendido como el procedimiento clínico de retirada (abstinencia) de la sustancia y de deshabitación de la misma.

En lo que se refiere al interés de esta investigación, dentro de los criterios para evaluar la utilidad de un estudio encontramos, adaptados de Ackoff y Miller (1977), la conveniencia, la relevancia social, las implicaciones prácticas, el valor teórico y la utilidad metodológica.

Como ha quedado reflejado, las drogas y la drogadicción es un tema que ha preocupado a lo largo de los años, tanto a nivel nacional como autonómico, en Canarias. Con esta investigación se verán beneficiados tanto pacientes en tratamiento como familiares de personas con problemas derivados del consumo de alcohol.

En el ámbito más práctico del tratamiento, se podrían realizar mejoras en la intervención social con la familia del/la paciente, lo que conllevará a aumentar el éxito en los tratamientos. En el campo teórico se pueden ampliar los conocimientos sobre la importancia de la familia en el tratamiento de desintoxicación y deshabitación del/la dependiente alcohólico, a través del estudio estadístico realizado en Proyecto Drago en Santa Cruz de Tenerife.

Para finalizar, en lo que se refiere a la utilidad metodológica, podemos sugerir cómo estudiar más adecuadamente a la población con dependencia alcohólica, centrandó su investigación no solo en el/la paciente sino también en su contexto más amplio incluyendo sus familiares y amigos/as.

2- MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se mostrará el alcohol como droga admitida por nuestra sociedad, los efectos a corto y largo plazo que tiene en el organismo, sus riesgos y consecuencias y en especial se detallará la dependencia alcohólica, como objeto del presente estudio.

2.1- EL ALCOHOLISMO

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V (2014, pp.259-260), “el alcohol es susceptible de crear dependencia, es decir ocasiona trastornos de consumo de este tóxico, lo 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:

- Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- 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.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

-Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

- Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol, cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
 - Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia”.

2.1.1- El alcohol y sus efectos inmediatos en el organismo.

El alcohol es un tipo de “droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p.17).

En la actualidad el alcohol es una de las drogas más consumidas, muchas personas relacionan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero de dichos encuentros. Esta percepción ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre las personas adultas, sino también entre la juventud y los/las adolescentes, que se inician en edades cada vez más tempranas (Monasterio, Armendáriz y García, 2014).

Este inicio temprano del consumo contribuye al denominado “silencio clínico” de la enfermedad. Una vez evidente la sintomatología de la dependencia, es fácil concretar el diagnóstico pero hasta entonces, pasa por un silencio clínico, difícilmente detectable y que, en el caso del alcohol puede alcanzar largos periodos de tiempo (Puig, 2014).

Según recoge el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona, estos serían: desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora e intoxicación aguda.

Este mismo documento, especifica que los efectos del alcohol dependen de la cantidad consumida, pero existen otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar:

- Edad: los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más “resistentes” que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora.
- Peso y sexo: el alcohol afecta de modo más grave a las personas con menor masa corporal.
- Cantidad y rapidez de ingesta: según la cantidad de alcohol consumida, puede considerarse como de bajo, alto riesgo o peligroso. A mayor ingesta de alcohol en menor tiempo, mayor posibilidad de intoxicación.
- Combinación con otras bebidas carbónicas: como tónicas, colas, etc., acelera la intoxicación.
- Ingestión simultánea de comida: especialmente de alimentos grasos, enlentece la intoxicación pero no evita ni reduce los daños al organismo.
- La combinación de otras sustancias: como los tranquilizantes, relajantes musculares y analgésicos, potencia los efectos sedantes del alcohol. Cuando se combina con cannabis por ejemplo, se incrementan los efectos sedantes de ambas sustancias. Es lo que se denomina tolerancia cruzada.

Según Infodrogas (2015), los efectos del alcohol en el organismo dependen de la cantidad de etanol en sangre que producen diversos efectos que se encuadran en siete estados en el proceso de la ingesta alcohólica:

Estado de sobriedad: concentración en sangre entre los 0,01 y 0,05 mg/dl. La persona tiene una conducta aparentemente normal y no se observan síntomas de un consumo de alcohol, únicamente serían detectables con pruebas específicas o análisis clínicos.

Estado de euforia: concentración en sangre entre 0,03 y 0,12 mg/dl. La persona siente una ligera euforia, aumento de la sociabilidad, se relaciona más con las personas, un aumento de la autoestima, disminuye la inhibición social, la capacidad de atención y enjuiciamiento y el control.

Estado de excitación: concentración en sangre de 0,09 a 0,25 mg/dl. Todos los efectos que aparecen son negativos y afectan considerablemente a la persona, disminuye la inhibición y la atención, pérdida del juicio crítico, alteración de la memoria y de la comprensión, menor respuesta a los estímulos sensoriales, baja capacidad de reacción, ligera descoordinación muscular e inestabilidad emocional.

Estado de confusión: concentración en sangre de 0,18 a 0,30 mg/dl. Se produce desorientación y confusión mental, mareos, alteraciones en la percepción del color, de

las formas y del movimiento. Disminución del umbral del dolor, exaltación de los sentimientos, alteración del equilibrio, descoordinación muscular y habla pastosa.

Estado de estupor: concentración en sangre de 0,27 a 0,40 mg/dl. La persona siente apatía, inercia, incapacidad y descoordinación, incapacidad de caminar y permanecer de pie, vómitos e incontinencia esfinteriana, estado alterado de la consciencia, sueño y estupor (no saber dónde se encuentra).

Estado de coma: concentración en sangre: de 0,35 a 0,50 mg/dl. Se produce una inconsciencia completa, estado anestésico y coma, incontinencia de orina y heces, depresión y abolición de los reflejos, hipotermia, problemas en la respiración y en la circulación.

Estado de muerte: por encima de 0,45 mg/dl se puede producir la muerte por parálisis respiratoria.

2.1.2- Riesgos y consecuencias del consumo de alcohol

Los efectos del alcohol en la fisiología humana pueden distribuirse en tres categorías. En primer lugar, los efectos sobre el aparato digestivo, afectando al esófago, estómago, intestino delgado y páncreas. En segundo lugar, aquellos que afectan al sistema cardiovascular, como el ritmo cardíaco, la función ventricular o la presión arterial y las consecuencias sobre el sistema nervioso central, donde se altera la electrofisiología cerebral y el metabolismo y la circulación cerebral (Estruch, 2002).

La Fundación por un Mundo sin Drogas (2015), establece también que dependiendo de la cantidad que se ingiera y de la condición física del individuo, el alcohol puede causar: vómitos, diarrea, molestias estomacales, dolores de cabeza, dificultades respiratorias, distorsiones visuales y auditivas, capacidad de juicio deteriorado, disminuye la percepción y la coordinación, pérdida del conocimiento, anemia (pérdida de glóbulos rojos), coma y periodos de inconsciencia es decir, pérdida de memoria durante la cual el bebedor no puede recordar lo que ocurre mientras está bajo la influencia del alcohol.

Esta Fundación explica además, que el consumo constante de alcohol en grandes cantidades está asociado a muchos problemas de salud, que incluyen: lesiones no intencionales como choques automovilísticos, caídas, quemaduras y ahogamiento, lesiones intencionales como heridas por arma de fuego, agresiones sexuales y violencia doméstica, incremento de las lesiones en el trabajo y disminución de la productividad, incremento en los problemas familiares, así como ruptura de relaciones, intoxicación

por alcohol, alta presión arterial, derrame cerebral, y otras enfermedades relacionadas con el corazón, enfermedades hepáticas, daños a los nervios, problemas de tipo sexual, daños cerebrales permanentes, deficiencia de vitamina B1, la cual puede llevar a un trastorno que se caracteriza por amnesia, apatía y desorientación, úlceras, gastritis (inflamación de las paredes del estómago), desnutrición y cáncer de boca y garganta.

El alcohol afecta a la persona de manera biopsicosocial es decir, afecta a la parte orgánica y física; altera la forma de pensar, de actuar, el estado de ánimo y las emociones; además de afectar al comportamiento y por lo tanto a la relación con los demás, familia, amigos trabajo, etc. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia. Los problemas derivados del abuso de alcohol pueden producirse tanto a corto como a largo plazo (Monasterio, Armendáriz y García, 2014).

Así en los cuadros siguientes se resumen las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y familiares y laborales de la dependencia alcohólica.

Cuadro 2: Consecuencias físicas del alcohol.

Consecuencias físicas del alcohol a corto plazo	Consecuencias físicas el alcohol a largo plazo
Mareos. Faltas de coordinación. Disminución de los reflejos. Resaca. Coma etílico.	Problemas de corazón (infartos). Problemas de circulación (trombosis). Tolerancia y dependencia física. Problemas hepáticos (cáncer de hígado cirrosis).

Fuente: Elaboración propia basado Monasterio, Armendáriz y García, (2014).

Cuadro 3: Consecuencias psicológicas del alcohol.

Corto plazo	Largo plazo
Desinhibición	Alteraciones en el humor
Euforia	Agresividad
Sensación de relajación	Remordimientos
Aumento de la sociabilidad (más comunicativo, menos vergonzoso)	Depresión
Dificultades para el habla	Falta de responsabilidad
Falta de coordinación en los movimientos.	Pérdida de autoestima y de memoria
	Delirium tremens

Fuente: Elaboración propia basado Monasterio, Armendáriz y García, (2014).

Cuadro 4: Consecuencias sociales y familiares del alcohol.

Corto plazo	Largo plazo
Relaciones sexuales sin protección, riesgo de contagios de ETS y embarazos no deseados	Rechazo familiar de amigos de las personas que nos rodean = rechazo general = exclusión social
Problemas económicos y judiciales,	Abandono del hogar
Conflictos en el hogar, malos tratos físicos o psicológicos	Separaciones de pareja
	Aislamiento, soledad

Fuente: Elaboración propia basado Monasterio, Armendáriz y García, (2014).

Cuadro 5: Consecuencias laborales del alcohol.

Corto plazo	Largo plazo
Aumento de las faltas al trabajo	Aumento de accidentes laborales
Frecuentes bajas médicas	Sanciones y despidos
Baja productividad	Incapacidad laboral
	Mal ambiente laboral con los compañeros

Fuente: Elaboración propia basado Monasterio, Armendáriz y García, (2014).

Como se ha nombrado anteriormente, una de las consecuencias más graves del consumo excesivo de alcohol es el alcoholismo o dependencia alcohólica., entendida 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 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El riesgo de desarrollar alcoholismo según la OMS (2015), depende principalmente de varios factores:

- La vulnerabilidad individual: los hijos de padre o madre alcohólica tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol, sobre todo si son varones. También tienen más riesgo aquellos que lo utilizan para aliviar el malestar psicológico o superar sus problemas personales.
- La edad de inicio: cuanto antes se empieza a beber, más riesgo existe de desarrollar dependencia en la edad adulta.
- La cantidad que se bebe: aunque no hay una cantidad “segura” por debajo de la cual no haya riesgos, se establecen categorías de bebedores en función de la cantidad ingerida y el sexo.

Por otra parte, Rodríguez (2014) expone que son cinco los factores claves a la hora de generar una dependencia al alcohol:

El factor hereditario, en algunas ocasiones el individuo puede heredar cierta dotación de receptores a sustancias específicas, lo que hace que el encuentro de una droga y una persona con dicha predisposición genética incremente la posibilidad de que sufra una dependencia.

