



LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS EN LA FAMILIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

AUTOR: NAUZET GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ

TUTORA: BERTA PUYOL LERGA

JUNIO 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. JUSTIFICACIÓN	4
2. CONTEXTO TEORICO	5
2.1. DROGAS Y ADICCIONES	5
2.1.1. Concepto y clasificación de drogas	5
2.1.2. Definición de dependencia	6
2.1.3. Procesos de tratamiento	8
2.1.4. Recursos de atención a personas drogodependientes	9
2.2. CONSECUENCIAS FAMILIARES DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS	11
2.2.1. La familia en el proceso de rehabilitación de una adicción	14
2.2.2. La familia como red de apoyo en la integración social	16
2.3. ROL DEL TRABAJO SOCIAL	17
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MÉTODO	22
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	23
4.2. HIPÓTESIS	23
4.3. VARIABLES	23
4.4. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	24
4.5. TÉCNICAS DE RECOGIDAS DE DATOS	24
4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	24
5. RESULTADOS	24
5.1. OPINIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	24
5.2. OPINIÓN DE LOS/AS FAMILIARES RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	37

5.3. RESUMEN DE LOS DATOS OBTENIDOS	51
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	61
ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS	61
ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA LOS/AS FAMILIARES RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	64

INTRODUCCIÓN

La idea de esta investigación surge tras la realización de las prácticas externas del Grado de Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias, concretamente en el Centro de Día “Cercado del Marqués” el cual pertenece a San Miguel Adicciones. Es por ello, que se ha indagado en la opinión de profesionales especializados en el tema y familiares de personas drogodependientes, sobre las consecuencias de la dependencia a las drogas en la familia.

Comenzamos entrevistando a 27 trabajadores/as de diferentes profesiones tales como: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Pedagogía y Farmacia, los cuales de media cuentan con más de 20 años de experiencia en el campo de las drogodependencias, lo cual nos ayudaría a conocer su opinión sobre dicho tema desde un punto de vista profesional.

Además, realizamos una encuesta a 20 familias de personas drogodependientes, que actualmente se encuentran en tratamiento de deshabituación de las mismas y así saber la experiencia que han vivido.

Este estudio se divide en una serie de apartados, como son: la justificación, es decir, el porqué de la investigación, el contexto teórico, que presenta la revisión bibliográfica realizada sobre el tema de estudio, los objetivos (generales y específicos) que se pretenden conseguir, el método (características generales, hipótesis, variables, población, periodo temporal y ámbito, técnica de recogida de datos, análisis de los datos). Y por último, los resultados obtenidos con la discusión y conclusiones realizadas al respecto.

1. JUSTIFICACIÓN

En primer lugar, antes de mencionar el porqué de una investigación que explique las consecuencias de la dependencia a las drogas en la familia, tenemos que hacer alusión a una serie de factores de riesgo que pueden dar lugar a dicha dependencia.

Como señala Guisa (2005) al consumo de sustancias por parte de alguno de los progenitores o de los dos, tiene consecuencias en los/as hijos/as de la pareja, repercute negativamente en los menores afectando a su capacidad socializadora con sus iguales, rechazo a dedicar atención a otras actividades, imitación de patrones de conducta, trastornos mentales, diferentes problemas de salud, etc.

Por lo tanto, la realización de una investigación que explique el impacto psicosocial de la dependencia a las drogas en la familia la podemos justificar en los estudios de diferentes autores que han podido comprobar lo siguiente:

Santiago (2016) pudo demostrar que surgen problemas de diferente índole en los familiares de personas drogodependientes: problemas de salud, conyugales (si el hijo/a es consumidor/a), económicos o falta de comunicación en la familia.

Además, Pascual (2015) hace alusión a otro tipo de circunstancias que pueden aparecer como maltratos (físico o psicológico), desconfianza o mentiras en el entorno familiar.

También, es importante destacar que a la familia posiblemente le ha afectado la adicción de la persona drogodependiente, surgiendo en ellos/as sentimientos de rabia, ira o rencor, lo cual hace necesario realizar intervención terapéutica también con ellos/as para que el tratamiento del usuario/a sea de forma integral.

Por lo tanto, como señalan Torres (2007), Lucas (2005) o Carmona (2014), la importancia de la familia y el papel principal que cumplen en el tratamiento de rehabilitación de la persona drogodependiente para que sea un éxito, no solo se debe a la "curación" de esta enfermedad que es crónica, sino del núcleo familiar completo, el cual se ha podido ver dañado y perjudicado por la misma.

De igual modo, otros estudios (Girón y cols., 2002; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Becoña y Cortés, 2008 s.r.f. Clínica Aprovedat, 2014) demostraron que aquellos/as usuarios/as que han contado con el compromiso de las familias en el proceso de rehabilitación, la tasa de abandono del mismo es menor, los resultados obtenidos son más favorables, ya que el abordaje de

la problemática no sólo con el usuario/a sino con toda la familia proporciona un tratamiento integral a la situación .

Otro factor importante por el que la familia deberá de implicarse en el proceso de tratamiento de la persona enferma, como sugiere Zapata (2009), es que su participación, posibilita el conocer técnicas y habilidades de afrontamiento a lo largo del proceso de tratamiento.

La familia cumple un papel importante y difícil en la recuperación de la persona drogodependiente, por lo tanto, trabajar con ellos de forma individual y grupal en intervención familiar favorece de forma significativa el que el tratamiento sea efectivo tanto para el/la usuario/a como para el resto del núcleo familiar. Destacar, que los/as profesionales deberán de dar instrucciones, pautas y directrices a aquellas personas que convivan con la persona adicta para poder afrontar de manera efectiva situaciones de recaída producidas por el síndrome de abstinencia, enseñando técnicas y habilidades de afrontamiento a las mismas.

2. CONTEXTO TEORICO

A continuación, se presentan las aportaciones teóricas existentes sobre consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en la familia.

2.1. DROGAS Y ADICCIONES

En este apartado, hacemos alusión al concepto de drogas, adicción, dependencia y criterios para determinar la misma, recursos existentes en el campo de las drogodependencias y el tratamiento habitual que se lleva a cabo.

2.1.1. Concepto y clasificación de drogas

En primer lugar, hay que destacar que son diversas las formas de definir el concepto de drogas, ya que existen variaciones según la disciplina para el que sea utilizado. Por ejemplo, farmacológicamente, es considerado como aquella sustancia química que es capaz de producir cambios y modificaciones a nivel físico y biológico en el organismo. Sin embargo, generalmente es usado para definir a las sustancias psicoactivas o a drogas ilegales (OMS, 1994).

Algunos/as autores realizan una sustitución entre el término drogas por el de sustancias ya que “a efectos de precisión terminológica, somos partidarios de prescindir siempre que sea posible del vocablo droga, y de

sustituirlo por el de sustancias psicoactivas, entendiendo por tales aquellas que modifican de modo exclusivo o preferente las funciones psíquicas y que por ello se absorben voluntariamente para provocarse determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente” (Gisbert, 1996, p.34).

Asimismo, dicho término puede ser definido según García (1995) como toda sustancia capaz de producir cambios en el organismo, en el estado de ánimo y que pueden provocar adicción, no sólo incluye las drogas ilegales sino a diversos fármacos y a drogas de consumo legal como el tabaco, el café y el alcohol.

En cuanto a la clasificación de drogas existen diversas formas de hacerlo, algunas de ellas son:

- “Por su origen (naturales, sintéticas, semi-sintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (institucionalizadas-no institucionalizadas, legales-ilegales, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto” (Becoña, 2002, p.28).

Por lo tanto, no existe una única clasificación de las sustancias, sino que son múltiples las que se pueden realizar:

- “drogas institucionalizadas y no institucionalizadas.
- Tres grandes grupos de drogas: estupefacientes (embriagantes, barbitúricos o hipnóticos, narcótico-analgésico-euforizantes y analgésicos-euforizantes), alucinógenos (naturales y artificiales o de síntesis) y los volátiles inhalables o disolventes.
- “drogas duras” y “drogas blandas”, en función de si producen, respectivamente, dependencia física o sólo hábito o dependencia psíquica, la que más extendida se encuentra. De este modo, tienen la consideración de drogas duras los opiáceos, narcóticos y barbitúricos, además del alcohol, mientras que el tabaco, el cannabis y los alucinógenos se consideran drogas blandas.
- «droga de abuso» acuñada por la OMS y entendida como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptibles de ser autoadministrada que provoca efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC)” (Molina, 2008, p.16).

2.1.2. Definición de dependencia

Para definir el concepto de dependencia, debemos de diferenciar como señala Becoña (2002) entre uso, abuso y dependencia a una sustancia. En

primer lugar, el término uso de una droga es aquella que no produce al individuo ningún tipo de consecuencia negativa, esto se da mayoritariamente cuando el consumo de una sustancia es de forma esporádica. Pero se puede pasar al abuso que es el consumo de manera reiterada de la misma a pesar de las consecuencias negativas que esto le produce al sujeto. Puede llegar a crear dependencia, la cual surge cuando hay un uso excesivo de la droga, creando consecuencias negativas a largo plazo y durante un largo periodo de tiempo.

Según la CIE-10 (OMS, 1992 s.r.f Becoña, 2002, p.48) para considerar que una persona es dependiente a una determinada droga, se tienen que tener en cuenta los siguientes criterios:

- “El impulso de consumir la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo.
- El deseo de dejar de consumir.
- Un hábito de consumo estereotipado.
- Evidencias de fenómenos de neuroadaptación de que ha habido una tolerancia y dependencia.
- Consumir una sustancia para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- Priorización del consumo o búsqueda de una sustancia a otras actividades de la vida del individuo.
- Que vuelva a haber en un periodo corto de tiempo tras haber pasado un periodo de abstinencia dependencia a una sustancia.”

Además, el (DSM-IV-TR, 2001, p.187) refiere que para considerar a una persona dependiente a cualquier tipo de droga debemos de tener en cuenta que “se debe haber estado consumiendo durante 12 meses de forma continuada y cumplir al menos tres de los siguientes criterios:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)".

2.1.3. Procesos de tratamiento

En relación al tratamiento de desintoxicación y deshabituación al que puede someterse una persona drogodependiente y la finalidad del mismo, es ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo absoluto de la droga. El tratamiento es variable, ya que puede aplicarse en diferentes entornos, de muchas formas distintas y por distintos periodos de tiempo, porque la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, generalmente no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo, en líneas generales el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante (Organización de los Estados Americanos, 2010).

No obstante, no existe una única forma de aplicar el tratamiento, ya que cada intervención que se lleva a cabo debe ser de forma individualizada e integral, centrándonos en el usuario/a y en la droga de consumo. Sin embargo, las fases de tratamiento a una sustancia suelen ser las siguientes: la desintoxicación, la deshabituación y la reinserción. Destacar que se tienen que tener en cuenta aspectos tales como: estado físico y mental, los antecedentes familiares, problemas, antecedentes psiquiátricos, edad inicio de consumo, percepción del usuario ante el problema, su proyecto de vida futuro y la reinserción del mismo (Rubio y Santo, 2004).

Además, el tratamiento que se le debe de ofrecer al usuario/a será integral, porque las drogas y el consumo de las mismas es un fenómeno biopsicosocial. Se tendrán en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona, ya que si no se trabaja sobre estas tres áreas es un tratamiento abocado al fracaso. Por último, en relación al tratamiento, el equipo terapéutico

deberá ser pluridisciplinar o multidisciplinar, el cual trabajará sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona atendida, en general en los centros de ayuda integral a drogodependientes se actúa de dicha forma (Rubio y Santo, 2004).

Destacar que el NIDA (2010) presenta una serie de principios generales en el tratamiento de la drogadicción.

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta a las áreas del cerebro y al comportamiento del sujeto.
2. No existe un tratamiento universal que sea apropiado para todas las personas.
3. Los tratamientos deben ser disponibles en cualquier momento.
4. Un tratamiento eficaz deberá de abarcar las diferentes necesidades de la persona, no solo su dependencia las drogas.
5. El tratamiento debe de tener una continuidad en el tiempo.
6. Trabajar grupal e individualmente, son las formas de intervención más comunes en los tratamientos.
7. La medicación combinándolo con intervención psicológica y otro tipo de terapias son un importante elemento en el tratamiento.
8. Evaluación continua del tratamiento y modificación en el caso de que fuera necesario.
9. Tener en cuenta la relación que puede haber entre consumo de drogas y trastornos mentales.
10. La desintoxicación es sólo la primera fase del tratamiento y por sí sola tiene poca capacidad de solucionar la adicción.
11. Tratamiento voluntario para que sea eficaz.
12. El tratamiento deberá estar supervisado por los profesionales y entorno cercano por posibles recaídas del sujeto.
13. Los diferentes programas de tratamiento deberán de incluir diferentes exámenes médicos (VIH, Hepatitis...).