El factor emocional, se relaciona con nuestra personalidad, pautas de afrontamiento de problemas, etc., las cuales hacen que algunas personas sean más susceptible de generar dependencia que otras.

El factor de identidad, los cambios que se dan durante la adolescencia tanto físicos, psicológicos, o de identidad, en ocasiones propician que la persona sea más vulnerable a probar y depender de sustancias tóxicas. Estos elementos pueden precipitar a un joven ser más vulnerable hacia la dependencia.

La presión social, ejerce un rol muy importante en esta etapa, ya que los jóvenes que viven en grupo, todavía no consolidan una identidad propia, lo que hace propicio imitación de las conductas del grupo y con ello entrar al mundo de las drogas.

La curiosidad, que se relaciona con lo anteriormente mencionado y además con la disponibilidad de la sustancia.

2.2- LA ATENCIÓN A PERSONAS ALCOHOLDEPENDIENTES.

La familia es una parte fundamental de la persona y juega un papel crucial en el proceso de tratamiento de la alcohol-dependencia. En este apartado se detalla la estructura del circuito terapéutico, el tratamiento biopsicosocial, sus fases y el papel que juega la familia en ellas.

2.2.1- El circuito terapéutico y los programas de tratamiento a drogodependientes

Según Becoña y Martín (2004), la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, estructura la intervención en tres niveles:

-Primer nivel: principal puerta de entrada al sistema y que debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros recursos que desarrollen la atención a las necesidades sociales y sanitarias básicas.

-Segundo nivel: compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinares que se responsabilizan de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados, estos recursos se pueden clasificar en especializados de carácter general y recursos específicos.

-Tercer nivel: está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. A los diferentes dispositivos de este nivel debe accederse por derivación desde los recursos del segundo nivel.

Estos mismos autores clasifican los programas de tratamiento a drogodependientes en:

- 1- Programas Libres de Drogas, se basan en la abstinencia a las drogas y la rehabilitación de los afectados y su plena inserción social. La recuperación de cualquier tipo de drogodependencia implica el paso por distintas etapas, incluyendo la recaída como parte inherente al proceso. Persiguen también cambios personales y en la forma de vivir que posibiliten un proyecto de vida no conflictivo con su entorno social a través de su desarrollo personal, ocupacional y social, además de cuidar su salud física y potenciar hábitos saludables.
- 2- Programas de Reducción de Daños y Riesgo, se definen como el conjunto de estrategias individuales y grupales que se desarrollan en el ámbito terapéutico y

social, encaminados a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas.

- 3- Programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales, como su nombre indica, se trata de tratamientos aplicados a la población drogodependiente relacionada con los sistemas judicial y penitenciario.

2.2.2- El tratamiento biopsicosocial

Existen diferentes alternativas de abordaje y tratamiento, así como procedimientos de intervención en el ámbito del alcoholismo. Debido a la diversidad de problemas y a la severidad de sus consecuencias, este abordaje debe ser un proceso que integre la parte física, psicológica y social de la persona simultáneamente.

A partir de aquí, entendemos que a 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).

Pascual y Velasco (2012), indican que el tratamiento de la alcohol-dependencia debe ser un proceso que integre la parte física, psicológica y social de la persona de forma simultánea. Por ello, el objetivo será alcanzar un estilo de vida libre de alcohol, así como lograr mantener un funcionamiento positivo en la familia, sociedad y en su trabajo. Por ello, se debe realizar un diagnóstico biopsicosocial para obtener una valoración íntegra del punto de partida. Aseguran que el plan de actuación debe hacerse en base a las características y los recursos disponibles.

Así también lo refleja el NIDA (2011), que entre los principios de tratamiento indica que, para que éste sea efectivo debe atender las múltiples necesidades del individuo, el abuso de drogas y cualquier problema médico, social, psicológico o legal del individuo.

2.2.3- Fases del tratamiento

Los Programas Libres de Drogas se estructuran en una serie de fases. En primer lugar la desintoxicación, entendida como el transcurso para superar los efectos del síndrome de abstinencia. A continuación la deshabitación, proceso durante el que el/ la drogodependiente adquiere capacidades y recursos que le permiten superar la dependencia a las drogas y por último la inserción o reinserción social, donde se

normaliza el estilo de vida y se consigue un aceptable nivel de adaptación social (Beneit, García y Mayor, 1997).

Olivares (2002), añade una fase inicial, la acogida, que consiste en las primeras entrevistas con el paciente. En ella se determina el diagnóstico de la situación, lo que facilitará la intervención valorando todos los aspectos, incluida una posible derivación. Se informa sobre el tratamiento y se recoge la demanda explícita. Además de la información sobre el nivel toxicológico y el nivel social.

Por otra parte, La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2015), determina que de la segunda fase, la desintoxicación ambulatoria es la forma más frecuente de iniciar el proceso, ya que en la mayoría de las ocasiones, se puede proporcionar tratamiento farmacológico para evitar el cuadro físico del síndrome de abstinencia en el propio domicilio de la persona usuaria.

Durante la tercera fase, la deshabitación, debe darse especial importancia a la comprensión, abordaje y prevención de la recaída. Se refiere al momento en el cual la persona que estaba comprometida con el proceso de cambio regresa al estilo de vida anterior. Cuando se trata de una dependencia al alcohol, será la vuelta al comportamiento adictivo. Es de gran importancia entender la recaída como un suceso común dentro del proceso de cambio, y por tanto es de vital importancia abordarla y aprender de ella para hacer menos probable su repetición (Olivares, 2002).

Este mismo autor indica que, la forma de prevenir una posible recaída es cambiando el estilo de vida alcohólica por otra sin tóxicos. Para ello se distinguen una serie de situaciones de alto riesgo que la persona dependiente debe tener en cuenta para saber identificarlas y, en la medida de lo posible, evitarlas. Por otro lado, existen comportamientos de alto riesgo que pueden precipitar una recaída:

- Reaccionar de forma exagerada ante un consumo de alto riesgo, violación de la abstinencia.
- Llevar a cabo conductas impulsivas y tomar decisiones drásticas, es necesario planificar las acciones.
- Comenzar a realizar conductas potencialmente adictivas, pues podría sustituirse una adicción por otra.

- En último lugar, también hay actitudes que pueden estar asociadas a una mayor probabilidad de recaídas como la autocompasión, la impaciencia, esperar demasiado de los demás, exceso de confianza, mantener una actitud negativa, sentirse vencido por los acontecimientos, bajar la guardia antes las situaciones de riesgo o mantenerse abstinentes sin cambiar de hábitos.

Para Becoña y Cortés (2008), las claves importantes a tener en cuenta en la intervención son:

1. Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

Así lo respaldan Jiménez, Pascual, Flórez y Contel (2007), que concretan que la teoría cognitivo-conductual es de las más utilizadas y su objetivo genérico es enseñar a la persona a identificar el craving (deseo de beber) y las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, además de ayudarlo a incrementar el autocontrol y las habilidades para manejarse con dichas situaciones.

En líneas generales, en la prevención de recaídas combinan el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales), la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

2.2.4-El trabajador social en el ámbito de las drogodependencias

Desde el Trabajo Social, debemos tener en cuenta los factores sociales en el proceso de recuperación de la persona alcohólica, por ello no podemos dejar a un lado la realidad social en la que se encuentra, debemos estudiarla, conocerla y analizarla por la significación que va a tener en todo momento durante el proceso. Esta realidad interactúa de tal forma que puede llegar a presentarse en la vida de la persona como una ayuda o como una amenaza, facilitando o bloqueando su readaptación.

Rodríguez (2007), sugiere que trabajar en clave social, en clave de inserción, supone contemplar a la persona en su integridad, potenciar su desarrollo armónico, primar no solo su abstinencia, sino la mejora continua en aspectos clave de su vida, tanto en lo

relativo al empleo como en su capacidad de participación, de ampliar su red de recursos sociales, relaciones más normalizadas fuera del contexto del consumo e incrementar sus recursos psicológicos, para facilitar procesos de autonomía personal, entre otros aspectos clave.

A raíz de la importancia que tiene la dimensión social en el ámbito de las drogodependencias, el Trabajo Social cumple una función de acompañamiento que tiene por objeto el estudio y abordaje de los factores sociales que propician la aparición de conductas adictivas, contribuir a su abandono, reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos de la persona. El Trabajo Social, toma sentido en un contexto interdisciplinar, formando parte de un equipo compuesto por profesionales de diversas disciplinas como la medicina, psicología, enfermería, etc. Su actividad tiene alcance promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador (Gutiérrez, 2007).

En lo que se refiere a las funciones específicas del trabajador/a social durante el tratamiento, según Monasterio, Armendáriz y García (2014), en Proyecto Drago, realiza entrevistas individuales con familias y usuarios/as, una o dos veces en semana, dependiendo de la disponibilidad de las personas. Las funciones que desempeña son:

1. Acoger, orientar, informar y asesorar, a personas directamente afectadas, familiares y cualquier entidad, persona o recurso que solicite asesoramiento y/o colaboración o pautas de actuación.
2. Derivar a otros recursos complementarios y/o más adecuados a su problemática.
3. Intervención breve y motivación para el cambio.
4. Valoración, pronóstico y diagnóstico socio-familiar (usuarios y familiares).
5. Establecer una relación empática, de confianza, con autenticidad, que permita al paciente creerse que es posible el cambio y que le podemos acompañar en su proceso.
6. Establecer un plan de intervención personalizado biopsicosocial.
7. Crear conciencia de la problemática multifactorial del consumo abusivo y del alcoholismo.
8. Coordinación con profesionales y recurso de apoyo (médicos, UTS, Hospitales,... y centros propios de la entidad).

En relación a las funciones mencionadas, las actividades que realiza la trabajadora social de Proyecto Drago son: fomentar el cumplimiento de hábitos saludables,

diagnosticar la problemática social la persona usuaria, iniciar y potenciar su conciencia de enfermedad, valorar y favorecer la motivación al cambio, mejorar su situación formativa y laboral, mejorar su situación social y mejorar las relaciones familiares.

A estas funciones, Gutiérrez (2007), añade el acompañamiento del/la trabajador/a social en la inserción laboral, donde realiza un diagnóstico de empleabilidad, apoyo en la reinserción socio-laboral y el seguimiento del mismo.

Dicho esto, entre las diversas áreas de trabajo que recogen la actividad del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias distinguimos, el área de prevención, el área de asistencia y el área de incorporación social.

Cuadro 6: Áreas de intervención del Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias.

ÁREA	DEFINICIÓN	FUNCIONES
Prevención	Conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y fomentar factores de protección frente al consumo de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recogida y análisis de datos sobre el consumo de drogas. ▪ Difusión de materiales preventivos. ▪ Diseño y elaboración de planes, programas y proyectos. ▪ Etc.
Asistencia	Supone la atención de individuos y grupos a partir de su demanda, asumiendo la investigación de los factores sociales. Su objeto será potenciar el desarrollo las capacidades y facultades de la persona para afrontar por si misma sus situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección precoz de los consumos. ▪ Intervención profesional individual, grupal y familiar. ▪ Motivación para el inicio del tratamiento. ▪ Tramitar recursos y prestaciones. ▪ Diseñar planes individuales de intervención.
Incorporación Social	Supone la puesta en marcha de procesos de incorporación de una persona en su entorno habitual y actuaciones dirigidas a restablecer o mejorar su integración socio-laboral.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar programas de incorporación social. ▪ Informar sobre recursos para la incorporación social. ▪ Orientación en la búsqueda de empleo. ▪ Orientar a la familia en este proceso de incorporación social.

Fuente: Elaboración propia basado en Gutiérrez, (2007).

2.3- LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO

2.3.1- La familia y sus funciones.

En España, desde los setenta, según Peraza y Martín (2007), se han producido cambios significativos en el sistema familiar, influidos en parte por la transición del sistema socio-político. La sociedad ha ido admitiendo otro tipo de unidades familiares, sin descartar la tradicional, compuesta por el matrimonio de personas casadas con hijos/as, a las constituidas por parejas que conviven juntos sin casarse, no por la iglesia ni por el juzgado, con hijos nacidos en su relación o sin ninguno, las familias formadas por parejas del mismo sexo...etc. A estas añadimos las familias monoparentales con un padre o madre viudos, separados divorciados con uno o varios hijos/as, que pueden ser menores o mayores de edad, así como otro tipo de agrupaciones familiares. A pesar de los cambios sufridos, se puede afirmar que la familia sigue siendo la institución socializadora por excelencia, unos de los principales ejes de la sociedad y uno de los valores principales para la ciudadanía.

Según Palacios y Rodrigo (2007, p.331), “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 relaciones íntimas y de dependencia”.

Puyol y Tosco (2007) añaden que, estas personas que se relacionan entre sí, tiene como finalidad cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, educación de sus miembros, etc., para vivir en sociedad. También facilitan normas, códigos de conducta y aportan un sistema de valores y creencias, además de favorecer el desarrollo psíquico por medio del afecto y el apoyo.

Las funciones principales de la familia, en la sociedad actual, están relacionadas con la socialización, la educación y el apoyo socio-afectivo y emocional (Puyol y Tosco, 2007).

A) Función socializadora-educativa: García (2010), hace hincapié en la familia como agente educativo, pues es esta la que inculca las primeras normas de comportamiento, que serán los cimientos de una adecuada convivencia social, se adquirirán

paulatinamente y contendrán una serie de valores que la familia tratará de infundir para conseguir un desarrollo personal equilibrado y un clima de sana convivencia en el hogar.

Así lo apoya Puyol y Tosco (2007), que definen la familia como agente socializador que tiene una función claramente educativa y se ve apoyada por otras instituciones, siendo la más relevante la escuela, debe existir una relación fluida y constante entre ellos para que los padres y madres se encuentren vinculados tanto en la gestión escolar como en la educación de los hijos/as.

B) Función de apoyo socioafectivo-emocional: Según Bernabé (2011), dentro de las funciones afectivas de la familia, podemos destacar su capacidad de dotar a la persona de una identidad propia, dándole el apoyo personal necesario para confiar plenamente en los otros miembros. Esta función afectiva jamás podrá desempeñarla la sociedad y, de esta manera, se garantiza la supervivencia constante de la familia en la humanidad.

La familia como lugar de aprendizaje, de pertenencia, de afecto y de seguridad ofrece grandes oportunidades para desarrollar las capacidades socioafectivas-emocionales de las personas. En esta función son importantes las conductas y actitudes de los padres y madres y otras personas que se relacionan con el niño/a, ya que son los principales modelos con los que contará. Estos deberán ser coherentes en su comportamiento, en lo que expresan de forma verbal y en su estilo de vida. Es necesario que la familia proporcione al niño/a un ambiente social favorecedor para la formación de su comportamiento y le acompañe en la reflexión y crítica de sus actitudes. El niño/a que cuenta con una buena relación afectiva con su familia y con un medio socio-natural, en el que existan elementos gratificantes que reafirmen su autoconcepto, es más probable que establezca compromisos personales y sociales, y que pueda concretar un proyecto de vida maduro, solidario y feliz. Las carencias afectivas dentro de la unidad familiar pueden ocasionar consecuencias negativas para el desarrollo biopsicosocial del niño/a (Puyol y Tosco, 2007).

En la misma línea, Steinberg y Silk, (2002) indican que la familia en todo momento constituye un sistema de apoyo para sus integrantes y, al mismo tiempo, requiere ayuda de otros sistemas o subsistemas que le permitan ir haciendo frente a los distintos cambios a los que ha de enfrentarse a lo largo de todo el ciclo vital. La familia es un sistema de relaciones que cambia en respuesta a las necesidades y preocupaciones de los

miembros. Al igual que otros sistemas vivos, intenta mantener un sentido de equilibrio en sus relaciones.

C) Función preventiva: Existe un consenso generalizado acerca de que la familia es un factor importante para la prevención, pues programas de prevención familiar han demostrado cierto grado de efectividad en la reducción de los factores de riesgo que llevan a la juventud a iniciarse o a mantenerse en el consumo de drogas. La familia juega un importante papel en la prevención de las conductas de consumo de drogas. Estos efectos de la familia se producen de forma directa, mediante el cambio de la relación entre sus miembros y la educación y el control de los padres sobre los hijos/as, o bien de forma indirecta, a través de la influencia que el control familiar ejerce sobre otros factores de riesgo como los compañeros/as, el barrio o la escuela (Secades, Fernández, García y Al-Halabi, 2011).

Así lo expresan también Puyol y Tosco (2007), la familia será también el primer ámbito de prevención y el primer espacio de intervención. Las drogas han estado siempre presentes en las diferentes sociedades y seguirán estándolo, por lo tanto, el primer objetivo de los padres/madres y educadores/as consiste en enseñar a los niños/as y jóvenes a convivir con las drogas y dotarles de recursos, herramientas y mecanismos que les permitan ejercer su libertad con responsabilidad frente al fenómeno. En relación a las drogas, la prevención comienza desde que se nace, ya que la educación y la prevención de la drogadicción son dos conceptos que han de estar unidos.

2.3.2- Intervención de la familia durante el tratamiento

Según García (2011), entendemos por apoyo familiar todo aquel prestado por alguien de confianza y comprometido con el proceso del usuario/a, ya sea familia extensa, nuclear o amigos/as. El vínculo del familiar de responsable de los usuarios/as puede ser: madre o padre, hijo o hija, pareja mujer o pareja hombre, abuelo o abuela, tío o tía u otro familiar que sería indicado, además cualquier persona sin parentesco como puede ser un amigo/a o incluso un vecino/a. El tipo de apoyo prestado por un familiar en un tratamiento de drogodependencias, según su intensidad puede clasificarse en:

- Alto: se refiere a aquellos familiares que son constantes en el tratamiento y se comprometen con el proceso.
- Intermedio: comprende aquellos familiares que se comprometen de manera intermitente incluso con abandono del programa.

- Bajo: apoyo familiar no favorable/conveniente al usuario/a.
- Ausente: se refiere a la no existencia de familiar de apoyo.

Atendiendo al Protocolo de Atención a Familias de Abusadores o Dependientes de Drogas u otras Conductas Adictivas, 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. Así pues, en el abordaje de la intervención familiar que se pretende, es imprescindible conocer los comportamientos y, las actitudes de los miembros de la unidad familiar, así como el tipo de relaciones e interacciones que mantienen entre ellos. Especialmente interesan las actitudes que estos tienen ante las adicciones y la persona adicta, además de las reacciones familiares que se están dando desde que el problema ha sido conocido y con anterioridad a ello. Por tanto, se considera conveniente y necesario que desde el primer contacto, se inicie el análisis y valoración de la familia (Santos, Pulido, Donaire, y Santos, 2011).

Siguiendo estos autores los familiares se pueden clasificar en cuatro categorías, según dos variables independientes, colaboración en el proceso y presentar síntomas de malestar.

1. Familiar Colaborador/a Asintomático/a: se trata de aquellos familiares que, desde el principio, toman conciencia de la conducta adictiva y sus consecuencias pudiéndose mostrar colaboradores en diversos grados. Suelen conseguir una separación entre la problemática del familiar afectado y el manejo de las emociones propias, por lo que mantienen un buen ajuste en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, tal y como era hasta el momento del proceso de adicción.

2. Familiar No Colaborador/a: son aquellos que pueden mostrarse ausentes en el proceso terapéutico: no acompañan en las consultas, ni fuera de ellas, en su vida cotidiana no asumen ni ponen en práctica pautas de apoyo al tratamiento. O bien están presentes aunque, indiferentes al proceso y a la evolución terapéutica: manifiestan su desconfianza, oposición o no facilitan el acercamiento al tratamiento. La falta de colaboración puede deberse a varios motivos, como son el desconocimiento, la sobrecarga, abandono o ruptura de relación, etc.

3. Familiar colaborador/ con síntomas de malestar: son los familiares cuyos síntomas de malestar se hallan provocados por el trastorno adictivo y los problemas y conflictos que de él se derivan. Suelen estar receptivos a las indicaciones terapéuticas de los profesionales, las ponen en práctica, realizan cambios conductuales y actitudinales que favorecen el proceso terapéutico del adicto y su propio auto-cuidado personal y emocional.

4. Familiar Codependiente: es el familiar que presenta una sintomatología muy evidente, ha centrado la mayor parte de su vida en el adicto, relegando muchas de sus cuestiones personales, y su principal o único objetivo es ayudarlo, pasando el resto de cuestiones vitales a un segundo plano, y sufriendo por ello un estado permanente de malestar.

La familia está presente durante las diferentes partes del tratamiento. En primer lugar, en la acogida se debe informar, tanto al familiar como a la persona usuaria, en qué consiste el proceso de intervención terapéutica, indicándoles las etapas que abarca el mismo. Es necesario conocer las razones que llevan al paciente o en su defecto a la familia a solicitar tratamiento y cuál es el tipo de motivación que presenta éste hacia el mismo, entre ellas puede existir presión familiar, asistencia voluntaria, etc. En esta fase a través del familiar, se puede detectar como la droga ha ido transformando la vida personal del paciente y como su comportamiento, producto del consumo, genera problemas en su entorno familiar. Asimismo, se pregunta al familiar si está dispuesto a colaborar el tratamiento y cuáles son sus preocupaciones con respecto a la suspensión de la droga. Todos los participantes en el proceso firmarán el contrato terapéutico, la familia, la persona usuaria y el trabajador/a social. El objetivo principal de esta fase es que el/la paciente se implique en el tratamiento y la familia colabore activamente en él (Peraza y Martín, 2007).

La siguiente fase, la desintoxicación del usuario, es negociada por el terapeuta, la persona usuaria y la familia. El familiar de seguimiento debe controlar la medicación recetada por el /la médico. Debe asistir con él/ella a las sesiones fijadas con el equipo terapéutico. Por parte de éste, se prestará información a la familia sobre los diversos síntomas que va a presentar el familiar cuando se le suspenda el consumo y cómo debe actuar ante los mismos (Peraza y Martín, 2007).

En la última fase de deshabitación es necesario establecer con la persona usuaria, la familia y el/la terapeuta un conjunto de medidas que le permita alcanzar una vida

normalizada a todos los niveles: personal, laboral y social. Algunas de estas medidas están enfocadas para que reconozca sus situaciones de riesgo, que pueden derivar en una recaída, y aplique las medidas adecuadas para evitarlas. Además se le enseñan habilidades sociales tanto a la familia como a la persona dependiente, que permiten relacionarse en su medio y prevenir una posible recaída (Peraza, y Martín, 2007).

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 del proceso de la 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 deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia”.

Este autor señala que, cuando el/la paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados. Debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación. La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas lo que facilitará una actuación adecuada y consciente, en caso que llegaran a presentarse nuevos episodios de consumo.