2.1.4. Recursos de atención a personas drogodependientes

En cuanto a los diferentes recursos en atención a personas drogodependientes, tenemos que hacer alusión al III Plan Canario sobre Drogas (Gobierno de Canarias, 2010, p.97) ya que establece una tipología de recursos y servicios en la atención a este colectivo:

- “Unidades de Atención a las Drogodependencias: Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y

deshabitación. Se constituyen como dispositivo de referencia del modelo, en su correspondiente área de salud o aquella más próxima.

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: Son los recursos que, dentro de un Centro Hospitalario, se destinan a los tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente y la paciente lo requieran.
- Unidades Semirresidenciales de Atención a las Drogodependencias: Son centros que, en régimen de estancia de día, y por un tiempo determinado, realizan tratamientos de deshabitación e incorporación social, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con el fin de facilitar su integración.
- Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias: Son unidades de tratamiento residencial en régimen de internamiento, por un tiempo determinado, que realizan deshabitación, e incorporación social mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con objeto de facilitarles su integración.
- Unidad Ambulatoria de Farmacia: Son servicios que prestan “atención farmacéutica” a los y las pacientes de las unidades, tanto ambulatorias como semirresidenciales y residenciales. Incluyendo la adquisición, custodia, preparación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico de los tratamientos de desintoxicación, deshabitación y patología orgánica relacionada”.

Asimismo, debemos hacer mención al recurso ubicado en la Comunidad Autónoma de Madrid denominado pisos de apoyo al tratamiento, el cual lo podemos definir como recursos convivenciales para mayores de edad y que se encuentren en las primeras fases de rehabilitación. Comparten instalaciones, desarrollan actividades y bajo la supervisión del equipo terapéutico. Son cuatro pisos concretamente, uno de ellos destinado a acoger personas sin hogar, otro para adolescentes y jóvenes menores de 25 años, personas en tratamiento que no se ajustan a las dos poblaciones anteriores y por último en el cual realizan tratamiento a pacientes que presentan deterioro psicosocial y/o patología dual (Ayuntamiento de Madrid, 2016).

Cabe destacar, que en el Plan Joven de la ciudad de Valencia 2014-2018 (Ajuntament de València, 2014, p.78) se planteó “la organización de una Unidad Móvil de Información Nocturna constituida por un mediador/a social formado/a junto a un /a agente de los cuerpos de seguridad del Estado (Policía Municipal, Policía Autonómica, Guardia Civil), un profesional sanitario de una asociación voluntaria (Cruz Roja, Agrupación Municipal de Voluntarias/os de Protección Civil,...) y un representante de las asociaciones de barrio. La unidad se situará en zonas de ocio con una labor informativa sobre los riesgos del

consumo en contextos de abuso y dispondrá de un protocolo de actuación. Podrá facilitar la realización voluntaria del test de alcoholemia y drogas para que el/la joven conozca el estado de sus capacidades y tome conciencia del perjuicio para su salud”.

2.2. CONSECUENCIAS FAMILIARES DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

Centrando nuestra atención en el tema de las consecuencias de la dependencia a las drogas en el ámbito familiar, pueden existir diferentes disfuncionalidades que afecten al entorno familiar si existe un consumidor de alcohol o drogas pudiendo realizar la siguiente clasificación:

- “Mantenimiento de la homeostasis sin tensiones: En estos casos, la familia no se da cuenta del consumo de drogas (no se entera), o no le interesa, o lo acepta, hasta que el caso se vuelve límite y aparecen trastornos de conducta graves, riesgo de vida, accidentes, delincuencia manifiesta y, a veces, la muerte. De lo contrario, no hay preocupación, ni búsqueda de ayuda, ni consideración de la disfuncionalidad.
- Mantenimiento de la homeostasis bajo tensión: La respuesta tenderá siempre a revertir la situación, dramatizando, sancionando al consumidor, condenándolo como enfermo o delincuente, incrementando el rigor de las reglas, pero sin comprender ni resolver el problema y sin que el consumidor deje de consumir o pueda entender algo de lo que le pasa.
- Ruptura de la homeostasis: En estos casos, las respuestas de la familia son caóticas, complicándose no solo el mantenimiento de la integridad familiar, sino el manejo del miembro consumidor. La tensión es tan elevada que las respuestas son del tipo TODO O NADA. Así, pueden observarse actos violentos, expulsiones, o la incapacidad total para dar respuestas a la crisis. La familia en estas circunstancias puede, incluso, fragmentarse y desintegrarse definitivamente” Forselledo y Esmoris (1994, pp.8-10).

Según el autor (Guisa, 2005, p.2) el consumo de drogas por parte de alguno de los progenitores o los dos, pueden dar lugar en los hijos e hijas una serie de consecuencias negativas:

- “La baja capacidad para socializar con su grupo de iguales, lo cual puede verse reflejada en la interacción que, por lo común, tienen con redes reducidas de amistades.

- El rechazo a dedicar tiempo en otras actividades lo que puede influir en una disminución de la actividad física y como consecuencia una posible obesidad.
- La imitación de modelos de comportamientos externos, una baja seguridad hacia referentes personales y un déficit en los niveles de autoestima.
- Estados constantes de ansiedad que pueden convertirse en un importante factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas o para el desarrollo de otro tipo de problemas de salud mental (trastornos alimenticios, ludopatía, etc.)
- La carente estimulación temprana y un estilo de crianza deficiente por problemas con consumo de drogas puede ser un importante factor para presentar Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad entre niños en edad escolar.
- Cuadros de depresión juvenil e infantil, caracterizados por cambios frecuentes en el estado de ánimo, sentimientos de minusvalía, comportamiento agresivo, alteraciones del sueño, ideas y pensamientos de muerte, entre otras
- El constante sometimiento a situaciones familiares conflictivas y de alto estrés puede provocar contracturas musculares, cefaleas y dolores de cabeza”.

Por otro lado, (Baumrind, 1991; García, 1992; Graña, 1994; Jurich y cols., 1985; Kandel y cols., 1978, 1990 s.r.f. Instituto Deusto de Drogodependencias, 2001) afirman que existen una serie de mecanismos y características en las familias que pueden promover o disuadir el consumo de sustancias y son los siguientes:

- La falta de cercanía entre padres e hijos: el menor no se siente incluido y aceptado en el ámbito familiar. Esto puede ocasionar que el joven busque dicha satisfacción en otros grupos y acepte cualquier situación, por ejemplo, consumir sustancias. Por lo tanto, una relación afectuosa y positiva en la familia puede ser un factor disuasorio de consumo.
- El control y supervisión deficientes o muy autoritarios: el tener la capacidad de marcar normas y pautas a seguir dentro del entorno familiar. En este sentido, existen tres tipos de manejo familiar: permisivo, autoritario y el democrático. Muchas veces, los familiares de personas dependientes a alguna sustancia tienden a ir a los extremos, a ser permisivos o autoritarios.
- Alta frecuencia de separaciones y muertes en la infancia y la adolescencia: en muchas investigaciones se ha podido comprobar que las muertes, divorcios, separaciones etc. de algún familiar cercano puede incitar el consumo de sustancias. Se plantea que es un

mecanismo de defensa contra la desolación y un duelo por la pérdida del ser querido.

- Sobreprotección e intrusión: muchos jóvenes pueden percibir a sus progenitores como personas que se inmiscuyen en sus vidas y posesivos con ellos. El consumo de sustancias se da para obtener una mayor intimidad y separación de ellos.
- La escasa cohesión familiar, a la vez que escasa capacidad para adaptarse a los cambios que van surgiendo fuera y dentro de la familia: aquellas familias que tienen en el entorno familiar a algún miembro consumidor de drogas, suelen describirse como desvinculadas y rígidas, porque tienen poca capacidad para adaptarse a nuevos cambios que han surgido a raíz de la adicción.
- La alta frecuencia de consumo de drogas legales en los padres: el consumo del tabaco y alcohol, entre otras, por parte de los padres tienen una alta influencia en sus hijos siendo esta mucho mayor que cualquier información preventiva sobre consumo de drogas.

Por lo tanto, como menciona (Fundación Di No a las Drogas, 2014) la dependencia a las drogas conlleva consecuencias negativas dentro del entorno familiar, siendo algunos de ellos los siguientes:

- “Abandono de las responsabilidades económicas, es decir, el adicto se desentiende por completo de las aportaciones monetarias que solía realizar a la familia.
- Por otra parte, también se presenta el abandono de las responsabilidades afectivas, ya que al enfermo le deja de importarle cualquier tipo de atención emocional que solía tener con los miembros de su familia.
- El incremento en la crisis financiera también es algo muy común, pues el adicto desviará alguna parte de sus ingresos para poder adquirir droga, dejando de lado incluso las necesidades económicas básicas del hogar.
- Normalmente el consumo de drogas se relaciona con situaciones de maltrato.
- El adicto suele perder cualquier tipo de autoridad en el hogar, ya que los demás miembros de la familia dudan de su capacidad para tener control y/o liderar a los demás lo cual se entiende perfectamente; después de todo, ha caído en la adicción a las drogas, demostrado no tener siquiera control sobre su propia vida.
- Cambios en las costumbres familiares; nada será igual teniendo un adicto en casa, debiendo los demás miembros de la familia cambiar sus hábitos para adaptarse de la mejor manera la forma de actuar del enfermo
- Episodios de violencia ya sea física, verbal y/o incluso sexual, los cuales pueden o no ser recurrentes, dependiendo de la personalidad del adicto
- Intentos de suicidio que, de ser fructíferos, podrían conducir evidentemente a la muerte.

- La disolución de vínculos afectivos a nivel de pareja, es decir, la separación y/o el divorcio, dependiendo de cada caso.
- A su vez, dicha separación conducirá casi de forma segura, a problemas legales, tratando de resolver asuntos como la separación de bienes y la custodia de los/as hijos/as.
- Todo lo anterior indudablemente conducirá a l deterioro en la calidad de vida de todos los miembros quienes conforman el núcleo familiar.

Asimismo, el autor (Pascual, 2015) coincide con lo mencionado anteriormente y añade algunas consecuencias que surgen en la familia como:

- Problemas económicos.
- Aislamiento social.
- Falta absoluta de comunicación en el entorno familiar.
- Maltrato en ocasiones a nivel físico o psicológico.
- Cambios en los roles familiares.
- Intentos por ocultar al exterior la existencia de la enfermedad y mentiras o desconfianza en el entorno familiar.

Es interesante destacar que (Rojas, 2016) en su estudio afirma que los familiares tras la dependencia a las drogas de alguno de los miembros de la misma, desarrollando depresión, ansiedad, estrés o fatiga. Además, los problemas pueden ir desde lo económicos hasta lo psicológico, puesto que el dinero del hogar va destinado a la adquisición de la sustancia y el familiar puede adquirir el rol de proveedor/a. En relación a lo psicológico, el familiar puede desarrollar soledad, enojo, estrés, ansiedad, desesperanza, estigma o vergüenza por los problemas relacionados con el consumo.

En definitiva, el uso de sustancias es un fenómeno que afecta a la persona drogodependiente e impacta en el sistema familiar, ya que los familiares asumen la responsabilidad y la culpa de la dependencia a drogas de la persona adicta. Por lo tanto, en los tratamientos de rehabilitación de sustancias, se tiene que incluir a la familia, para lograr un mejor proceso terapéutico con el sujeto y con todo su entorno. Es muy importante, que los familiares busquen ayuda para saber gestionar sus emociones. Por último, que entiendan que el enfado, la rabia, la frustración o tristeza son sentimientos normales que pueden surgir y a partir de ahí trabajar con ellos (Rojas, 2016).

2.2.1. La familia en el proceso de rehabilitación de una adicción

Según Torres (2007) la familia en el proceso de rehabilitación de una adicción tiene un papel principal, porque la recuperación de la familia es imprescindible para que el tratamiento del usuario/a haya sido integral debido a los daños producidos en el sistema familiar. Hay que destacar, que uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del usuario/a es la

terapia familiar. Tenemos que recalcar la codependencia que se puede sentir por ayudar a la persona enferma y se deberá tomar conciencia en el proceso que sólo podrá ser de ayuda si también se recupera. Esta codependencia surge por la necesidad de tomar el control de la conducta de la persona adicta, por lo tanto, una de las primeras metas a trabajar tendrá que ser el desprendimiento emocional a través de cambiar formas de pensar y actuar. La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación debe estar enfocada a la búsqueda e identificación de aspectos disfuncionales en el ámbito familiar, porque la mayoría de las veces han sufrido manipulaciones por parte del adicto, hay distorsión de los sentimientos, rabia, angustia, etc.

Según Riceticare y Delaney (1995 s.r.f FAER, Fundación Adictos en Recuperación, 2016, pp.3-4) “existen diferentes respuestas que pueden adoptar los familiares cuando descubren la adicción. Unos pueden intentar atajar el problema uniéndose a la persona drogodependiente (justificar, sobreproteger e incluso encubrirlos), otros hacen frente al problema a base de disciplina estricta y castigos y en otras ocasiones no se da ninguna de las dos respuestas porque no hay aceptación del problema (negación).

En ocasiones la sobre implicación benevolente de los familiares en el proceso terapéutico de los adictos es contraproducente para lo mismo, pudiendo llegar a la situación de codependencia. Este exceso de responsabilidad asumida en la abstinencia de nuestro familiar puede incluso convertirse paradójicamente en un factor de mantenimiento del síntoma. Es importante trabajar con todos los integrantes de las familias y analizar las diferentes respuestas de afrontamiento que se están llevando a cabo, para posteriormente llegar a conseguir el equilibrio entre la implicación de todos en el proceso de rehabilitación, pero también los límites entre los mismos”.

Es interesante destacar que aquellos familiares que se han comprometido en un tratamiento de rehabilitación, se les suele presentar un proceso con diversas dificultades y situaciones difíciles de asumir, porque muchas familias presentan sentimientos contradictorios, por un lado, se sienten víctimas de una situación de la que no son ni responsables ni culpables. Los familiares tienen que enfrentarse a una serie de problemas inherentes a cualquier enfermedad en donde el proceso de curación es largo. Por lo tanto, deberán entender las circunstancias que rodean todo lo relacionado con la adicción, identificar etapas, procesos de cambio, estadios por los que pasará el adicto desde que comienza el proceso de rehabilitación (Lucas, 2015).

Como sugiere Carmona (2014) la familia deberá aprender y generar una serie de conductas que estén enfocadas a mantener la abstinencia del adicto, teniendo una actitud firme ante la recaída. Se le considera “amor duro”, porque a veces el cariño puede hacer que cueste más establecer unos límites para proteger y protegernos en el proceso de cambio. Sin embargo, el afecto con unos límites saludables, son considerados un elemento vital en el tratamiento. En resumen, la familia es una parte fundamental en la detección, aceptación,

orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación, mantenimiento de la abstinencia, en la disminución o provocación de recaídas etc.

2.2.2. La familia como red de apoyo en la integración social

En relación a la familia como una red de apoyo para la integración social de los drogodependientes, se puede señalar que (Girón y cols., 2002; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Becoña y Cortés, 2008 s.r.f. Clínica Aprovat, 2014, pp.3-4) “los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento. La baja tasa de abandono en las intervenciones que se basan en el trabajo familiar es especialmente importante en adicciones ya que la adhesión al tratamiento, es una de las mayores dificultades con las que se tropieza en la intervención con estos pacientes. Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando se comparan con los tratamientos que solamente utilizan orientación y asesoramiento en el área familiar. Específicamente en adicciones, recibir intervención familiar es más eficaz que recibir solamente intervención individual y/o grupal. La intervención familiar, ha demostrado mejorar las relaciones de parejas y la integración social tras el tratamiento. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas post-tratamiento”.

Zapata (2009) describe una serie de ejercicios que deberá de seguir la familia para la recuperación del sujeto en el tratamiento de las drogas, ya que la familia es uno de los ejes principales para la rehabilitación:

- La familia deberá integrarse en el proceso de tratamiento y participando de manera activa en el mismo. Porque las familias que se han involucrado en la rehabilitación hacen que el pronóstico de curación sea más positivo.
- El usuario al volver al núcleo familiar, la familia deberá de poner en práctica las diferentes habilidades y herramientas que ha ido adquiriendo a lo largo del proceso de tratamiento.
- La familia deberá de vincularse a diferentes redes de apoyo que le brinden un acompañamiento y soporte para mantener los cambios positivos logrados y contención de alguna situación de crisis que se pueda presentar. Unirse a este tipo de apoyos favorece el poder expresar las emociones y sentimientos que han surgido durante el tratamiento.
- Otra de las funciones que debe de cumplir la familia en el proceso de reincorporación del sujeto ha de ser el desarrollo de la autonomía e individualización del usuario/a.

- Por último, el entorno familiar tiene que conocer las diferentes señales y alertas de una posible recaída por parte del usuario, para poder prevenirlas y aceptarlas ya que es parte del proceso del tratamiento.

2.3. ROL DEL TRABAJO SOCIAL

En relación al rol del Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias existen diversas formas de plantear su función en el proceso de tratamiento de las adicciones.

Según Zamanillo, y Gaitán, (1991:34-39 s.r.f. Losada, Márquez, y Sebastián, 1995, p.126) “nuestro objetivo es que las personas con problemas de drogodependencias y los que con ellos conviven, alcancen un grado de autonomía tal que les permita movilizar sus propios recursos, desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, siendo capaces de transformar activamente su realidad”.

Además añaden Losada, Márquez, y Sebastián, (1995 p.127) que “En la mayoría de los casos no será posible emprender una recuperación y superación del problema sin que se produzca un progresivo cambio en los estilos de vida de la población atendida, lo cual implica realizar modificaciones en diferentes áreas de la vida del individuo, según el grado de deterioro que haya alcanzado en las mismas, manejando para ello los distintos recursos existentes, así como potenciando los propios del sujeto. En el plano práctico, esto supone que la intervención de los trabajadores sociales de los servicios especializados para la atención a las drogodependencias debe sustentarse, por una parte, en el trabajo coordinado con profesionales de diferentes servicios e instituciones y, por otra, en la interdisciplinariedad de las acciones a desarrollar en los servicios asistenciales”.

En los estudios de Gutiérrez (2007, p.45) podemos observar el siguiente planteamiento.

- “El Trabajo Social en las drogodependencias es una forma especializada de Trabajo Social, porque requiere de una especialización en la actividad profesional que se vaya a desempeñar y una diferenciación de actividades con respecto a otros ámbitos de actuación dentro de dicha profesión.
- En este ámbito se requiere un acompañamiento en los Itinerarios de Inserción, ya que uno de los objetivos que pretendemos lograr es mejorar la situación actual del usuario/a, en el menor tiempo posible y consiguiendo el máximo de compromiso por parte del demandante. Por último, el trabajo de acompañamiento es crear o

reconstituir las redes de apoyo familiares trabajando tanto con el usuario/a como con su núcleo familiar.

- Se analizan los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas en los cuales se deberán detectar, analizar y trabajar aquellos factores sociales del usuario/a potenciando los positivos y eliminando los negativos. Además, deberá tener en cuenta el contexto social y reducir los factores de riesgo que pueden aparecer en el mismo.
- Se deberá de trabajar con la persona para conseguir el empoderamiento de la misma, fomentando sus capacidades, lo cual hará que mejore sus relaciones sociales, sus sistemas de apoyo y el soporte social del mismo”.

Por otro lado, Mayor (1995) establece una clasificación de los diferentes niveles en los que puede actuar e intervenir un trabajador/a social en ámbito de las drogodependencias:

- La fase de prevención en las drogodependencias se basa en otorgar información a las personas, al igual que modificando creencias, actitudes o comportamientos que puedan existir y por último se pretende conseguir la implicación de los sujetos en actividades incompatibles con factores de riesgo, desarrollando habilidades de autocontrol.
- El autor también denomina a otra de las fases como, intervención propiamente dicha, en la cual se trabaja el consumo de sustancias y se deben alcanzar dos objetivos: la supresión del consumo (abstinencia total) o la reducción del mismo de forma controlada (pasando de la dependencia al abuso o del abuso al uso moderado).
- Por último, se hace alusión a la fase de reinserción, la cual la podemos considerar la última fase del proceso de tratamiento dónde la conducta de abstinencia está implantada en el sujeto, dónde el objetivo que se pretende conseguir será el de mantener el control de la supresión del consumo e integrando de nuevo al usuario en ámbitos como el de la familia, laboral y en el resto de la comunidad, reestructurando y mejorando la situación que poseía el usuario/a antes del consumo.

En cuanto a la intervención con usuarios/as y familias de drogodependientes, Ferrer y otros (1994 s.r.f. Sánchez, 1995) consideran que para abordar la problemática de las drogodependencias debemos de trabajar en tres aspectos:

- La dinámica familiar: la cual es un elemento principal en los abordajes del modelo sistémico, usando técnicas y dinámicas

para trabajar sobre la estructura y funcionamiento de la familia e identificar el origen del consumo de drogas en alguno de sus miembros.

- El modelo de consumo: es un factor importante porque los sujetos cercanos a la persona drogodependiente (padres, hermanos, amigos etc.) cuentan con capacidad de control y refuerzo del comportamiento del mismo.
- La conformación de las actitudes: relevancia del papel de los padres y madres en relación a la transmisión de actitudes a sus descendientes respecto al consumo y abuso de drogas.

Asimismo, según Calvo (2007, p.52) se hace hincapié en que los/as profesionales deberán de hacer lo siguiente en la intervención con la familia: “la intervención con la familia en el ámbito de la integración del individuo que presenta algún tipo de trastorno adictivo se basa en la rehabilitación de ésta a diferentes niveles. En este sentido, una cuidada evaluación de las características familiares puede ser un instrumento fundamental de cara a la detección de las áreas potencialmente más problemáticas y a la posterior intervención sobre las mismas. Debe prestarse especial atención a las conductas de sobreprotección y a las resistencias generadas por los requerimientos de autonomía del paciente en etapas avanzadas del proceso de rehabilitación, los cuales son necesarios para la consecución de una integración social satisfactoria”.

A la hora de hablar de los diferentes modelos de intervención que existen en el ámbito de las drogodependencias, debemos definir por un lado el concepto de modelo. Así, según Comas (2010 s.r.f Proyecto Hombre, 2015, p.5) es “la herramienta teórica, en sentido amplio (filosófico, científico, técnico y práctico), que articula las actuaciones, intervenciones, técnicas y evaluaciones de la parte del universo que quieren explicar. Como tales deben explicar esa parte de manera satisfactoria y están sometidos a crítica, modificación y, en el caso de no mostrar utilidad, deberán ser desechados y sustituidos por otros que asuman ese papel. Se derivan también de los mismos “quiénes son los profesionales idóneos para actuar y por tanto los que deben tomar decisiones, cuál es la administración pública que debe gestionar los planes y programas, cuál es el perfil de las nuevas contrataciones y con qué lenguaje se va a devolver a la sociedad la información sobre lo que está ocurriendo y la respuesta que se está proporcionando”.

En cuanto a los diferentes modelos de intervención que se utilizan para el abordaje de las drogodependencias, debemos hacer alusión a los siguientes:

Por un lado, debemos mencionar el Modelo Transteórico que según los autores Prochaska y Diclemente (1984 s.r.f. Alonso, 2012) crearon un modelo que pretendía comprender qué, cómo, cuándo y por qué las personas

cambiaban. Este modelo está compuesto por diferentes estadios, procesos y niveles. Los estadios, entendidos como cuando las personas cambian son: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Por otro lado, los procesos que sugiere a la forma en que cambian la persona son: concientización, auto reevaluación, auto reevaluación social, auto-liberación, liberación social, relieve dramático, contra-condicionamiento, control de estímulo, manejo de lo eventual y relaciones de ayuda. Y por último, haciendo alusión a los niveles de cambios que sucederán, es decir, lo que deberá ser cambiado: síntoma/situación, cogniciones des-adaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos familiares/sistemas, conflictos intrapersonales.