A su vez, Peraza y Martín (2007), añaden que conseguir la implicación de los miembros de la familia plantea problemas, tan solo algunos lo consiguen. Por ello lo normal, es que el seguimiento esté a cargo de uno o dos familiares. A pesar de las dificultades para adherirse al tratamiento, una vez que participan, valoran la información y conocimiento que adquieren a través del equipo terapéutico, que les ayuda a conocer mejor el problema de las drogodependencias y a detectar situaciones de riesgo. Les sirve además, como herramienta para buscar soluciones al problema y se sienten parte del proceso de cambio y comprenden que su labor facilita la intervención del/la profesional y asegura el camino hacia el éxito del tratamiento de su familiar.

A pesar de lo dicho, según Calvo y Lucas (2007), en determinadas ocasiones, la participación de la familia no es posible o conveniente. Así, por ejemplo, en familias con alto grado de disfuncionalidad, familias muy desligadas, o familias que han perdido el contacto con el paciente, no siempre son buenas candidatas para la intervención familiar.

3-OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GENERAL

- Conocer la influencia del “apoyo familiar”* en el tratamiento del alcohol-dependiente en Proyecto Drago.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber si los usuarios/as tuvieron o no apoyo familiar durante su tratamiento.
- Determinar el perfil de los/las usuarios/as que carecen de apoyo familiar.
- Determinar el perfil de los/las familiares responsables del tratamiento.
- Averiguar si el apoyo familiar influye en la asistencia regular de los usuarios a las entrevistas y seguimientos programados.
- Conocer si tener apoyo familiar favorece la adquisición de hábitos saludables pautados por el equipo terapéutico.
- Averiguar si el estado civil del/la usuario/a influye en tener o no apoyo familiar durante el tratamiento
- Conocer la intensidad del apoyo del/la familiar responsable durante la fase de deshabitación del usuario/a.

*Según García (2011), entendemos por “apoyo familiar” todo aquel prestado por alguien de confianza y comprometido con el proceso del usuario/a, ya sea familia extensa, nuclear o amigos/as. El vínculo del familiar de responsable de los usuarios/as puede ser: madre o padre, hijo o hija, pareja mujer o pareja hombre, abuelo o abuela, tío o tía u otro familiar que sería indicado, además cualquier persona sin parentesco como puede ser un amigo/a, un vecino/a, etc. El tipo de apoyo prestado por un familiar en un tratamiento de drogodependencias, según su intensidad puede clasificarse en:

1. Alto: se refiere a aquellos familiares que son constantes en el tratamiento y se comprometen con el proceso.
2. Intermedio: comprende aquellos familiares que se comprometen de manera intermitente incluso con abandono del programa.
3. Bajo: apoyo familiar no favorable/conveniente al usuario/a.
4. Ausente: se refiere a la no existencia de familiar de apoyo.

4-MÉTODO

En el siguiente apartado se detalla el método llevado a cabo para la realización del estudio mencionado, incluyendo el tipo de investigación, las técnicas utilizadas, la población objeto de estudio y el instrumento con el que se recogieron los datos de la misma.

4.1-CARACTERÍSTICAS GENERALES

El presente estudio basa su método en la investigación descriptiva, definida por Taylor y Bogdan (2000), como la que produce datos representativos y pretende estudiar a las personas y escenarios en su contexto, interactuando con ellas de forma natural y no intrusiva y procurando no afectar al comportamiento de éstas para no condicionar su forma de pensar o actuar.

Para este tipo de investigación es necesario utilizar técnicas e instrumentos, tanto para la recogida de datos como para el análisis de los mismos. El marco de referencia para seleccionar y confeccionar éstos, son los objetivos de la investigación y el contexto teórico que la sustenta.

El tipo de centro o servicio que principalmente se trata en este estudio es la Unidad de Atención a las Drogodependencia, más conocida como UAD, son el primer lugar al que hay que dirigirse para iniciar un tratamiento. Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabitación. Se ofrece atención médica, psicológica, terapéutica y social a todas aquellas personas que tienen problemas derivados del consumo de drogas. Dentro del tratamiento en UADs, la familia puede estar presente en todas las fases del proceso con el paciente pero ocupa un papel imprescindible en la de desintoxicación, ya que a menudo suele ser administradora de los fármacos y compañía del paciente durante este periodo.

En primer lugar, se ha seleccionado la población del estudio, constituida por cuarenta personas usuarias de la UAD Proyecto Drago. Partiendo de los expedientes de éstos, se procedió a la recogida de datos, pautados en el Instrumento de recogida de Información, durante los días 5,6,7 y 8 de mayo.

Éste instrumento consta de dos grandes bloques: los datos sobre las personas usuarias del recurso y la información procedente del familiar de apoyo o familiar responsable, ésta última solo se cumplimenta si el usuario/a tiene apoyo familiar.

En el primer bloque se recoge: el sexo y edad la persona usuaria, si tiene o no apoyo familiar, su estado civil, sus estudios, situación laboral, disponibilidad horaria, si ha realizado algún otro tratamiento por consumo de sustancias, si tiene antecedentes de consumo de alcohol en su familia, cómo es su asistencia a las entrevistas, su adquisición de hábitos saludables y si hace uso de estrategias de afrontamiento en la prevención de recaídas.

En el segundo bloque, se recogen los datos pertenecientes al familiar responsable que acompaña al usuario/a durante el tratamiento: sexo y edad, estado civil, parentesco con el usuario/a, estudios realizados, situación laboral, consumo de tóxicos, si tiene algún tipo de patología y cuál es su disponibilidad horaria.

En lo que se refiere al tratamiento estadístico de los datos, una vez recopilados, se ha realizado el vaciado de los mismos. Por una parte, se seleccionaron aquellas personas usuarias que carecen de apoyo familiar, para así determinar el perfil de estas. Por otra parte, de los usuarios/as que si poseen apoyo familiar, y se vaciaron los datos de los mismos/as y del/la familiar responsable, para así determinar cómo influye el apoyo familiar durante el tratamiento.

Todos los datos han sido procesados con el programa estadístico informático Excel, muy usado en las ciencias sociales, en el cual se han registrado los datos recogidos y se han plasmado los resultados en diferentes tablas y gráficas.

4.2- HIPÓTESIS

Hipótesis principal

Las personas usuarias de Proyecto Drago atendidas durante el año 2014 que tuvieron apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia, evolucionan más favorablemente frente a las personas usuarias que carecieron de dicho apoyo.

Hipótesis específicas

H1: Más de la mitad de las personas usuarias tuvieron apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia.

H2: Las personas usuarias con y sin apoyo familiar durante su tratamiento, son hombres y tienen entre 36 y 65 años de edad.

H3: Gran parte de las personas usuarias con apoyo familiar durante su tratamiento, están casadas frente a las que carecen de apoyo que en su mayoría están solteras.

H4: Más de la mitad de las personas usuarias con apoyo familiar durante su tratamiento, tenían trabajo mientras realizaban el proceso, frente a los que no lo tuvieron que se encontraban sin responsabilidades laborales.

H5: La mayoría de las personas usuarias con apoyo familiar no han recibido tratamiento anteriormente por su alcohol-dependencia, frente a las que carecían de dicho apoyo que si lo han recibido.

H6: La mayoría de los familiares responsables del tratamiento, son mujeres que mantienen con el usuario, una relación de pareja.

H7: La mayoría de los familiares responsables del tratamiento no consumen ningún tipo de drogas.

H8: Todos los familiares responsables del tratamiento acuden de manera regular a las entrevistas.

H9: El apoyo familiar durante el tratamiento de alcohol-dependientes favorece la adquisición de hábitos saludables y la asistencia regular a las entrevistas pautadas por el equipo terapéutico.

4.3- VARIABLES

Teniendo como referencia los objetivos específicos, las variables del estudio se han recogido en dos bloques:

1) La información referente la persona usuaria:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1) Apoyo familiar. | 11) Situación laboral. |
| 2) Sexo. | 12) Disponibilidad horaria. |
| 3) Edad. | 13) Otros tratamientos. |
| 4) Estado civil. | 14) Antecedentes familiares de consumo. |
| 5) Convivencia en el domicilio. | 15) Asistencia a las entrevista. |
| 6) Estudios realizados. | 16) Adquisición de hábitos saludables. |
| 7) Zona de residencia. | 17) Intensidad del apoyo familiar durante la deshabitación. |
| 8) Nacionalidad. | |
| 9) Ingresos económicos. | |
| 10) Causas judiciales. | |

2) La información referente al familiar responsable:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Sexo. | 8. Situación laboral. |
| 2. Edad | 9. Ingresos económicos. |
| 3. Estado civil. | 10. Asistencia a las entrevistas. |
| 4. Parentesco con el/la usuario/a. | 11. Consumo de tóxicos. |
| 5. Estudios realizados. | 12. Patología. |
| 6. Zona de residencia. | 13. Disponibilidad horario |
| 7. Nacionalidad. | |

4.4-POBLACIÓN

El estudio para conocer la influencia del apoyo familiar en el tratamiento del alcohol-dependiente, se ha realizado en Santa Cruz de Tenerife, concretamente en la Unidad de Atención a las Drogodependencias: “Proyecto Drago”, perteneciente a Cáritas Diocesana de Tenerife. La población seleccionada han sido las personas usuarias atendidas en dicho programa, durante el año 2014 y que han finalizado el programa.

4.5-TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

En la presente investigación se han utilizado únicamente técnicas documentales. La correspondiente recogida de datos se ha basado en extraer la información de los expedientes de las personas usuarias, según los indicadores elaborados a partir de los objetivos de la investigación.

4.6- TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos. Para ello se han utilizado técnicas descriptivas como tablas y representaciones gráficas que pretenden proporcionar de forma clara y entendible los resultados fruto del estudio, para su posterior discusión. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa informático Excel, que permite calcular porcentajes y dibujar las gráficas de forma sencilla y así completar el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

5- RESULTADOS

En el siguiente epígrafe se presentan las tablas y gráficas con los datos que fueron obtenidos de la recogida de información de los usuarios y usuarias de Proyecto Drago.

5.1- RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS SIN APOYO FAMILIAR ATENDIDAS EN PROYECTO DRAGO

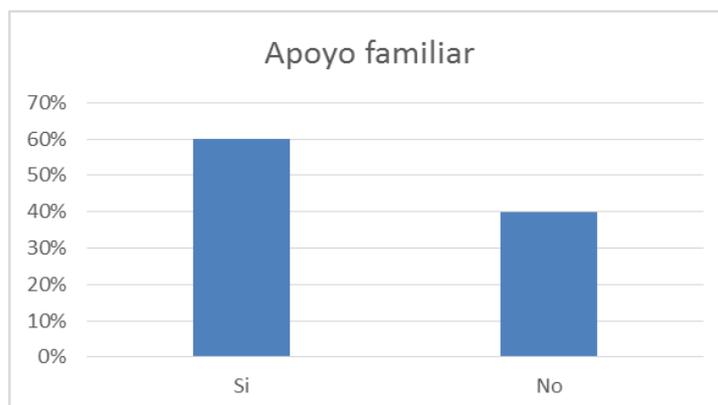
En primer lugar se exponen los datos referidos a las personas usuarias de Proyecto Drago, atendidas en el año 2014, que carecieron de apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia.

Tabla nº 1: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según el apoyo familiar.