Otro de los modelos que se utilizan en el abordaje del problema de las drogodependencias es el modelo cognitivo-conductual del cual Labrador, Cruzado y Muñoz (1993 s.r.f. Guerra y Plaza, 2001, p. 38) en sus estudios señalaron las siguientes características:

1. “El conjunto de técnicas y procedimientos que lo conforman están basados en la psicología experimental.
2. La conducta normal-anormal, ambas son aprendidas y pueden ser modificadas de la misma forma.
3. Se reconoce la influencia de los factores biológicos como influyentes en la conducta.
4. El objetivo de la intervención es modificar conductas des adaptativas.
5. Los cambios que surjan tienen que ser medibles y observables directa o indirectamente.
6. Interdependencia entre evaluación y tratamiento.
7. Especificación objetiva y clara de los objetivos del tratamiento a realizar.
8. Evaluación objetiva de la eficacia del tratamiento.
9. El enfoque del modelo está centrado en el aquí y ahora, se hace hincapié en los determinantes de la conducta actual”.

Asimismo, los autores Sánchez, Tomás, y Morales (2004) definieron las terapias, usando el modelo cognitivo-conductual, como aquel enfoque más tolerante para tratar el problema del abuso a sustancias, ya que desarrolla estrategias destinadas a aumentar el autocontrol de la persona. En su aplicación al principio sólo fue utilizada para problemas de alcohol y posteriormente a la cocaína. En ella se ayuda a los sujetos a reconocer el problema buscando estrategias para solucionar los comportamientos que les evocan a consumo.

Por último, en relación a este modelo, el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2016, p.3) en sus investigaciones determinó que “las destrezas

que aprenden los pacientes a través de los enfoques de la conducta cognitiva persisten después de terminar el tratamiento. En varios estudios, la mayoría de las personas que recibieron un enfoque de conducta cognitiva conservaron los logros que habían obtenido en el tratamiento durante el año siguiente. La investigación actual se centra en la forma de producir efectos aún más contundentes mediante la combinación de la terapia cognitiva conductual con medicamentos para el abuso de drogas y con otros tipos de terapias conductuales. Los investigadores también evalúan la mejor manera de capacitar a los proveedores de tratamientos para que brinden la terapia cognitiva conductual”.

Cabe destacar que el modelo biopsicosocial tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales, así logra explicar por qué existiendo predisposición genética ante el desarrollo de una enfermedad, no todos los sujetos la contraen, porque intervienen otros factores. Desde la perspectiva del modelo biopsicosocial una persona se mantendrá sana y no desarrollará enfermedades si mantiene su cuerpo en buen estado (factores físicos), la forma de pensar, la motivación y la percepción que tenga hacia la vida es clave para ello (factores psicológicos) y por último, el entorno y las relaciones que mantenga con el mismo (factores sociales) (Trujillo, 2012).

Por otro lado, debemos mencionar que en este modelo “se concibe al ser humano de forma integral, y en el abordaje de las drogodependencias se tienen en consideración la interacción de factores fisiológicos o biológicos, psicológicos y sociales. Entre los aspectos biológicos más llamativos están la intoxicación y el síndrome de abstinencia, cuyos síntomas son específicos de la sustancia consumida. Su duración es relativamente breve, circunscribiéndose a las etapas iniciales de abstinencia. Entre los aspectos psicológicos, la secuela que genera mayor incomodidad, por presentarse incluso tras años de mantenimiento, es el craving, fenómeno frente al que se requiere entrenamiento psicológico para afrontar las situaciones de riesgo en que puede aparecer. El efecto social más problemático es la pérdida de apoyo y las dificultades de pedir ayuda cuando se necesita” (Brasó, 2013 pp. 14-15).

Por último, destacar que Sánchez (1989 s.r.f. Losada, Márquez, y Márquez, 1995) en su investigación comprobó que la aparición de este modelo permitió la revalorización del aspecto social en el ámbito de las drogodependencias. Dando hincapié a poder intervenir de manera principal en el tratamiento trabajando simultáneamente con las áreas de la salud y la psicología.

3. OBJETIVOS

En los objetivos que se exponen, se encuentra recogido aquello que se pretende conseguir en el proceso de investigación, los cuales están divididos en un objetivo general y este en varios objetivos específicos.

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer las consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en la familia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar si existen diferencias entre hombres y mujeres en el impacto psicosocial de sus familias producido por la dependencia a drogas.
- Estudiar las diferencias entre las personas dependientes a drogas adolescentes y adultos/as en el impacto psicosocial de sus familias.
- Descubrir si a medida que la edad aumenta, la repercusión en la familia sufre cambios.
- Conocer la opinión de los/as profesionales especializados en drogodependencias sobre las consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en las familias de los/as usuarios/as.
- Indagar si existe por parte de otros familiares, vecinos o la comunidad rechazo a las familias de personas drogodependientes.
- Averiguar si aumentan las discusiones y tensiones en el entorno familiar tras conocer la dependencia.
- Investigar si se producen problemas económicos en la familia de personas drogodependientes.
- Conocer si han surgido en la familia de la persona drogodependiente sentimientos de rabia, odio e impotencia por la dependencia las drogas.
- Conocer si ha habido violencia en el ámbito doméstico por el consumo de drogas por parte de alguno de los integrantes.
- Averiguar si hay falta de comunicación o problemas de comunicación en el hogar tras la aparición del consumo de sustancia/as.

4. MÉTODO

En relación al método para el desarrollo de la investigación, a continuación, se expone cómo realizaremos dicho trabajo.

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las características generales de la investigación son básicamente que es cuantitativa, es decir, se realizaron dos cuestionarios, uno para la familia y otro para los profesionales, y ambos constaron de variables cuantitativas.

4.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis son las siguientes:

- La percepción de los/as profesionales especializados en el campo de las drogodependencias tiene similitud a la de las familias.
- Los familiares cercanos a la persona drogodependiente sufren el rechazo de sus vecinos, amigos o de la comunidad.
- La adicción de una persona en el hogar, afecta negativamente a la economía de la familia, aumentando el gasto en la misma.
- La dependencia a alguna sustancia, hace que surjan en el hogar problemas de comunicación y ausencia de la misma.
- La violencia en el hogar aumenta tras la aparición del consumo de sustancias.
- Los familiares de personas drogodependientes tienen más discusiones tras aparecer la dependencia por parte de algún miembro del núcleo familiar.
- Las personas drogodependientes realizan robos o hurtos para conseguir la/s sustancia/a.

4.3. VARIABLES

- Sexo
- Edad
- Profesionales/familiares
- Situación económica
- Situación legal.
- Rechazo social
- Conflicto familiar
- Falta de comunicación
- Actividades familiares (ocio)
- Abandono del domicilio
- Violencia física.
- Violencia psicológica

4.4. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

En cuanto a la población que estudiamos, fueron a familiares de hombres y mujeres drogodependientes entre los 14 y 65 años de edad, ubicados en la isla de Tenerife. Para la obtención de los datos, entrevistamos a familiares de los usuarios/as y profesionales que estén siendo atendidos en diferentes servicios o recursos tales como: Asociación San Miguel Adicciones (Centro de Día “Cercado del Marqués” y Unidades de Atención a las Drogodependencias), Proyecto Jóvenes de Arona.

4.5. TÉCNICAS DE RECOGIDAS DE DATOS

Para la recogida de los datos que necesitamos, acudimos de forma presencial a los diferentes recursos (solicitando permiso con antelación a los/as profesionales y a los usuarios/as y familiares), en los cuales pudimos realizar las entrevistas de forma personal a los/as familiares de los/as usuarios/as y a los/as profesionales especializadas en el campo de las drogodependencias.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

En relación al análisis de los datos obtenidos, para posteriormente concluir con los resultados y observar si se cumplen las hipótesis o no, utilizamos el programa SPSS el cual es de carácter estadístico y nos dio los resultados obtenidos de forma clara y precisa.

5. RESULTADOS

A continuación, se encuentran los resultados obtenidos de los cuestionarios realizados a profesionales del ámbito de las drogodependencias y a familiares de personas drogodependientes, con el objetivo de conocer las consecuencias de la dependencia a drogas en la familia.

5.1. OPINIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.

En primer lugar, se exponen los resultados hallados de los/as 27 profesionales entrevistados/as, los cuales trabajan en recursos de atención a personas drogodependientes, concretamente, a la Asociación de San Miguel Adicciones.

Tabla 1: Perfil de los/as profesionales de atención a las drogodependencias consultados según la profesión.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo Social	7	26
Psicología	12	44
Farmacia	4	15
Pedagogía	2	8
Total	27	100

Podemos observar que de las personas entrevistadas, el 44% son psicólogos/as, un 26% pertenecen al área de Trabajo Social, el 15% son farmacéuticos/as y por último con un 8% de la muestra total pedagogos/as.

Tabla 2: Perfil de los/as profesionales de atención a las drogodependencias consultados según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	3	11
Mujer	24	88
Total	27	100

En la tabla anterior se puede observar el perfil de los/as profesionales entrevistados según el sexo, las mujeres constituyen el 88% de la muestra y un 11% los hombres.

Tabla 3: Perfil de los/as profesionales de atención a las drogodependencias consultados según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 años	3	11
De 31 a 45 años	7	26
De 46 a 65 años	17	63
Total	27	100

En cuanto al perfil de los/as expertos/as entrevistados según la edad, observamos que el 63% tienen de 46 a 65 años, un 26% de 31 a 45 años y por último el 11% lo constituyen aquellas personas con una edad "inferior a los 30 años".

Tabla 4: Perfil de los/as profesionales de atención a las drogodependencias consultados según los años de experiencia.

Años de experiencia	Frecuencia	Porcentaje
De 5 a 10 años	2	7
De 11 a 25 años	10	37
De 26 a 35 años	12	44
Más de 35 años	3	11
Total	27	100

En relación a los años de experiencia de los/as profesionales entrevistados/as, el 44% lo representan aquellos que oscilan entre 26 y 35 años. Por otro lado, un 37% los de 11 a 25 años. Por último con porcentajes inferiores encontramos con más de 35 años (11%) y de 5 a 10 años el 7%.

Tabla 5: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre las consecuencias y efectos más frecuentes del consumo de drogas en las personas drogodependientes.

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Consecuencias sobre la salud	24	88
Consecuencias sociales	22	81
Consecuencias familiares	19	70
Consecuencias legales	12	44
Consecuencias laborales	18	66
Consecuencias económicas	18	66
Consecuencias educativas	11	40
Consecuencias sobre la calidad de vida	8	30

Para conocer las consecuencias que surgen en la persona tras la dependencia a las drogas, se ha realizado una pregunta abierta. Así los resultados obtenidos son:

En primer lugar, de los 27 entrevistados, el 88% considera que aparecen problemas a nivel de salud tanto física (pérdida de apetito, deterioro del aspecto físico, delgadez, enfermedades de transmisión sexual) como psicológica (ansiedad, depresión, insomnio, pérdida de autoestima, patología dual, deterioro cognitivo, irritabilidad).

Por otro lado, un 70% resalta las consecuencias a nivel familiar, puesto que en la persona surgen sentimientos de decepción consigo mismo pensando que ha fallado a su familia, pérdida de la calidad de la relación familiar, riesgo de desestructuración en el hogar por discusiones que surgen a raíz de la dependencia, etc.

También, destacar que el 81% piensa que aparecen problemas sociales, como la pérdida de relaciones con el entorno, puesto que la persona sólo se

mueve por el deseo de obtener y conseguir la droga de consumo y dedica la mayoría de su tiempo a eso. Además, aparece el aislamiento, es decir, el sujeto se va auto excluyendo, perdiendo así relación con el medio y sufriendo la marginación social.

Otras consecuencias que los/as profesionales consideran que aparecen son: laborales (66%), desde la ineficacia y baja productividad en el trabajo hasta la pérdida absoluta del mismo; económicas (66%) debido a las grandes cantidades que la persona invierte en el consumo; legales (44%) ya sea por consumo en la vía pública y multas por el mismo o por tráfico y consecuencias educativas (40%), por el abandono del sistema educativo, si se ha comenzado a consumir en edades tempranas o por no continuar con sus estudios hacia niveles superiores.

Por último, se hace mención a las consecuencias sobre la calidad de vida (30%), referidos a la pérdida de la autonomía personal del sujeto, ya que puede quedar incapacitado, afectando a su nivel de vida y a funciones del mismo, reduciendo así su capacidad de desarrollo en general.

Tabla 6: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre las consecuencias y efectos más frecuentes en el medio de las personas drogodependientes.

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Consecuencias sociales	20	75
Consecuencias familiares	22	82
Consecuencias legales	12	45
Consecuencias sobre la calidad de vida	16	60

En esta tabla, podemos ver la opinión de los/as profesionales sobre las consecuencias que surgen en el entorno tras la dependencia a las drogas, para responder a esta cuestión hemos realizado una pregunta abierta obteniendo los siguientes resultados:

Cabe destacar, que resalta de forma significativa en el contexto familiar (82%), los/as profesionales consideran que afecta a la salud de los/as más cercanos, a las relaciones con ellos, a la comunicación, al nivel de confianza e incluso pueden surgir sentimientos de rechazo y vergüenza hacia los mismos.

Por otro lado, con un 75% señalan consecuencias a nivel social, es decir con el entorno de la persona, pérdida de amistades, conflictos vecinales y rechazo por la propia comunidad, llegando a ser incluso hasta la exclusión de todo el núcleo familiar una consecuencia de la drogodependencia.

También indican, consecuencias legales (45%), ya sea por hurtos y robos, agresividad, peleas etc. que puede repercutir en las diferentes áreas mencionadas anteriormente (familia y sociedad).

Y por último, los profesionales hacen alusión a la calidad de vida (60%), refiriéndose a que afecta a la calidad de vida de todo el entorno de la persona drogodependiente, que empeora tanto a nivel individual de la persona como a todo su alrededor.

Tabla 7: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre la existencia de diferencias en las consecuencias de la dependencia a las drogas según el sexo.

Diferencias según sexo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	1	3,7
Alguna vez	2	7,4
Casi siempre	19	70,4
Siempre	5	18,5
Total	27	100,0

En cuanto a la existencia de diferencias según el sexo en la dependencia a drogas, el conjunto de profesionales que hemos entrevistado, consideran con un 70,4% que “casi siempre” existen diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de sustancias. En segundo lugar, con un 18,5% creen que “siempre” hay distinciones entre los sexos y por debajo el 7,4% “alguna vez”, un 3,7% “casi nunca” y un “nadie” aprecia que no hay ninguna diferencia.

Tabla 8: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre si la repercusión en las familias de adolescentes drogodependientes es mayor que en la de adultos.

Diferencias entre adultos y adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	3,7
Casi nunca	1	3,7
Alguna vez	7	25,9
Casi siempre	14	51,9
Siempre	4	14,8
Total	27	100,0

En la tabla número 5 se puede apreciar que de los/as profesionales el 51,9% consideran que casi siempre la repercusión en las familias de adolescentes es mayor que en la de personas adultas. En segundo lugar, con un 25,9% creen que alguna vez sucede esto y por debajo el 14,8% piensan que siempre y con un 3,7% casi nunca o nunca.

Tabla 9: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre la repercusión económica en la familia de la persona drogodependiente.

Repercusión económica	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	-	-
Casi siempre	12	44,4
Siempre	15	55,6
Total	27	100,0

Se puede apreciar que los/as diferentes profesionales entrevistados consideran que “siempre” (55,6%) a la familia le repercute económicamente la dependencia a drogas. El 44,4% opina que “casi siempre”. En el resto de opciones “nunca”, “casi nunca” y “alguna vez” observamos que no ha sido seleccionado por ningún profesional.

Tabla 10: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el daño que sufren las relaciones interpersonales en el hogar a raíz de la dependencia a drogas.

Daño que sufren las relaciones interpersonales	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	-	-
Casi siempre	9	33,3
Siempre	18	67,7
Total	27	100,0

En la tabla anterior podemos observar que el 67,7% de los/as profesionales creen que “siempre” las relaciones interpersonales dentro del hogar se ven afectadas a raíz de la dependencia a drogas. Por otro lado, un 33,3% de los encuestados considera que se ven dañadas “casi siempre”. El resto de las opciones “nunca”, “casi nunca” y “alguna vez”, no fueron seleccionadas por ningún profesional.

Tabla 11: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el rechazo o aislamiento que hay en el hogar hacia la persona drogodependiente.

Rechazo o aislamiento	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	-	-
Casi siempre	12	44,4
Siempre	12	44,4
Total	27	100,0

En cuanto a la tabla 11, podemos observar que el 44,4% de los/as profesionales han respondido que “alguna vez” o “casi siempre”, las personas drogodependientes sufren rechazo o aislamiento en el hogar por parte de otros familiares debido a la dependencia a drogas del mismo.

Por otro lado, un 11,1% considera que “siempre” sucede dicho comportamiento en el hogar.

Tabla 12: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el aumento de las discusiones en el hogar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Aumento de las discusiones en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	1	3,7
Casi siempre	12	44,4
Siempre	14	51,9
Total	27	100

En relación a la opinión de los profesionales sobre el aumento de las discusiones en el hogar a raíz de la dependencia a drogas hemos observado lo siguiente:

El 51,9% considera que “siempre” aumentan, seguido con un 44,4% por “casi siempre” y un 3,7% que como podemos observar solo sucede “alguna vez”.

Tabla 13: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre la aparición de sentimientos de frustración del familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Aparición de sentimientos de frustración	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	1	3,7
Casi siempre	13	48,1
Siempre	13	48,1
Total	27	100

Centrando nuestra atención en la opinión que tienen los/as profesionales acerca de la aparición de sentimientos como la frustración en el familiar tras la aparición de la dependencia a las drogas, podemos observar que un 48,1% de los encuestados considera que “casi siempre” surgen y otro 48,1 % considera que “siempre” aparecen sensaciones y emociones de este tipo. Muy por debajo, con un 3,7% algunos/as han considerado que sólo sucede “alguna vez”.

Tabla 14: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre la aparición de sentimientos como la rabia del familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Aparición de sentimientos de rabia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	4	14,8
Casi siempre	15	55,6
Siempre	8	29,6
Total	27	100

En relación a la opinión de los/as profesionales sobre la aparición de sentimientos como la rabia en la familia a raíz de la dependencia a las drogas por parte de alguno de sus miembros, los/as expertos/as consideran:

En primer lugar, con un 55,6%, que “casi siempre” surge, el 29,6% piensa que “siempre” y un 14,8% que “algunas veces”. Cabe destacar que las opciones de “nunca” y “casi nunca” no fueron seleccionada por ninguno de ellos a la hora de realizar la encuesta.

Tabla 15: Opinión de los/as profesionales consultados/as del efecto sobre el estado anímico del familiar.

Efecto sobre el estado anímico	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	-	-
Casi siempre	12	44,4
Siempre	15	55,6
Total	27	100

Centrando nuestra atención en la opinión de los/as profesionales sobre si afecta o no anímicamente al familiar de la persona drogodependiente, podemos observar que el 55,6% de los/as entrevistados/as considera que “siempre” repercute y un 44,4% que “casi siempre”.

Sin embargo, el resto de las opciones de las que se plantean, no han sido seleccionada por ninguno de los/as expertos/as.

Tabla 16: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre las repercusiones en la salud de la familia.

Efecto en la salud del familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	3	11,1
Casi siempre	12	44,4
Siempre	12	44,4
Total	27	100

De los resultados obtenidos en relación a la pregunta de si tener una persona drogodependiente en casa afecta a la salud de los/as familiares más cercanos, los/as profesionales consideran que “siempre” o “casi siempre” afecta con un 44,4% respectivamente repercute y un 11,1% que “alguna vez”.

Tabla 17: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si el nivel de desconfianza hacia la persona drogodependiente por parte de sus familiares aumenta.

Aumento de la desconfianza	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-

Casi nunca	-	-
Alguna vez	2	7,4
Casi siempre	17	63
Siempre	8	29,6
Total	27	100

En relación a la cuestión de si el nivel de desconfianza por parte de los familiares del drogodependiente aumenta, podemos observar que el 63% de los/as encuestados/as considera que aumenta “casi siempre”. El 29,6% que aumenta “siempre” y un 7,4% que incrementa “algunas veces”.

Tabla 18: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si el familiar de la persona drogodependiente se siente engañado/a tras aparecer la dependencia a drogas.

Sentimiento de engaño en la familia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	7	25,9
Casi siempre	16	59,3
Siempre	3	11,1
Total	27	100

En relación a si el/la familiar de la persona drogodependiente se siente engañado/a por el usuario/a, el 59,3% de los/as profesionales consultados/as afirman que “casi siempre”, frente a un 25,9% que consideran que “algunas veces” y un 11,1% que creen que “siempre”.

Tabla 19: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si aumenta la violencia física en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Aumento violencia física	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	2	7,4
Alguna vez	18	66,7
Casi siempre	6	22,2
Siempre	1	3,7
Total	27	100

Podemos observar la opinión de los profesionales en relación a si aumenta la violencia física en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas en la familia. Así, en primer lugar, con un 66,7% consideran que la violencia física aumenta “alguna vez”. Por otro lado, el 22,2% cree que “casi siempre” y en último lugar un 3,7% piensa que aumenta “siempre”.

Tabla 20: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si aumenta la violencia verbal en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Aumento violencia verbal	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	2	7,4
Casi siempre	23	85,2
Siempre	2	7,4
Total	27	100

En relación al aumento de la violencia verbal en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros, el 85,2% de los/as profesionales entrevistados/as considera que “casi siempre” aumenta.

No obstante, el resto (7,4%) cree que “siempre” o “alguna vez” (7,4) puede suceder esto.

Tabla 21: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el rechazo que puede surgir por parte de otros familiares hacia la familia de la persona drogodependiente.

Rechazo de otros familiares	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	3	11,1
Alguna vez	16	59,6
Casi siempre	6	22,2
Siempre	2	7,4
Total	27	100

En cuanto al rechazo que puede sufrir la familia del sujeto por parte de otros familiares a raíz de la dependencia a drogas, los/as profesionales

consultados/as consideran con un 59,6% que “algunas veces” puede aparecer, el 22,2% cree que “casi siempre”.

Por otro lado, con menor porcentaje un 11,1% supone que “casi nunca” y por último 7,4% de las personas entrevistadas cree que “siempre” se da una situación de rechazo de otros familiares hacia la familia que está atravesando por dicha enfermedad.

Tabla 22: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el rechazo que puede surgir por parte de las amistades hacia la familia de la persona drogodependiente.

Rechazo de los/as amigos/as	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	2	7,4
Alguna vez	16	59,3
Casi siempre	7	25,9
Siempre	2	7,4
Total	27	100

En cuanto al rechazo que puede sufrir la familia del drogodependiente por parte de las amistades, los/as profesionales entrevistados/as, consideran con un 59,3%, que “alguna vez” puede surgir esto, el 25,9% cree que “casi siempre” y el 7,4%, cada uno respectivamente, opinan que “casi nunca” y “siempre”.

Tabla 23: Opinión de los/as profesionales consultados/as sobre el rechazo que puede surgir por parte de la comunidad hacia la familia de la persona drogodependiente.

Rechazo de la comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	5	18,5
Alguna vez	14	51,9
Casi siempre	6	22,2
Siempre	2	7,4
Total	27	100

Centrando la atención en el rechazo que puede surgir por parte de la comunidad hacia la familia de la persona drogodependiente, las personas consultadas consideran con un 51,9% que esto sucede “alguna vez”, el 22,2%

“casi siempre”, el 18,5% de los/as profesionales cree que “casi nunca” y por último el 7,4% que “siempre”.

Tabla 24: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si tener una persona drogodependiente en la familia empeora la calidad de vida del resto de los familiares.

Empeoramiento de la calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	-	-
Casi siempre	18	66,7
Siempre	9	33,3
Total	27	100

En la tabla anterior, podemos observar que el conjunto de profesionales entrevistados/as considera con un 66,7% que “casi siempre” tener una persona drogodependiente en el hogar empeora la calidad de vida del resto de familiares. Además el 33,3% de los/as encuestados considera que esto se da “siempre”. Sin embargo, destacar que el resto de opciones no ha sido seleccionado por ningún experto/a.

Tabla 25: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si tras la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros hace que aumenten los robos en casa.

Robos en casa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	11	40,7
Casi siempre	15	55,6
Siempre	1	3,7
Total	27	100

En relación al tema de si tras la aparición de la dependencia a las drogas por parte de algún/a miembro de la familia aumentan los robos dentro de casa, hemos obtenido los siguientes resultados por parte de los/as profesionales consultados/as, los cuales consideran con un 55,6% que “casi siempre”, el 40,7% cree que “alguna vez” y el que “siempre” ocurre (3,7%).

Tabla 26: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si tras la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros hace que aumenten los robos fuera casa.