Apoyo Familiar	F	%
Si	24	60
No	16	40
Total	40	100

Fuente: elaboración propia

Gráfica n° 1: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el apoyo familiar.



Fuente: Elaboración propia

De las 40 personas usuarias atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014, 24 (60%) ha contado con apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia, frente a 16 (40%) que no tuvieron dicho apoyo.

Tabla n° 2: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el sexo.

Sexo	F	%
Hombre	10	62,5
Mujer	6	37,5
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se aprecia claramente en la Tabla n° 2, de las 16 personas usuarias que carecieron de apoyo familiar, 10 (62,5%) eran hombres y 6 mujeres que representan el 37,5% del total.

Tabla n° 3: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la edad.

Edad	F	%
Menor de 25	0	0
26-35	2	12,5
36-45	5	31,25
46-55	4	25
56-65	3	18,75
mayor de 65	2	12,5
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

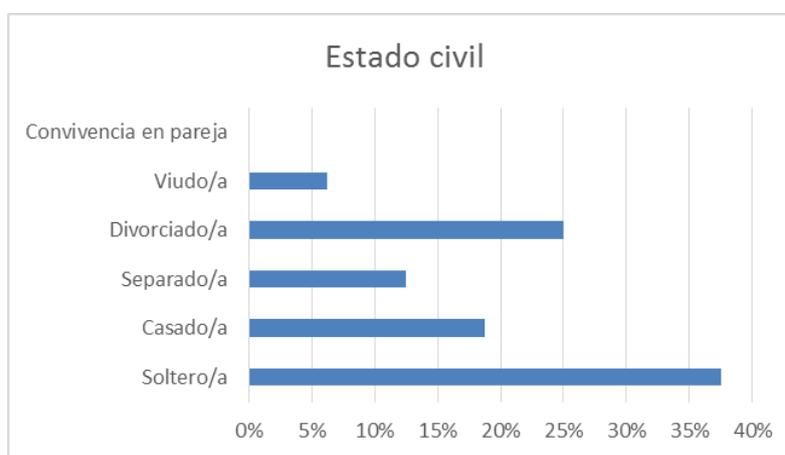
Al analizar esta tabla, observamos que la edad de las personas usuarias sin apoyo familiar se concentra en el intervalo de 36-45 años con un 31,25% , seguido del aquellas que tienen entre 46-55 años de edad (25%) y por último con un 18,75% las edades comprendidas entre 56-65 años. Según estos datos podemos afirmar que el 75% de estas personas tienen entre 36 y 55 años. De igual forma se observa que no se atendieron personas menores de 25 años.

Tabla n° 4: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el estado civil.

Estado civil	F	%
Soltero/a	6	37,5
Casado/a	3	18,75
Separado/a	2	12,5
Divorciado/a	4	25
Viudo/a	1	6,25
Convivencia en pareja	0	0
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfica n° 2: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el estado civil.



Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar, más del 81,25% de las personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago no tienen pareja, es decir, están solteros/as, separados/as, divorciados/as o viudos/as, frente al 18,75% que están casados/as, lo que se refleja en la falta de apoyo familiar durante su tratamiento.

Tabla n° 5: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la convivencia en el domicilio.

Convivencia en el domicilio	F	%
Solo/a	2	12,5
Familia adquirida	7	43,75
Familia de origen	3	18,75
Piso/casa compartida	0	0
Casa de acogida	4	25
Sin domicilio	0	0
NS/NC	0	0
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la convivencia en el domicilio de las personas usuarias de Proyecto Drago se destaca que casi el 63% convive en compañía, bien por su familia de origen (19%) o adquirida (44%). El 37% restante viven solos o en casas de acogida, lo que dificulta enormemente el acompañamiento de la familia durante el proceso de tratamiento. A pesar de ello, se ha mostrado un alto grado de interés por parte de los/las educadores/as de las casas de acogida, pues aunque no pueden acudir a las entrevistas, realizan un seguimiento de las personas usuarias y controlan su medicación.

Tabla n° 6: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según los estudios realizados.

Estudios realizados	F	%
No sabe leer ni escribir	0	0
Enseñanza primaria incompleta	0	0
Enseñanza primaria completa	5	31,25
Enseñanza secundaria	3	18,75
Bachillerato	6	37,5
Estudios universitarios	1	6,25
Estudios pos-universitarios	1	6,25
NS/NC	0	0
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Las personas atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014 que carecían de apoyo familiar, tienen principalmente un nivel de estudios de bachillerato y enseñanza secundaria (56,5%) seguido de enseñanza primaria completa con un 31,25% y en menor medida estudios superiores con un 12,5%.

Tabla n° 7 y 8: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la zona de residencia y nacionalidad.

Zona	F	%
Rural	2	12,5
Urbano	13	81,25
Turístico	1	6,25
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Nacionalidad	F	%
Español/a	14	87,5
Extranjero/a	2	12,5
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Estas tablas reflejan la nacionalidad y la zona de residencia de las personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago. El 87,5% son españoles y en su mayoría un 81,25% reside en zonas urbanas.

Tabla n° 9: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según los ingresos económicos.

Ingresos	F	%
Fijos	4	25
Eventuales	1	6,25
Prestación contributiva desempleo	0	0
Subsidio por desempleo	4	25
Pensión contributiva	3	18,75
Pensión no contributiva	0	0
Renta mínima	0	0
Ningún ingreso	4	25
Otra	0	0
NS/NC	0	0
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a los ingresos, se observa que el 75,25% de las personas usuarias perciben algún tipo de ingreso. En primer lugar, por subsidio por desempleo (25%) y en igual porcentaje los ingresos fijos. En segundo lugar y en menor medida, por pensión contributiva (18,75%) y por último ingresos eventuales un 6,25%. El 25% restante de las personas usuarias no tienen ningún tipo de ingreso, coincidiendo con el 25% de las personas usuarias que viven en casas de acogida.

Tabla n° 10: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según las causas judiciales

Causas judiciales	F	%
Orden de alejamiento	0	0
Relacionadas con tráfico	3	18,75
Alteración del orden público	1	6,25
Abuso sexual	1	6,25
No tiene	11	68,7
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

El 70% de las personas usuarias que no tuvieron apoyo familiar durante el tratamiento, no han cometido ningún delito y se encuentran sin causas judiciales pendientes. El 18,75% de los usuarios/as tiene sanciones relacionadas con tráfico, como retiradas de permiso de conducir, multas por exceso de velocidad, conducir bajo los efectos del alcohol, etc. Y solo un 6,25% tiene causas judiciales pendientes por abuso sexual y por alteración del orden público.

Tabla n° 11: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la situación laboral.

Situación laboral	F	%
Trabajando con contrato	4	25
Trabajando sin contrato	0	0
Parado habiendo trabajado antes	8	50
Incapacidad permanente	2	12,5
Pensionista	2	12,5
Labores del hogar	0	0
NS/NC	0	0
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfica n°3: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la situación laboral.



Fuente : Elaboración propia

La Gráfica n° 3 representa que la situación laboral de las personas usuarias sin apoyo familiar de Proyecto Drago, es claramente de desempleo en un 50%. Sólo un 25% se encuentra trabajando y el 25% restante es pensionista o tiene una incapacidad permanente. Por ello, podemos afirmar que 75% de estas personas no tienen ninguna responsabilidad laboral, lo que favorece la asistencia a las entrevistas.

Tabla n° 12: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la disponibilidad horaria

Disponibilidad	F	%
Por las mañanas	0	0
Por las tardes	1	6,25
Horario no flexible	2	12,5
Horario flexible	13	81,25
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Más del 80% de las personas usuarias que carecieron de apoyo familiar, atendidas durante el 2014 en Proyecto Drago, tenían un horario flexible para acudir al centro. Esto lo podemos relacionar con la tabla n° 11, pues las tres cuartas partes de los usuarios/as no tienen responsabilidades de trabajo y por tanto mejor disponibilidad horaria.

Tabla n° 13: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según sus tratamientos de drogodependencias.

Otros tratamientos	F	%
Por la misma droga	9	56,25
Por otra droga	0	0
No ha recibido tratamiento antes	7	43,75
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Más de la mitad de las personas usuarias que no tuvieron apoyo familiar durante su proceso, han recibido tratamiento anteriormente por su dependencia alcohólica (56,25%). El 43,75 restante no ha recibido tratamiento por consumo de tóxicos.

Tabla n° 14: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según la asistencia a las entrevistas

Asistencia	F	%
Regular	7	43,75
Intermitente	9	56,25
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Mediante la Tabla n° 14 observamos que de las personas usuarias atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014, que carecían de apoyo familiar el 56,25% asistían a las entrevistas de manera intermitente y regularmente el 43,75%.

Tabla n° 15: Personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la adquisición de hábitos saludables.

Adquiere los hábitos	F	%
Si	15	93,75
No	1	6,25
Total	16	100

Fuente: Elaboración propia

Las personas usuarias sin apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, adquieren los hábitos de vida saludables casi en un 93,75%, es decir, realizan tres comidas al día, practican ejercicio físico de manera progresiva, eliminan bebidas estimulantes y se asean de manera regular.

5.2- RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS CON APOYO FAMILIAR ATENDIDAS PROYECTO DRAGO

A continuación se muestran los resultados fruto de la recogida de datos de las personas usuarias de Proyecto Drago, atendidas en el año 2014, que contaron con apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia.

Tabla n° 16: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el sexo.

Sexo	F	%
Hombre	23	95,83
Mujer	1	4,17
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

De las 24 personas con apoyo familiar que fueron atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014, 23 (95,83%) eran hombres, y sólo una mujer contó con un familiar responsable de su tratamiento de alcohol-dependencia.

Tabla n° 17: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la edad

Edad	F	%
Menor de 25	1	4,17
26-35	2	8,33
36-45	6	25
46-55	5	20,83
56-65	8	33,33
mayor de 65	2	8,33
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

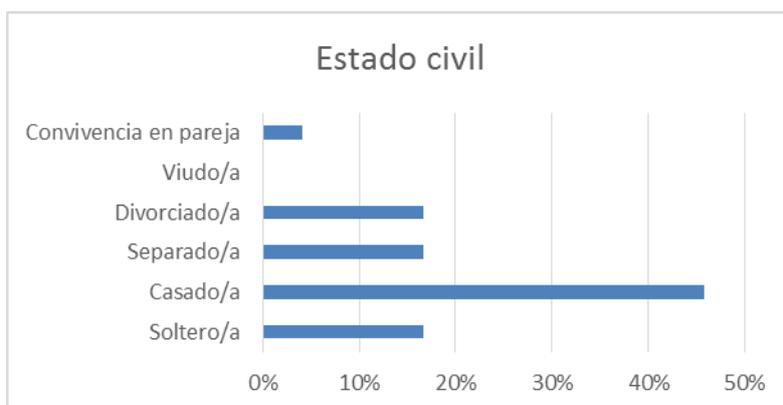
Al analizar esta tabla, observamos que la edad de las personas usuarias con apoyo familiar se concentra en el intervalo 56-65 con un 33,33%, aquellas que tienen entre 36-45 años de edad con 25% y por último con 20,83% se concentran las personas que tienen entre 46-55 años. Según estos datos podemos afirmar que el 80% de ellas tienen entre 36 y 55 años, lo que coincide con las que carecieron de apoyo familiar. A diferencia de estas, en este caso si se atendió a una persona con dicho apoyo, menor de 25 años.