Robos fuera de casa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	16	59,3
Casi siempre	10	37
Siempre	1	3,7
Total	27	100

En cuanto a la opinión de los/as profesionales en relación a si tras la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros hace que aumenten los robos fuera de casa, el 59,3% de los/as consultados/as consideran que aumenta “alguna vez”. “Un 37% que “casi siempre” y por último el 3,7% que “siempre”.

Tabla 27: Opinión de los/as profesionales consultados/as acerca de si tras la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros surgen problemas con la justicia.

Problemas judiciales	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	-	-
Alguna vez	12	44,4
Casi siempre	13	48,1
Siempre	2	7,4
Total	27	100

Por último, en relación a la opinión de los profesionales sobre si surgen problemas con la justicia a raíz de la aparición de la dependencia drogas, los/as consultados/as consideran, con un 48,1%, que “casi siempre”, seguido de “alguna vez” (44,4%) y “siempre” (7,4%).

5.2. OPINIÓN DE LOS/AS FAMILIARES RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos del cuestionario realizado a familiares de personas drogodependientes que actualmente se

encuentran en tratamiento de deshabituación. Los datos obtenidos han sido los siguientes:

Tabla 28: Personas drogodependientes de las familias entrevistadas según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	15	75
Mujer	5	25
Total	20	100

En la tabla anterior, podemos observar el sexo de las personas drogodependientes de las familias entrevistadas, un 75% de la muestra son hombres y el 25% mujeres.

Tabla 29: Personas drogodependientes de las familias entrevistadas según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 años	4	20
De 31 a 45 años	7	26
De 46 a 65 años	9	45
Total	20	100

En cuanto a la edad de las personas drogodependientes de los familiares entrevistados, podemos observar que el 45% de ellos/as tienen entre los 46 y 65 años de edad, un 26% oscila entre los 31 y 45 años y por último, con menos de 30 años el 20%.

Tabla 30: Personas drogodependientes de las familias entrevistadas según la droga por la que solicitan tratamiento.

Droga	Frecuencia	Porcentaje
Heroína	9	45
Cocaína	2	10
Alcohol	3	15
Cannabis	5	25
Benzodiacepina	1	5
Total	20	100

Los familiares responsables del tratamiento consultados según la droga por la que las personas han demandado tratamiento son: con un 45% heroína, el 25% cannabis, un 15% alcohol, un 10% cocaína y por último el 5% lo ocupan las benzodiacepinas.

Tabla 31: Parentesco de las familias entrevistadas con las personas drogodependientes.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre/Madre	7	35
Pareja	10	50
Hermano/a	3	15
Total	20	100

En cuanto al parentesco de los/as familiares entrevistados/as con las personas drogodependientes que se encuentran en situación de deshabituación a drogas, observamos que el 50% son pareja, el 35% padre o madre y un 15% hermano/a.

Tabla 32: Opinión de los/as familiares entrevistados/as sobre las consecuencias y efectos más frecuentes en las personas drogodependientes.

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Consecuencias sobre la salud	18	88
Consecuencias legales	16	81
Consecuencias económicas	14	70
Consecuencias escolares	9	44

Para conocer las consecuencias y efectos más frecuentes en las personas drogodependientes hemos realizado una pregunta abierta de la cual resaltan algunos aspectos: En primer lugar en el aspecto de la salud, diferenciar entre salud física y mental, puesto que en la primera de ella describen como consecuencias el deterioro físico, la delgadez, la pérdida de dientes, aspecto desagradable, ojos rojos, dejadez en la higiene y la aparición de diferentes enfermedades. Por otro lado, en la salud psicológica hacen alusión a secuelas como pérdida de interés por la realidad, holgazanería, incapacidad para memorizar muchas cosas, etc.

Cabe destacar aspectos como el económico y el laboral, ya que los/as familiares entrevistados mencionan la pérdida del puesto de trabajo, descenso de la economía, dificultad para conseguir un trabajo nuevo o adaptarse al mismo y la dependencia económica de terceros.

Por último, se hace alusión al aspecto educativo y resaltan la incapacidad para finalizar sus estudios o la dificultad de retomarlos, añadiendo el desinterés absoluto por dicho tema.

Tabla 33: Opinión de los/as familiares entrevistados/as sobre las consecuencias y efectos más frecuentes en el medio de las personas drogodependientes.

Consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Consecuencias sociales	16	80
Consecuencias familiares	15	75

En relación a la opinión de los familiares sobre las consecuencias y efectos más frecuentes en el entorno de las personas drogodependientes, hemos realizado también una pregunta abierta de que destacamos dos aspectos.

En primer lugar, hacen mención a la pérdida de relaciones de todo tipo con el medio que les rodea (pérdida de amistades, relaciones con los vecinos etc.) y un completo aislamiento de la persona.

En segundo lugar, refieren el aspecto familiar, puesto que sienten que han perdido la comunicación con la persona drogodependiente, sentimientos de decepción, rabia y engaño y consideran que la persona dependiente ha perdido el rumbo de su vida.

Tabla 34: Consecuencias económica en la familia de la persona drogodependiente.

Consecuencias económicas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	20
Casi nunca	2	10
Alguna vez	2	10
Casi siempre	8	40
Siempre	4	20
Total	20	100,0

En la tabla anterior, podemos observar que en relación a la pregunta de si le ha afectado económicamente a la familia la dependencia a drogas de la persona drogodependiente, el 40% ha respondido que “casi siempre”, seguido del 20% cada uno los valores “nunca” y “siempre” y por último con un 10% “casi nunca” o “alguna vez”.

Tabla 35: Consecuencias del empeoramiento de la relación familiar con la persona drogodependiente.

Empeoramiento de la relación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10
Casi nunca	2	10
Alguna vez	5	25
Casi siempre	5	25
Siempre	6	30
Total	20	100,0

En relación a la pregunta de si se ha visto empeorada la relación con la persona drogodependiente por parte de la familia, el 30% de las personas encuestadas han respondido que “siempre”, “casi siempre” y “alguna vez” obtienen un 25% cada uno y por último nunca y casi nunca un 10% respectivamente.

Tabla 36: Mantenimiento de conversaciones fluidas de los miembros de la familia con la persona drogodependiente.

Mantenimiento de conversaciones fluidas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10
Casi nunca	5	25
Alguna vez	7	35
Casi siempre	5	25
Siempre	1	5
Total	20	100,0

Centrando nuestra atención en esta tabla, podemos observar que el 35% de las personas considera que “alguna vez” mantiene conversaciones fluidas en casa. Por otro lado, un 25% señala que “casi nunca” y “casi siempre” respectivamente. El resto, presentan porcentajes inferiores, “nunca” un 10% y “siempre” el 5%.

Tabla 37: Rechazo en el entorno familiar hacia la persona drogodependiente.

Rechazo en el entorno familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	30
Casi nunca	4	20
Alguna vez	5	25
Casi siempre	3	15
Siempre	2	10
Total	20	100,0

En relación al nivel de rechazo que hay en el entorno familiar hacia el/a drogodependiente, es decir, si evitan en casa tener contacto con esa persona, el 30% de los/as entrevistados/as señalan que “nunca” le han evitado, un 25% “alguna vez” y “casi nunca” ocupa el 20%. Sin embargo, con porcentajes inferiores, “casi siempre” obtiene un 15% y “siempre” un 10%.

Tabla 38: Discusiones en el entorno familiar de la persona dependiente a drogas.

Discusiones en el entorno familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	-	-
Casi nunca	2	10
Alguna vez	6	30
Casi siempre	8	40
Siempre	4	20
Total	20	100,0

Haciendo mención a si en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de sus miembros, han aumentado las discusiones hemos obtenido lo siguiente:

En primer lugar, el 40% respondió que “casi siempre”, un 30% “algunas veces”, “siempre” 20% y casi “nunca” 10%.

Tabla 39: Violencia verbal hacia el entorno familiar por parte del sujeto a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Violencia verbal	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	35
Casi nunca	1	5
Alguna vez	3	15
Casi siempre	6	30
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En relación al nivel de violencia verbal que hay en el hogar por parte de la persona drogodependiente hacia el resto de los/as familiares, el 35% de las personas entrevistadas han contestado que “nunca”, frente a un “casi siempre” que cuenta con el 30%. Ya por debajo, “alguna” vez obtiene el 15%, “siempre” un 15% y “casi nunca” un 5%.

Tabla 40: Violencia física hacia el entorno familiar por parte del sujeto a raíz de la aparición de la dependencia a drogas.

Violencia física	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	70
Casi nunca	1	5
Alguna vez	1	5
Casi siempre	1	5
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En cuanto a la violencia física con la que cuenta el entorno familiar por parte de la persona drogodependiente hemos podido observar que:

En primer lugar, el 70% ha respondido que “nunca” la han sufrido, un 15% que “siempre”. “Casi nunca”, “alguna vez” y “casi siempre” cuentan con 5% cada uno de ellos.

Tabla 41: Estado emocional de la familia por la dependencia a drogas por parte de alguno de los miembros.

Estado emocional	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	5
Casi nunca	1	5
Alguna vez	1	5
Casi siempre	9	45
Siempre	8	40
Total	20	100,0

En la tabla anteriormente expuesta, se observa la repercusión emocional que sufre el familiar entrevistado/a de la persona drogodependiente. Así el 45% considera que “casi siempre” le ha afectado, un 40% que “siempre” y con porcentajes inferiores, “nunca”, “casi nunca” y “alguna vez” obtienen 5% cada uno de ellos.

Tabla 42: Discusiones en la familia con otros familiares de la persona drogodependiente.

Discusiones con otros familiares	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10
Casi nunca	1	5
Alguna vez	3	15
Casi siempre	11	55
Siempre	3	15
Total	20	100,0

Hacemos alusión a si tras la aparición de la dependencia a drogas de la persona, han surgido discusiones con el resto de familiares. El 55% de las personas entrevistadas ha respondido que “casi siempre” las han tenido, un 15% “alguna vez” y “siempre”, “nunca” un 10% y por último con el 5% “casi nunca”.

Tabla 43: Conflicto (discusiones, violencia verbal, física) en la familia con otros/as familiares a raíz de la dependencia a drogas.

Conflicto familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10
Casi nunca	3	10
Alguna vez	5	25
Casi siempre	7	35
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En esta tabla, hacemos referencia al nivel de conflicto que ha habido en el entorno familiar con otros familiares, ya sean discusiones, agresiones verbales, agresiones físicas etc. El 35% de las personas encuestadas respondieron que “casi siempre” ha habido, un 25% que “algunas veces”, la opción de “siempre” el 15%, “nunca” y “casi nunca” alcanzan un 10% cada uno.

Tabla 44: Conflicto (discusiones, violencia verbal, física) de la familia con amigos/as a raíz de la dependencia a drogas por parte de alguno de los miembros.

Conflicto con amistades	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	35
Casi nunca	5	25
Alguna vez	4	20
Casi siempre	1	5
Siempre	3	15
Total	20	100,0

La descripción que podemos realizar de la tabla anteriormente expuesta, es que el 35% de las personas encuestadas no han tenido problemas con sus amistades a raíz de la aparición de la dependencia a las drogas de alguno de los miembros de la familia. Un 25% “casi nunca” y el 20% “algunas veces”. Ya por debajo, “siempre” obtiene 15% y “casi siempre” 5%.

Tabla 45: Conflicto (discusiones, violencia verbal, física) de la familia con vecinos/as a raíz de la dependencia a drogas por parte de alguno de los miembros.

Conflicto Vecinal	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	50
Casi nunca	1	5
Alguna vez	4	20
Casi siempre	2	10
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En cuanto al nivel de conflicto de la familia con vecinos a raíz de la aparición de la dependencia a drogas por parte de alguno de sus miembros, hemos obtenido en el estudio realizado que: en primer lugar, el 50% “nunca” ha sufrido esta situación, un 20% “alguna vez”, la opción de “siempre” obtiene el 15%, “casi siempre” el 10% y “casi” nunca 5%.

Tabla 46: Desconfianza del familiar hacia la persona drogodependiente a raíz de la dependencia a drogas.

Desconfianza	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	15
Casi nunca	1	5
Alguna vez	5	25
Casi siempre	6	30
Siempre	5	25
Total	20	100,0

Haciendo alusión a si las personas entrevistadas han sentido desconfianza hacia la persona drogodependiente, el 30% considera que “casi siempre”, “alguna vez” y “siempre” ocupan un 25% cada uno, el 15% de los/as familiares no han sentido “nunca” desconfianza y por último, el 5% restante lo ocupa “casi nunca”.

Tabla 47: Sensación de engaño del familiar hacia la persona drogodependiente a raíz de la dependencia a drogas.

Engaño	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	15
Casi nunca	-	-
Alguna vez	5	35
Casi siempre	7	45
Siempre	5	25
Total	20	100,0

En relación a si la persona entrevistada había sentido o se siente engañado/a por la persona drogodependiente a raíz de la dependencia a las drogas, el 45% respondió que “casi siempre”, un 35% que “alguna vez”, “siempre” obtiene 25% y “nunca” sólo un 15%.

Tabla 48: Apoyo hacia el familiar por parte de otros familiares a raíz de la dependencia a drogas de alguno/a de sus miembros.

Apoyo familia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10
Casi nunca	3	15
Alguna vez	1	5
Casi siempre	11	55
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En la tabla 48, podemos observar el apoyo con el que cuentan los familiares de una persona drogodependiente por parte del resto de la familia. Así, de los datos obtenidos de las diferentes entrevistas que hemos realizado que 55% se ha sentido apoyado “casi siempre”, un 30% considera que “siempre” o “casi nunca” un 15% cada uno, el 10% “nunca” y un 5% “algunas veces”.

Tabla 49: Apoyo hacia el familiar por parte de los/as amigos/a a raíz de la dependencia a drogas de alguno/a de sus miembros.

Apoyo amigos/as	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	30
Casi nunca	-	-
Alguna vez	4	20
Casi siempre	6	30
Siempre	4	20
Total	20	100,0

Centrando nuestra atención en el apoyo recibido por los/as amigos/as de los/as familiares a raíz de la dependencia a drogas, las personas encuestadas consideran con un 30% cada uno que “nunca” y “casi siempre” han percibido dicho apoyo, “alguna vez” y “siempre” obtienen un 20% cada uno. Por último, mencionar que la opción de “casi nunca” no fue seleccionada por ninguna de las personas entrevistadas.

Tabla 50: Apoyo hacia el familiar por parte de los/as vecinos/as a raíz de la dependencia a drogas de alguno/a de sus miembros.

Apoyo vecinal	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	40
Casi nunca	1	5
Alguna vez	5	25
Casi siempre	5	25
Siempre	1	5
Total	20	100,0

En cuanto al apoyo recibido por parte de los vecinos/as a raíz de la dependencia a drogas, el 40% “nunca” se ha sentido apoyado por ellos/as, con un 25% cada uno siente que “alguna vez” y “casi siempre”. Y por último, “casi nunca” y “siempre” obtienen un 5% cada uno.

Tabla 51: Robos dentro de casa por parte de la persona drogodependiente a raíz de la dependencia a drogas.

Robos en casa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	45
Casi nunca	4	20
Alguna vez	2	10
Casi siempre	4	20
Siempre	1	10
Total	20	100,0

En relación a si han surgido robos en casa tras la aparición de la dependencia a drogas, el 45% familiares encuestados “nunca” han sufrido hurtos en casa, “casi nunca” y “casi siempre” obtienen un 20% cada uno y por último “alguna vez” y “siempre” otro 10% cada uno.

Tabla 52: Robos fuera de casa por parte de la persona drogodependiente a raíz de la dependencia a drogas.

Robos fuera de casa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	55
Casi nunca	2	10
Alguna vez	4	20
Casi siempre	2	10
Siempre	1	5
Total	20	100,0

Queriendo conocer si han surgido robos fuera del entorno familiar tras la aparición de la dependencia a drogas, el 55% de los/as familiares respondieron que “nunca”. Asimismo, un 20% respondió que “alguna vez” surgió algún robo fuera del hogar.

Por último, cabe destacar, que el 10% “casi nunca” había tenido robos fuera de casa al igual que la opción de “casi siempre” que también obtuvo un 10%.

Tabla 53: Consecuencias judiciales en la familia a raíz de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de los miembros.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	50
Casi nunca	-	-
Alguna vez	2	10
Casi siempre	5	25
Siempre	3	15
Total	20	100,0

En cuanto a esta tabla, el 50% de las familias “nunca” han tenido problemas judiciales por la dependencia a las drogas de alguno/a de sus miembros, un 25% “casi siempre”, la opción de “siempre” obtiene 15% y “alguna vez” el 10%.

Sin embargo, la opción de “casi nunca”, no fue seleccionada por ninguno/a de los/as familiares que entrevistamos para conocer si la drogodependencia de su familiar cercano, le había hecho tener alguna consecuencia legal.

Tabla 54: La calidad de vida de la familia a raíz de la dependencia a drogas por parte de alguno/a de los miembros.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	15
Casi nunca	2	10
Alguna vez	1	5
Casi siempre	6	30
Siempre	8	40
Total	20	100,0

Por último, en relación a la calidad de vida de la familia y el empeoramiento de la misma tras la aparición de la dependencia a las drogas por parte de alguno/a de sus miembros, el 40% de las personas entrevistadas considera que “siempre” les ha afectado, un 30% “casi siempre”, el valor de “nunca” ocupa un 15%, “casi nunca” obtiene 10% y finalmente “alguna vez” el 5%.

5.3. RESUMEN DE LOS DATOS OBTENIDOS

Con todo lo señalado anteriormente, hemos podido conocer la opinión de los/as profesionales en el campo de las drogodependencias en relación al tema de las consecuencias de la dependencia a las drogas en la familia. Además, se han expuesto los resultados obtenidos de las entrevistas a familiares de personas drogodependientes, conociendo así desde dentro la experiencia que han vivido en relación con las drogas.

Entre muchos aspectos importantes, destacar que tanto las personas expertas como los/as familiares, han coincidido en que la dependencia a drogas afecta a todo el medio familiar, algunos ejemplos son: a la economía familiar, a las relaciones interpersonales, a la comunicación con la familia, al rechazo o aislamiento tanto de la persona drogodependiente como de todo el entorno familiar, ya sea por parte de otros/as familiares, amigos/as o vecinos.

Además, debemos mencionar otros factores que se ven afectados por dicha situación, como pueden ser, la calidad de vida de la familia o la aparición de conflictos con otros familiares, con los amigos o vecinos más cercanos.

Sin embargo, cabe citar que en nuestro estudio no hemos observado que hayan aparecido agresiones físicas o verbales, lo cual es un elemento a tener en cuenta, sino que han aumentado las discusiones dentro del hogar. Además, tampoco se refleja que aparezcan un mayor número de robos dentro o fuera del hogar tras la aparición de la dependencia.

Por último, tenemos que hacer alusión a que los familiares y profesionales manifiestan que pueden surgir sentimientos de frustración y rabia en la familia tras conocer la existencia de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

A modo de conclusión y destacando los resultados más relevantes obtenidos en los aspectos por los que nos hemos interesado debemos señalar.

En primer lugar, haciendo alusión a diferentes consecuencias y efectos más frecuentes en las personas drogodependientes, los/as trabajadores/as entrevistados/as y familiares, destacaron aspectos en la salud física y psicológica (pérdida de apetito, insomnio, enfermedades mentales o de transmisión sexual etc.), sociales (relaciones con el entorno), familiares (riesgo de desestructuración familiar, pérdida de las relaciones afectivas) , legales (problemas judiciales), laborales (pérdida de trabajo y difícil recuperación de uno nuevo), económicas (gasto elevado en el consumo) educativas (abandono del sistema educativo) y en la calidad de vida (pérdida de la autonomía personal).

En cuanto a las repercusiones en el medio, es decir en el entorno, de la dependencia a drogas por parte de una persona, los/as profesionales hicieron hincapié en campos como el social, la familia, judicial y en la calidad de vida perjudicando a todos los niveles y a sus relaciones con estos. Los familiares en cambio, destacan las consecuencias familiares y sociales.

Por otro lado, centrandó nuestra atención en la percepción de los/as profesionales sobre las diferencias según el sexo en la dependencia a las drogas, más del 70% de los resultados obtenidos muestran que “casi siempre” existen disparidad entre ambos.

Además, también queríamos conocer si creían que la repercusión a la dependencia a las drogas era mayor en jóvenes adolescentes que en personas adultas, lo cual con el 51.9% obtuvo que “casi siempre”.

En relación a las consecuencias económicas en las familias de las personas drogodependientes, desde un punto de vista profesional se observa que “siempre” o “casi siempre” existe dichos efectos.

Sin embargo, aunque el 40% de las familias entrevistadas también refirieron que “casi siempre” les había afectado, cabe destacar que otro 20% considera que “nunca” han sufrido a nivel económico la dependencia a drogas por parte de algún miembro de su familia.

En cuanto al daño en las relaciones afectivas dentro del ámbito familiar y la posibilidad de que se vieran afectadas, hemos podido obtener que existe concordancia entre la opinión profesional y la vivencia de las familias, ya que el mayor peso de los porcentajes se encuentra en opciones como “siempre”, “casi siempre” y “algunas veces”, por lo que podemos deducir que en menor o mayor grado si se ven afectadas de forma negativa. Además, mencionar que las familias destacan con un 25% que no mantienen conversaciones con la persona drogodependiente o sólo “algunas veces”.

Por lo mencionado anteriormente y relacionándolo con la opinión de familias y profesionales sobre el nivel de aislamiento o rechazo en el hogar

hacia la persona drogodependiente, encontramos disparidades entre la opinión de ambos, puesto que los/as expertos/as creen que estas circunstancias se da “algunas veces” o “casi siempre”, frente a lo hallado en los/as más cercanos/as a ellos, sus familias, que consideran con más de la mitad de los porcentajes que dicha situación se da “nunca” o “casi nunca”.

No obstante, si nos centramos en el aumento del nivel de discusiones en el hogar, encontramos concordancia entre la opinión profesional y la de los/as familiares, quienes consideran y han vivido un mayor aumento de las disputas en casa a raíz de la dependencia a drogas. Además, los/as profesionales creen casi por unanimidad que esta situación hace que aparezcan en los/as familiares cercanos sentimientos de frustración o rabia.

Por lo tanto, desde una perspectiva profesional, cabe destacar que consideran que esta situación conlleva a un efecto negativo en el estado anímico de la persona, teniendo total concordancia con la opinión de la familia, afectando sin ninguna duda a la salud de aquellos a quienes rodea.

En relación a la posible aparición de la desconfianza por la dependencia a drogas, hemos obtenido en ambas entrevistas que sí sucede en un alto porcentaje ese aumento de la desconfianza hacia la persona drogodependiente, por diferentes motivos, entre los que destacan el miedo a volver a tener una recaída en el consumo o no ser capaz de seguir con el tratamiento de deshabitación.

Sin embargo, haciendo alusión a la sensación de engaño que pueden sentir, los/as expertos/as expresan en un alto porcentaje que sí se da esa situación, frente a los/as familiares, en los cuales encontramos diferencias en los resultados obtenidos y variedad de opiniones y experiencias vividas.

Atendiendo al tema de la violencia en casa tras la aparición de la dependencia a drogas, según los/as profesionales la violencia de tipo física se suele dar “algunas veces” o “casi siempre”. Esto se encuentra en contraposición de lo hallado en las familias, las cuales un 70% de las personas entrevistadas refirieron que no había aparecido en casa.

No obstante, haciendo alusión a la violencia verbal, las familias presentan datos muy variados, agrupándose la mayor parte de los resultados obtenidos entre las opciones de “nunca” y “casi siempre”, ambas muy dispares, frente a la experiencia profesional que sostiene que se da “casi siempre”.

Asimismo, podemos observar en el aspecto de las discusiones de la familia con otros/as familiares por la aparición de la dependencia a las drogas pudiendo ocasionar rechazo hacia los mismos, profesionales y familias refieren con un alto porcentaje de los datos obtenidos que sí aumentaron “casi siempre”.

En cuanto, al aumento de las discusiones con amigos a raíz de la dependencia a drogas y un posible rechazo de los mismos, observamos que tanto profesionales como la experiencia vivida de los/as familiares, esto se ha dado “algunas veces”. Por lo tanto, podemos suponer que la dependencia a drogas podría ocasionar un motivo de distanciamiento de las amistades.

Por otro lado, y haciendo alusión a la situación planteada anteriormente, pero en este caso con los vecinos y el conjunto de la comunidad, los/as expertos/as consideran que esto se puede dar “algunas veces”. Sin embargo, en lo hallado en las familias observamos que un alto porcentaje de los/as encuestados/as refiere que “nunca” han tenido problemas de diferente índole (discusiones, agresiones físicas o verbales) con los/as vecinos/as.