Tabla n° 18: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según el estado civil

Estado civil	F	%
Soltero/a	4	16,66
Casado/a	11	45,83
Separado/a	4	16,66
Divorciado/a	4	16,66
Viudo/a	0	0
Convivencia en pareja	1	4,16
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfica n° 4: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el estado civil



Fuente: Elaboración propia

Las personas usuarias con apoyo familiar un 50,01% están casadas o conviven con su pareja. De manera menos significativa las personas que están solteras representan un 16,66% y con el mismo porcentaje las personas que se encuentran divorciadas o separadas.

Cuadro n° 19: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la convivencia en el domicilio

Convivencia en el domicilio	F	%
Solo/a	6	25
Familia adquirida	11	45,83
Familia de origen	5	20,83
Piso/casa compartida	1	4,16
Casa de acogida	0	0
Sin domicilio	0	0
NS/NC	1	4,16
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la convivencia en el domicilio de las personas usuarias de Proyecto Drago y destaca que casi el 70% convive en compañía, bien por su familia de origen (20,83%), por su familia adquirida (45,83%) o en piso compartido (4,16%). El 30% restante viven solas, lo que dificulta enormemente el acompañamiento de la familia durante el proceso de tratamiento.

Tabla n° 20 Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según los estudios realizados

Estudios realizados	F	%
No sabe leer ni escribir	0	0
Enseñanza primaria incompleta	2	8,33
Enseñanza primaria completa	6	25
Enseñanza secundaria	11	45,83
Bachillerato	3	12,5
Estudios universitarios	2	8,33
Estudios pos-universitarios	0	0
NS/NC	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Las personas atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014 con apoyo familiar, tienen nivel de estudios de bachillerato y enseñanza secundaria (58,33%) seguido de enseñanza primaria completa con un 25% y en menor medida estudios superiores con un 8,33%. Estos datos han cambiado en relación al 2013 pues en la memoria de dicho año, en la variable “estudios realizados”, en primer lugar, se encuentran los que han terminado los estudios primarios con un 26,51 %, seguido de los que han finalizado el graduado escolar con un 25,90 %, el resto no tenían ningún tipo de estudios.

Tablas n° 21 y 22: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la zona de residencia y nacionalidad

Zona	F	%
Rural	6	25
Urbano	6	25
Turístico	12	50
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Nacionalidad	F	%
Español/a	22	91,67
Extranjero/a	2	8,33
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Estas tablas reflejan la nacionalidad y la zona de residencia de las personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago. Más del 90% son españoles y el 50% reside en una zona turística, en menor medida con un 25% las personas residen en zonas urbanas y rurales.

Tabla n° 23: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según los ingresos económicos

Ingresos	F	%
Fijos	8	33,33
Eventuales	0	0
Prestación contributiva desempleo	0	0
Subsidio por desempleo	6	25
Pensión contributiva	5	20,83
Pensión no contributiva	1	4,16
Renta mínima	0	0
Ningún ingreso	4	16,66
Otra	0	0
NS/NC	0	0

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a los ingresos, se observa que el 83% de las personas usuarias perciben algún tipo de ingreso. En primer lugar, los ingresos fijos con un 33.33%, seguido del subsidio por desempleo con un 25%, luego la pensión contributiva con un 20,83% y por último pensión no contributiva con un 4,16%. El 16,66% restante de los usuarios no tienen ningún tipo de ingreso.

Tabla n° 24: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según las causas judiciales

Causas judiciales	F	%
Orden de alejamiento	3	12,5
Relacionadas con tráfico	1	4,16
Alteración del orden público	0	0
Abuso sexual	0	0
No tiene	20	83,33
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

El 83,33% de las personas usuarias que tuvieron apoyo familiar durante el tratamiento, no han cometido ningún delito y se encuentran sin causas judiciales pendientes. Un 12,5% tiene vigente una orden de alejamiento hacia su pareja. Y solo un 4,16% de los/las usuarios/as tiene sanciones relacionadas con tráfico, como retiradas de permiso de conducir, circular bajo los efectos del alcohol, etc.

Tabla n° 25: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la situación laboral

Situación laboral	F	%
Trabajando con contrato	7	29,16
Trabajando sin contrato	1	4,16
Parado habiendo trabajado antes	9	37,5
Incapacidad permanente	1	4,16
Pensionista	6	25
Labores del hogar	0	0
NS/NC	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

La situación laboral de las personas usuarias que tuvieron apoyo familiar en Proyecto Drago es de desempleo en un 37,5%. Un 29,16 % se encuentra trabajando, el 25% restante es pensionista, un 4,16% trabaja sin contrato y un 4,16% tiene una incapacidad permanente. Por ello, podemos afirmar que 70,5% de estas personas no tienen responsabilidades laborales y poseen un horario con mayor flexibilidad.

Tabla n° 25: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la disponibilidad horaria

Disponibilidad	F	%
Por las mañanas	1	4,16
Por las tardes	4	16,66
Horario no flexible	0	0
Horario flexible	19	79,16
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la disponibilidad horaria de las personas atendidas durante el 2014 en Proyecto Drago que tuvieron apoyo familiar, casi el 80% tenía un horario flexible para acudir al centro. Esto lo podemos relacionar con la cuadro n° 25, pues el 70,5% de los usuarios/as no tienen responsabilidades de trabajo y por tanto mayor disponibilidad horaria.

Tabla n° 27: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según sus tratamientos de drogodependencias.

Otros tratamientos	F	%
Por la misma droga	9	37,5
Por otra droga	1	4,16
No ha recibido tratamiento antes	14	58,33
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Tal y como refleja la Tabla n° 27, el 58,33% de las personas usuarias que tuvieron apoyo familiar durante su proceso, no han recibido tratamiento anteriormente por su dependencia alcohólica y un 40% restante ha recibido tratamiento por consumo de alcohol.

Tabla n° 28: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la asistencia a las entrevistas

Asistencia	F	%
Regular	24	100
Intermitente	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla n° 29: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la adquisición de hábitos saludables

Adquiere los hábitos	F	%
Si	24	100
No	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Las Tablas n° 28 y 29 evidencian que el 100% de las personas usuarias atendidas en Proyecto Drago durante el año 2014, que tuvieron apoyo familiar adquirieron los hábitos de vida saludables pautados por el equipo terapéutico y asistieron de manera regular a las entrevistas pautadas.

Tabla n° 30: Personas usuarias con apoyo familiar atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago la intensidad del apoyo familiar en la deshabitación

Intensidad	F	%
Alto	19	79,16
Intermedio	5	20,83
Bajo	0	0
Ausente	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere al apoyo del familiar responsable se ha mantenido casi en un 80% en un alto nivel de intensidad en la deshabitación y de manera intermedia con un 20%. De manera global se puede afirmar que el apoyo prestado por los familiares responsables del tratamiento ha sido favorable al mismo.

5.3- RESULTADOS DE LOS/LAS FAMILIARES RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS USUARIAS ATENDIDAS EN PROYECTO DRAGO

Para finalizar, se presentan los resultados obtenidos de los/as familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias de Proyecto Drago, atendidas en el año 2014.

Tabla n° 31: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el sexo.

Sexo	F	%
Hombre	1	4,17
Mujer	23	95,83
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

La Tabla n° 31 refleja el porcentaje de hombres y mujeres que fueron responsables del tratamiento de sus familiares durante su proceso, y observamos que el 95,83% eran mujeres frente a un 4,17% de hombres. Estos resultados coinciden íntegramente con el porcentaje de hombres que tuvieron apoyo familiar, por lo que se deduce que son mujeres las responsables del tratamiento de los hombres.

Tabla n° 32: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la edad

Edad	F	%
Menor de 25	1	4,2
26-35	3	12,5
36-45	5	20,8
46-55	4	16,7
56-65	6	25
mayor de 65	5	20,8
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la edad de los familiares de apoyo, la mayoría, tiene entre 36 y 45 años o más de 65, ambos intervalos con un 20,8%. Seguidamente se encuentran las personas que tienen entre 56 y 65 años con un 25%, luego entre 46 y 55 años y en menor medida las que tienen 35 años o menos.

Tabla n° 33: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el estado civil

Estado civil	F	%
Soltero/a	3	12,5
Casado/a	17	70,8
Separado/a	1	4,2
Divorciado/a	0	0
Viudo/a	1	4,2
Convivencia en pareja	2	8,3
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

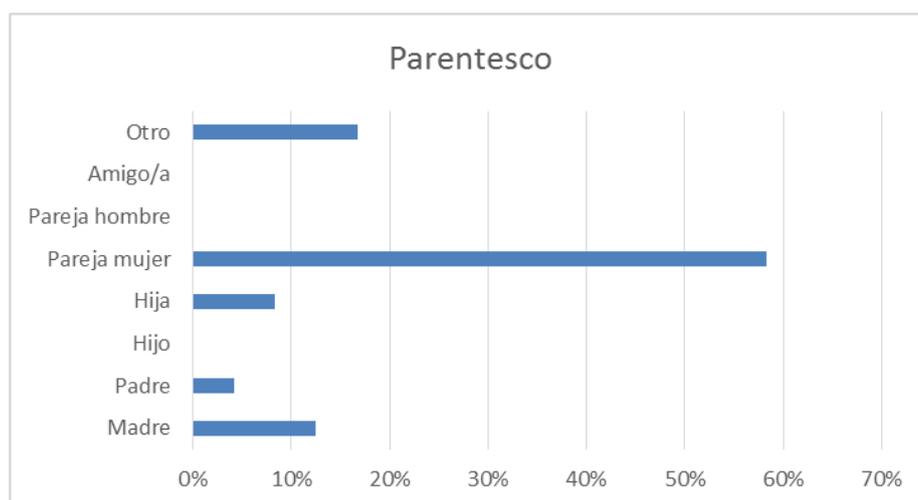
La Tabla n° 33 muestra el estado civil de los/las familiares responsables del tratamiento, y observamos que el 70,8% están casados/as, seguido de un 12,5% de solteros y en menor medida personas separadas, viudas o que conviven en pareja.

Tabla n° 34: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el parentesco

Parentesco	F	%
Madre	3	12,5
Padre	1	4,2
Hijo	0	0
Hija	2	8,3
Pareja mujer	14	58,3
Pareja hombre	0	0
Amigo/a	0	0
Otro	4	16,7
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfica n° 5: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según el parentesco



Fuente: Elaboración propia

La Gráfica n° 5, muestra que un 58,3% de las personas que prestan apoyo familiar durante el tratamiento son las parejas de los usuarios, seguido de las madres con un 12,5%. Es necesario destacar que el único hombre que presta apoyo es el padre de la usuaria (4,2%). En la opción “otros” todos los resultados, es decir el 16,7%, eran apoyos femeninos, suegras, cuñadas, etc.

Tablas n° 35 y 36: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la zona de residencia y nacionalidad.

Zona	F	%
Rural	9	37,5
Urbano	3	12,5
Turístico	12	50
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Nacionalidad	F	%
Español/a	23	95,8
Extranjero/a	1	4,2
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a la nacionalidad y la zona de residencia de los familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, más del 95% son españoles y el 50% reside en una zona turística y con un 38% en zonas rurales y un 12,5% en zonas urbanas, estos datos coinciden con los de las personas usuarias con y sin apoyo familiar.

Tabla n° 37: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la situación laboral

Situación laboral	F	%
Trabajando con contrato	9	37,5
Trabajando sin contrato	1	4,2
Parado habiendo trabajado antes	2	8,3
Incapacidad permanente	0	0
Pensionista	5	20,8
Labores del hogar	1	4,2
NS/NC	6	25
Total	24	100

Fuente Elaboración propia

Gráfica n° 6: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago según la situación laboral



Fuente: Elaboración propia

En relación a la situación laboral de los familiares de apoyo, es necesario destacar que el 37,5% se encontraba trabajando con contrato, frente a un 33,3% que no tienen responsabilidades laborales como desempleados, pensionistas y labores del hogar. A pesar de esta situación la disponibilidad del tiempo, y de igual modo la asistencia a las entrevistas, es muy favorable durante el tratamiento.

Tabla n° 38: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según los ingresos económicos

Ingresos	F	%
Fijos	10	41,7
Eventuales	0	0
Prestación contributiva desempleo	0	0
Subsidio por desempleo	0	0
Pensión contributiva	5	20,9
Pensión no contributiva	0	0
Renta mínima	0	0
Ningún ingreso	2	8,3
Otra	0	0
NS/NC	7	29,1
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla anterior, observamos que en función de la situación laboral, la mayoría de los/las familiares (62,9%) perciben algún tipo de ingreso ya sean fijos o por pensiones contributivas. El 8,3 % no percibe ingresos y el resto (29,1%) no consta en el expediente del/la usuario/a.

Tablas n° 39 y 40: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la asistencia a las entrevistas y el consumo de tóxicos.

Asistencia	F	%
Regular	24	100
Intermitente	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Consumo	F	%
No consume tóxicos	24	100
Consume alcohol	0	0
Consume otras drogas	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Tal y como reflejan las Tablas n° 39 y 40 el 100% de los familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, asistía de manera regular a las entrevistas pautada y no consumía ningún tipo de tóxico.

Tabla n°41: Familiares responsables del tratamiento de las personas usuarias, atendidas durante el año 2014 en Proyecto Drago, según la disponibilidad horaria

Disponibilidad	F	%
Por las mañanas	2	8,3
Por las tardes	6	25
Horario no flexible	0	0
Horario flexible	16	66,7
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Como se ha nombrado anteriormente, el 66,7% de las personas responsables del tratamiento tienen una la disponibilidad flexible, lo que beneficia la implicación durante el proceso. Por otro lado, el 25% tiene más posibilidades de acudir por las tardes y en menor medida, un 8,3% por las mañanas. Para solventar estas diferencias de horarios, Proyecto Drago atiende a las personas usuarias en ambos turnos, y así favorecer la asistencia durante todo el programa.

6- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez presentados los resultados obtenidos de la extracción de datos de los expedientes de las personas usuarias de Proyecto Drago, se contrastan con hipótesis formuladas con anterioridad.

H1: Más de la mitad de las personas usuarias tuvieron apoyo familiar durante su tratamiento de alcohol-dependencia.

H2: Las personas usuarias con y sin apoyo familiar durante su tratamiento, son hombres y tienen entre 36 y 65 años de edad.

H3: Gran parte de las personas usuarias con apoyo familiar durante su tratamiento, están casadas frente a las que carecen de dicho apoyo que en su mayoría están solteras.

Tal y como reflejan los datos expuestos en el apartado anterior, podemos afirmar que más de la mitad de las personas usuarias atendidas el año 2014, un 60%, tuvieron apoyo de algún familiar durante su tratamiento en el centro. Este ha sido prestado por alguien de confianza y comprometido con el proceso de la persona, lo que se ajusta a la definición de García (2011).

Más del 95% de las personas usuarias eran varones, tanto con apoyo como sin él, pues en Proyecto Drago, según la Memoria correspondiente al año 2014, la prevalencia de hombres que acudieron al centro, se sitúa en un 73% frente a un 27% de mujeres. En general las edades de las personas usuarias atendidas en ese mismo año, se comprenden entre los 36 y 65 años. Como ya se ha señalado, según Puig (2014), el alcoholismo afecta de manera mayoritaria a los varones y dado el “silencio clínico” de la enfermedad, la sintomatología de la dependencia, se hace visible a edades más tardías, en sus inicios es difícilmente detectable y el caso del alcohol puede alcanzar largos periodos de tiempo.

En lo que se refiere al estado civil de las personas usuarias que contaron con apoyo familiar, podemos decir que casi la mitad estaban casados y además recibían la ayuda por parte de sus parejas. Por otra parte, el 80% de las personas que no tenían apoyo, se encontraban sin pareja, por lo que se puede afirmar que tener una relación sentimental favorece tener dicho apoyo durante un tratamiento de alcohol-dependencia.

Como manifestaba García (2011), el apoyo puede provenir de familia extensa, nuclear o amigos/as, aunque el vínculo del familiar de puede ser de consanguinidad, madre o padre, hijo o hija, pareja sentimental, abuelo o abuela, tío o tía, puede ser prestado por cualquier persona sin parentesco que adquiera los compromisos del programa.

H4: Más de la mitad de las personas usuarias con apoyo familiar durante su tratamiento, tenían trabajo mientras realizaban el proceso, frente a los que no lo tuvieron que se encontraban sin responsabilidades laborales.

Podemos observar que solo un 29,16% de las personas usuarias con apoyo se encontraban activos, frente a un 37,5% que se estaban en situación de desempleo, por lo que no tenían ninguna responsabilidad laboral. Estos datos, se repiten en el caso de las personas que carecían de apoyo familiar, pues solo un 25% tenía trabajo en ese momento, y un 50% carecían de empleo. Estos datos se relacionan con el estado del desempleo en Canarias, que al finalizar el año 2013, la tasa de paro se colocaba en el 33,09% (ISTAC, 2013).

Durante este proceso, es necesario que las personas usuarias mantengan su tiempo libre ocupado por actividades que no tengan relación con el consumo del alcohol, por ello, conservar un puesto de trabajo con sus correspondientes responsabilidades, favorece el sentido del compromiso con el empleo y por consiguiente con el programa. En lo que se refiere a las personas que se encuentran en situación de desempleo, Gutiérrez (2007), refleja, que por parte de los/as profesionales del Trabajo Social, el acompañamiento en la inserción laboral es fundamental y se debe realizar un diagnóstico de empleabilidad, lograr la reinserción socio-laboral y mantener el seguimiento de la misma.

Además, Peraza y Martín (2007) señalan que a la persona que presenta problemas con el alcohol, se le debe ofrecer y garantizar un tratamiento integral, atendiendo todas las parcelas de su vida que se hayan visto afectadas por la enfermedad, no solo la parte orgánica y psicológica, sino aquellos aspectos sociales como el empleo, que puedan estar perjudicados.

H5: La mayoría de las personas usuarias con apoyo familiar no han recibido tratamiento anteriormente por su alcohol-dependencia, frente a las que carecían de dicho apoyo que si lo han recibido.

Haciendo referencia a si la persona ha recibido antes tratamiento o no, podemos afirmar que casi un 60% de las personas que tuvieron apoyo, acudían al centro por primera vez. Por el contrario, el 56% de las que carecieron del mismo ya habían recibido tratamiento por la misma droga. Este dato, se relaciona directamente con la ausencia del familiar responsable en el proceso.

Como ha quedado patente, la familia se encuentra presente durante todas las fases de la atención a las drogodependencias, y prescindir de este apoyo puede conllevar a la vuelta al comportamiento adictivo. Por esta razón, es de gran importancia mostrar a la familia su necesaria implicación con la persona usuaria durante todo el tratamiento, tener una vida más o menos normalizada, con buenas relaciones interpersonales, beneficia el mantenimiento de la abstinencia y la fijación de hábitos de vida saludables (Olivares, 2002).

H6: La mayoría de los familiares responsables del tratamiento, son mujeres que mantienen con el usuario, una relación de pareja.

H7: La mayoría de los familiares responsables del tratamiento no consumen ningún tipo de drogas.

H8: Todos los familiares responsables del tratamiento acuden de manera regular a las entrevistas.

Como se ha nombrado anteriormente, son las parejas sentimentales las que se encargan del apoyo al usuario, más concretamente un 95,5% y con edades comprendidas, en su mayoría, entre los 56 y 65 años. A partir de los datos obtenidos, se observa que absolutamente todos los/las familiares responsables asisten de manera regular a las entrevistas, el hecho de que un 33,3% no tengan responsabilidades laborales, favorece dicha disponibilidad.

De igual forma ninguna de las personas responsables del tratamiento consume drogas. Este último dato es de vital importancia, pues no está permitido ser familiar de apoyo mientras se consume alguna sustancia y mucho menos mientras se mantienen conductas adictivas, Tal y como reflejan “Las Normas y Deberes de la familia y/o acompañantes” de Proyecto Drago, la finalidad que se persigue es realizar una vida libre de drogas, asimismo la familia no puede consumir ningún tipo de droga y en el caso del alcohol evitar tenerlo en casa, de cualquier tipo, incluso cocinar con él.

H9: El apoyo familiar durante el tratamiento de alcohol-dependientes favorece la adquisición de hábitos saludables y la asistencia regular a las entrevistas pautadas por el equipo terapéutico.

Los resultados muestran, que íntegramente el total de las personas con apoyo familiar adquieren hábitos de vida saludable y se muestran participativos en el proceso acudiendo regularmente a las entrevistas, al igual que sus acompañantes.

La familia según Zapata (2009), debe convertirse en un soporte importante para la atención de la drogadicción, por ello debe integrarse de manera comprometida desde el inicio del tratamiento y participando activamente en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Además debe favorecer el mantenimiento de los compromisos que la persona usuaria debe realizar en su día a día.

Asimismo, los resultados sobre la adquisición de hábitos saludables de las personas usuarias que carecieron de apoyo familiar no distan de los que sí lo tuvieron, puesto que solo una persona (6,25%) no realizó las indicaciones relacionadas con llevar una vida sana. Esto refleja que no influye el hecho de vivir solo/a, en compañía o en casa de acogida, pues en todos los casos se comprometen con lo pautado por el equipo terapéutico.

7- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Como ha quedado reflejado, el presente estudio se articula en tres ejes fundamentales: el alcoholismo, la atención a las personas alcoholdependientes y la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento. En este último, se ha centrado gran parte de la investigación y la conclusión principal se resume, en que la familia debe ser parte activa en el tratamiento de las drogodependencias, pues cuando se conoce la enfermedad de la adicción a las drogas y se involucra en el proceso, la persona usuaria tiene condiciones más favorables ante la recuperación.

Ha quedado justificada la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento de la alcohol-dependencia, pero no podemos olvidar que la familia tiene además un papel de crucial importancia en la prevención de conductas adictivas, pues es el primer espacio

socializador para el individuo y, como tal, debe tener una función activa en la prevención, a través de una buena acción educativa.

He de resaltar que Proyecto Drago, es un recurso asistencial que gestiona Cáritas Diocesana de Tenerife, y se encuentra integrado en la Red Asistencial de Drogodependencias del Gobierno de Canarias. Su finalidad, es afrontar los trastornos de alcohol (abuso y dependencia), de las personas mayores de edad que precisan tratamiento integral (social, médico y psicológico). Pero en lo que se refiere a la prevención, solo ejecuta algunas acciones como por ejemplo, charlas informativas en la Universidad de La Laguna, por lo que el público al que se dirige es mayor de dieciocho años.

Como propuesta, me parece interesante incluir dentro del recurso, un área de prevención, con servicios enfocados a la información en el ámbito escolar, orientación y asesoramiento a padres y madres sobre las drogodependencias y así conjuntamente, reforzar y apoyar conductas saludables, tanto en los centros educativos, como en el seno familiar.

Dado el índice de personas atendidas durante el año 2014 en situación de desempleo, sugiero como recomendación, ampliar la red de coordinación de Proyecto Drago con más recursos orientados al empleo. A pesar de su conexión con el Programa de Empleo de Cáritas Diocesana, ubicado en Santa Cruz de Tenerife, que ofrece orientación, formación e intermediación laboral, considero que este servicio resulta escaso para la demanda de formación y trabajo que se genera en el centro. Sería ideal que, Proyecto Drago se coordinara con más recursos de este tipo y además, de diferentes municipios para abarcar la totalidad de las necesidades laborales que presentan las personas usuarias.

En definitiva, el estudio ha permitido alcanzar los objetivos que se plantearon, es decir, conocer la influencia del apoyo familiar en el tratamiento personas alcohol-dependiente en Proyecto Drago. Los resultados fruto de la investigación coinciden, en gran medida, con las hipótesis formuladas, así como con las aportaciones de los autores que conforman el marco teórico del estudio.

Para terminar y a título personal, me gustaría expresar que la realización de este trabajo fin de grado me ha supuesto una experiencia muy enriquecedora, ya que, he tenido la oportunidad de conocer aún más la intervención con las personas usuarias de Proyecto

Drago. He de destacar el buen trato y la predisposición del equipo terapéutico del centro, puesto que formaron parte del trabajo de campo de esta investigación, dejando a mi libre disposición los expedientes de las personas usuarias para hacer la recogida de datos.

Tras realizar mis prácticas externas en Proyecto Drago, llevar un año vinculada a la entidad con voluntaria, y realizar este trabajo fin de grado, valoro tanto el crecimiento personal como los conocimientos que he adquirido. Antes de comenzar el Grado en Trabajo Social, tenía claro que mi futuro profesional iba a estar ubicado en el ámbito de las drogodependencias y, a lo largo de este último año, donde también he cursado la asignatura de Trabajo Social y Drogodependencias, he terminado de asegurar mi predilección por este campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackoff y Miller (1977). *Metodología de la Investigación. Técnicas de estudio*. Disponible en: <http://www.tecnicas-de-estudio.org/investigacion/investigacion5.htm>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Washington, DC. Disponible en: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Beneit, J.; García, C. y Mayor, L. (1997). *Intervención en drogodependencias: Un Enfoque Multidisciplinar*. Madrid: Síntesis
- Bernabé, M. (2011). *La familia como agente socializador*. Disponible en: <http://ocw.umh.es/ciencias-sociales-y-juridicas/sociedad-familia-y-educacion/materiales-de-aprendizaje/unidad-4/unidad-4-parte-i.pdf>
- Calvo, H. y Lucas, A. (2007). *Intervención con la familia desde los centros de día*. Salamanca: Oasis.
- Estruch, R. (2002). *Efectos del alcohol en la fisiología humana*. Barcelona. Disponible en: <http://www2.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf>
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2009). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Valencia: FARE.
- Fundación Por un Mundo sin Drogas.org. Disponible en: <http://es.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>
- García, A. (2011). *Prevención de Recaídas*. (Proyecto DRAGO) Cáritas Diocesana de Tenerife.
- García, J. (2010). *La relevancia de la función educadora de la familia*. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_35/JUAN_GARCIA_1.pdf
- Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, (2015). *III Plan Canario sobre Drogas*. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>

- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2015). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria1/presenta/home.htm>
- Gutiérrez, A. (coord) (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Académicas.
- Infodrogas.org. Disponible en: <http://infodrogas.org/inf-drogas/alcohol?start=1>
- Instituto Canario de Estadística, (2013) *Tasas de actividad, paro y empleo según sexos y grupos de edad*. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
- Jiménez, M.; Pascual, P.; Flórez, G. y Contel, M., (2007). *Guía Clínica de Alcoholismo*. Valencia: Martín Impresores.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, (2007). *Guía sobre Drogas*, Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2015). *Plan nacional sobre drogas*. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Monasterio, R., Armendáriz, L. y García, A. (2013) “*Las Normas y Deberes de la familia y/o acompañantes de Proyecto Drago*” (Memoria) Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Monasterio, R., Armendáriz, L. y García, A. (2014). *El Alcohol, epidemiología y efectos en el organismo*. (Proyecto DRago) Cáritas Diocesana de Tenerife.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2011). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2015). *Informe 2013*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>
- Olivares, D. (2002). *Actualización en Drogodependencias, Epidemiología, Patología y Tratamiento del alcoholismo*. Madrid: Gráficas la Paz de Torredonjimeno
- Organización Mundial de la Salud, (2015). Disponible en: <http://boards5.melodysoft.com/forofree/definicion-de-drogas-segun-la-oms-52.html>
- Palacios y Rodrigo (2007). La familia, pieza clave en la drogodependencia. En Peraza, C. y Martín, L. (coords.). *La familia ante el problema de las drogodependencias*. (pp.311-325) Tenerife: Litografía A. Romero.

- Pascual, F. y Velasco, A. (2012). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Valencia: FARE.
- Peraza, C. y Martín, L. (coords). (2007). *La familia pieza clave en la drogodependencia*. Tenerife: Litografía A. Romero.
- Puig, J. (2014). *Las Adicciones*. Disponible en: <http://www.tratamientoalcoholismo.es/las-adicciones/que-son-las-adicciones/>
- Puyol, B. y Tosco, P. (2007). Funciones de la familia hoy. En Peraza, C. y Martín, L. (coords.) *La familia ante el problema de las drogodependencias*. (pp.437-448) Tenerife: Litografía A. Romero.
- Rodríguez, C. (2014). *Cinco Factores Clave que predisponen las adicciones*. Disponible en: <http://www.salud180.com/jovenes/cinco-factores-clave-que-predisponen-las-adicciones>
- Rodríguez, M. (2007). La integración socio-laboral de drogodependientes Premisas de intervención. *Salud y Drogas; Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. (p.187-203). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970113.pdf>
- 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.
- Secades, R. Fernández, J. García, G. y Al-Halabi, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona. Disponible en: <https://www1.diba.cat/uliep/pdf/53106.pdf>
- Servicio Canario de Salud, (2015). *Guía de Ocio Saludable*. Disponible en: <http://www.guiaociosaludable.com/mapa-de-recursos/>
- Steinberg, L. y Silk, J. (2002) en López, I (2006). *El apoyo social de familias en situación de riesgo*. Fundación Acción Familiar. Disponible en: http://www.accionfamiliar.org/sites/default/files/fundacion/files/publicaciones/publicacion/doc_04-06_el_apoyo_social_de_familias_en_riesgo.pdf
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Disponible en: <http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

- Zapata, A. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas: *Revista CES Psicología*, volumen 2, (2) 86-94. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de: [Dialnet-LaFamiliaSoporteParaLaRecuperacionDeLaAdiccionALas-3179993.pdf](#)

ANEXOS

ANEXO I: Instrumento de recogida de información de las personas usuarias

INFORMACIÓN REFERENTE AL USUARIO → N° USUARIO:

1. Sexo.

1)-Hombre

2)- Mujer

2. Apoyo familiar.

1) Si

2) No

3. Edad.

1) Menor de 25

3) 36-45

5) 56-65

2) 26-35

4) 46-55

6) Mayor de 65

4. Estado civil.

1) Soltero/a

3) Separado/a

5) Viudo/a

2) Casado/a

4) Divorciado/a

6) Convivencia con pareja

5. Convivencia en el domicilio.

1) Solo/a

4) Piso/casa compartido/a

6) Sin domicilio

2) Familia adquirida

5) Casa de acogida, albergue, etc.

7) NS/NC

3) Familia de origen

6. Estudios realizados.

1) No sabe leer ni escribir

2) Enseñanza primaria incompleta

3) Enseñanza primaria completa

4) Enseñanza Secundaria

5) Bachillerato

6) Estudios universitarios

7) Estudios pos-universitarios

8) NS/NC

7. Lugar de residencia (Zona)

- 1) Rural
- 2) Urbano
- 3) Turístico

8. Nacionalidad

- 1) Español /a
- 2) Extranjero/a

9. Ingresos económicos.

- 1) Fijos
- 2) Eventuales
- 3) Prestación contributiva desempleo
- 4) Subsidio: desempleo/carga familiar
- 5) Pensión contributiva
- 6) Pensión no contributiva
- 7) Renta mínima
- 8) Ningún ingreso
- 9) Otra:
- 10) NS/NC

10. Causas judiciales

- 1) Orden de alejamiento.
- 2) Relacionadas con tráfico
- 3) Alteración del orden público
- 4) Abuso sexual
- 5) No tiene

11. Situación laboral.

- 1) Trabajando con contrato indefinido
- 2) Trabajando con contrato temporal
- 3) Trabajando sin contrato
- 4) Autónomo
- 5) Parado habiendo trabajado antes
- 6) Incapacidad permanente
- 7) Pensionista
- 8) Labores del hogar
- 9) NS/NC

12. Disponibilidad horaria.

- 1) Disponible por las mañanas
- 2) Disponible por las tardes
- 3) Horario no flexible
- 4) Horario flexible

13. Otros tratamientos.

- 1) Por la misma droga
- 2) Por otra droga
- 3) No ha recibido tratamiento

14. Antecedentes familiares.

- | | | |
|--------------|----------------------|---------------------|
| 1) Ninguno | 5) Abuelo/a paternos | 8) Tíos/as maternos |
| 2) Padre | 6) Abuelo/a maternos | 9) NS/NC |
| 3) Madre | | |
| 4) Hermano/a | 7) Tíos/as paternos | |

15. Asistencia a las entrevistas

- 1) Asiste regularmente
- 2) Asiste de manera intermitente

16. Adquisición de hábitos saludables

- 1) Si
 - Realiza tres comidas al día
 - Ejercicio físico progresivo
 - Eliminación de bebidas estimulantes
 - Aseo regular
- 2) No
- 3) NS/NC

17. Intensidad del apoyo familiar durante la desintoxicación

- 1) Alto
- 2) Intermedio
- 3) Bajo
- 4) Ausente

8. Situación laboral.

- 1) Trabajando con contrato indefinido
- 2) Trabajando con contrato temporal
- 3) Trabajando sin contrato
- 4) Autónomo
- 5) Parado habiendo trabajado antes
- 6) Incapacidad permanente
- 7) Pensionista
- 8) Labores del hogar
- 9) NS/NC

9. Ingresos económicos.

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| 11) Fijos | 14) Subsidio:
desempleo/carga
familiar | 16) Pensión no
contributiva |
| 12) Eventuales | 15) Pensión
contributiva | 17) Renta mínima |
| 13) Prestación
contributiva
desempleo | | 18) Ningún ingreso |
| | | 19) Otra: |
| | | 20) NS/NC |

10. Asistencia a las entrevistas.

- 1) Asiste regularmente
- 2) Asiste de manera intermitente

11. Consumo de tóxicos.

- 1) No consume tóxicos
- 2) Consumo de Alcohol
- 3) Consumo de otras drogas

12. Patología.

- 1) Tiene alguna patología:.....
- 2) No tiene patologías.

13. Disponibilidad horaria.

- 1) Disponible por las mañanas
- 2) Disponible por las tardes
- 3) Horario no flexible
- 4) Horario flexible