Por otra parte, hemos querido conocer la sensación y nivel de apoyo que las familias consideran que ha tenido a lo largo de esta situación. A nivel de otros familiares, refieren que “casi siempre” han contado con ellos/as. Sin embargo, a la hora de contar con el apoyo de las amistades, encontramos en los resultados obtenidos variedad de resultados, puesto que un 30% refiere que “nunca” ha contado con este tipo de apoyo, frente a otro 30% que “casi siempre” (el resto de los porcentajes están dispersos en el resto de opciones). Por último, cabe mencionar a los/as vecinos/as, dónde observamos que un 40% “nunca” ha sentido apoyo vecinal y otro 25% que “algunas veces”, es decir, que las familias sienten que tienen escaso o nulo apoyo por ellos.

En relación a los robos dentro y fuera del hogar, e indagando en los mismos, observamos en ambos casos que, desde la experiencia laboral de las personas profesionales entrevistadas, “casi siempre” o “siempre” aumentan en ambos aspectos el nivel de robos. Sin embargo, en los resultados obtenidos de las familias vemos que predomina la opción de que “nunca” han sufrido dicho aspecto. Cabe destacar, que esto mismo sucede con los problemas judiciales, puesto que las familias entrevistadas refieren que esto no han tenido problemas judiciales, frente a los/as expertos/as que consideran que sí suelen haber medidas o problemas de índole judicial.

Además, debemos hacer mención al poco apoyo que las personas familiares de personas drogodependientes consideran que perciben de otros familiares, de las amistades y de la comunidad, puesto que en los resultados obtenidos los porcentajes más altos se encuentran en opciones como “nunca”.

Por ello, hemos indagado en si la dependencia a las drogas de una persona hace que la calidad de vida del resto de los familiares empeore y observando los resultados de los test a las familias podemos concluir que sí afecta “siempre” o “casi siempre” al estado de bienestar de las personas que les rodean.

Por todo lo mencionado anteriormente, y relacionándolo con la teoría obtenida de los diferentes autores, observamos que Pascual (2015), pudo comprobar en sus investigaciones que los problemas que surgían en la familia a raíz de la dependencia a las drogas por parte de algún miembro de la misma eran de diferentes tipos tales como:

En primer lugar, menciona los económicos y en nuestro estudio desde las perspectiva profesional y familiar esta idea es apoyada, no obstante cabe mencionar a un 20% de los/as familiares entrevistados que refieren que “nunca” han tenido consecuencias económicas en la dependencia a las drogas del familiar.

Por otro lado, el autor hace alusión a un posible aislamiento, el cual es mencionado tanto por familiares como por los/as expertos/as entrevistados/as como una de las principales consecuencias que se da en las personas drogodependientes tras la dependencia, porque se aíslan del medio que les rodea. No obstante, a nivel familiar, observamos que los/as familiares dentro del hogar intentan no rechazar a la persona, pero sí que hemos podido ver que las relaciones interpersonales se ven afectadas negativamente.

Por lo tanto, destacar como señala el autor, el tema de la comunicación, o la ausencia de la misma, la cual la hemos podido comprobar en las entrevistas realizadas a los/as familiares, porque presentan un bajo grado, en conversaciones fluidas con las personas drogodependientes.

No obstante, Pascual (2015) señala también el maltrato físico y psicológico como dos de las dificultades que surgían en la familia. Sin embargo, y teniéndolo en cuenta para investigaciones futuras, esto no lo hemos podido comprobar, puesto que en nuestro estudio nos ha salido lo contrario, que el nivel de agresiones físicas o verbales ha sido escaso o nulo.

Por último, Forselledo y Esmoris (1994) a la hora de hablar de las disfuncionalidades que surgen en la familia tras conocer la existencia de la enfermedad, hablan de momentos de tensión pudiendo dar una respuesta de frustración y pérdida de confianza en la persona drogodependiente, lo cual en nuestro estudio hemos podido observar que suceden y surgen este tipo de sentimientos por parte de los familiares, los cuales manifiestan que han sentido esto sobre todo por no saber controlar o llevar la situación.

Ahora, centrando la atención en las hipótesis que habíamos propuesto al principio del estudio y realizando una comparación con lo obtenido en los resultados podemos deducir lo siguiente:

En primer lugar, haciendo alusión a la similitud entre la opinión de los/as profesionales especializados en el campo de las drogodependencias y las familias, observamos que gran parte sí suelen coincidir. Sin embargo, es

destacable que por ejemplo en el nivel de violencia física o verbal o los robos dentro y fuera de casa, existen discrepancias entre ambos, porque los/as expertos indicaban dichas situaciones como un factor que solía suceder casi siempre y lo obtenido de las familias fue lo contrario.

Por otro lado, planteábamos como hipótesis, la posibilidad de que los familiares de personas drogodependientes pueden sufrir rechazo por parte de los/as familiares, amigos/as y vecinos/as. En lo obtenido en los resultados, observamos que esto suele suceder algunas veces, por lo tanto, no podemos confirmar que se de dicho rechazo, pero podemos considerar la idea de que tampoco se desmiente, lo cual en futuras investigaciones se debería de tener en cuenta dicho aspecto e indagar en el mismo.

En cuanto a la posibilidad de que hubiera consecuencias económicas, tanto familiares como profesionales han confirmado que afecta negativamente a la economía de la familia en la mayoría de los casos.

Asimismo, debemos destacar que también se confirma que surgen problemas de comunicación y ausencia de la misma, porque los familiares en las entrevistas han referido que el nivel de conversaciones fluidas en el hogar con la persona drogodependiente habían descendido tras la aparición de la dependencia. Además, es una de las consecuencias que los/as profesionales presentaron que se daba en las personas drogodependientes con las familias.

Para acabar, debemos hacer mención a la hipótesis de que los familiares de personas drogodependientes tiene mayor número de discusiones tras aparecer la dependencia a alguna sustancia, esto lo podemos confirmar tanto desde la visión profesional como desde la experiencia vivida por las familias, las cuales consideran que ha habido un aumento de las discusiones tras aparecer la enfermedad.

Por todo lo mencionado anteriormente y como propuestas de mejoras, debemos considerar el implicar siempre a la familia en los procesos de tratamiento de rehabilitación de las drogodependencias, ya que han sufrido directamente la enfermedad y les ha afectado a su estado físico y/o emocional.

Es por ello, que como profesionales tenemos que facilitar a las familias el aprendizaje del afrontamiento y resiliencia para adaptarse al cambio, deshacer falsas creencias o mitos ayudándoles a adaptarse a la nueva situación que tienen presente y saber actuar ante una recaída que pueda suceder.

Cabe destacar también que debemos transmitirles que es una enfermedad la cual debe ser tratada como tal y que requiere un proceso de tratamiento largo y con muchas dificultades en el camino.

Por otro lado, tras los resultados obtenidos, observamos el bajo nivel de apoyo que perciben los familiares de drogodependientes por parte de otros familiares, amigos y vecinos. Por lo tanto, se debe concienciar a la población del problema de las drogodependencias, de sus efectos y consecuencias tanto en ellos como en el entorno. Para ello, debemos realizar prevención en todos los ámbitos de la vida de las personas (en la escuela, los centros de salud, la familia, las asociaciones etc.) para poder conseguir convivir con las drogas y conocerlas y así que no afecten a nuestra calidad de vida, ni a las personas que nos rodean.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuntament de València. (2014). *Plan Joven de la ciudad de Valencia*. Recuperado de <http://www.juventud-valencia.es/archivos/plan-joven-cast-2014-2018.pdf>
- Alonso, A. (2012). *El modelo de Prochaska y Diclemente: un modelo de cambio*. Recuperado de www.psyciencia.com: <https://www.psyciencia.com/2012/26/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/>
- Ayuntamiento de Madrid. (2016). *Servicios y recursos del del Instituto de adicciones*. Recuperado de <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Salud/Adicciones/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la-reinsercion?vgnextfmt=default&vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM100000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=d4ea0c5600847010VgnVCM100000d>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Brasó, Á. (2013). *Creencias sobre las adicciones: del modelo moral al biopsicosocial*. Recuperado de <https://psicologialacarta.wordpress.com/2013/11/17/creencias-sobre-las-adicciones-del-modelo-moral-al-biopsicosocial/>
- Calvo, H. (2007). papel de la familia en la rehabilitación e integración social del paciente adicto. En S. y. drogas, *Inserción social del drogodependiente* (págs. 49-55). Valencia: Generalitat Valenciana.
- Carmona, Á. (2014). *Familia y adicciones*. Chile: AJUTER.
- Clínica Aprovat. (2014). www.aprovat.org. Recuperado de <http://www.aprovat.org/intervencion-familiar-deshabitucion-adicciones/>
- DSM-IV-TR. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado el 6 de Junio de 2016, de www.psicocode.com: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>
- FAER, Fundación Adictos en Recuperación. (2016). www.ctmadrid-adicciones.com. Recuperado de <http://www.ctmadrid-adicciones.com/la-adiccion-en-la-familia/>
- Forselledo, G, y Esmoris. V. (1994). *Consumo de drogas y familia, situación y factores de riesgo*. Montevideo: Asociación Uruguaya para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia.

- Fundación Di No a las Drogas. (2014). *Consecuencias familiares dell consumo de drogas*. Recuperado de <https://dinoalasdrogas.com/consecuencias-familiares-del-consumo-de-drogas/>
- García, J. M. (1995). *La droga: conceptos, aspectos penales y penitenciarios*. Alicante: Club Universitario.
- Gisbert, J. (1996). *Las drogas y su problemática actual*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Gobierno de Canarias Cosejería de Sanidad. (2010). *III Plan Canario Sobre Drogas*. Canarias: Gobierno de Canarias.
- Guerra, C., y Plaza, H. (2001). *Desarrollo histórico del Enfoque Conductual*. Recuperado de [file:///C:/Users/w8w/Downloads/historia%20del%20enfoque%20%20cond actual\[1\].pdf](file:///C:/Users/w8w/Downloads/historia%20del%20enfoque%20%20cond actual[1].pdf)
- Guisa, V. (2005). *padres adictos y su repercusión en los hijos*. México: Centros de Integración Juvenil A.C.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social* . Madrid: Ediciones Académicas.
- Instituto Deusto de Drogodependencias. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Bilbao: I. Vielva, L. Pantoja y J.A. Abeijón.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas EE.UU. (2010). *principios de tratamiento para la adicción. Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Losada, M. J., Márquez, P., y Márquez, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 123-139.
- Lucas, A. (2015). *www.asociacionbetania.org*. Recuperado de <http://www.asociacionbetania.org/2015/03/la-importancia-de-la-familia-en-el-proceso-de-rehabilitacion/>
- Mayor, J. (1995). *Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social*. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense.
- Molina, C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-Journal of Criminal Science*, 1-30.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2016). *Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina)*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Organización de los Estados Americanos. (2010). El problema de las drogas en las américas. EE.UU.: Organización de los Estados Americanos
- Pascual, M. (2015). *www.revistaindependientes.com*. Recuperado de <http://revistaindependientes.com/la-familia-en-el-proceso-de-rehabilitacion-de-una-adiccion/>
- Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto Hombre: El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico*. Santa Cruz de Tenerife: Proyecto Hombre.
- Rojas, H. (2016). *Impacto del abuso de drogas en la familia*. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com/opinion/columnas/impactodelabusodelasdrog asenlafamilia-columna-2232502/#>
- Rubio, G., y Santo, J. (2004). *Todo sobre las drogas información objetiva para prevenir y decidir*. Madrid: mr.ediciones.
- Sanchez, E., Tomas, V., y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 66-70.
- Torres, L. (2007). *www.webcache.googleusercontent.com*. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf&gws_rd=cr&ei=0WmfWN2KHqnXgAbNo7C4DQ
- Trujillo, C. (2012). *Psicología de la salud*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos99/psicologia-dela-salud/psicologia-dela-salud.shtml>
- Zapata, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES*, 86-94.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

CUESTIONARIO PARA EL/LA PROFESIONAL

Estimado/a compañero/a: Soy Nauzet Gutiérrez, alumno de 4º de Grado de Trabajo Social. En estos momentos estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado: **“Las consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en la familia”**. Por ello, me dirijo a usted para pedirle que conteste este pequeño cuestionario que sólo te llevará un par de minutos. Como puede suponer, sus respuestas serán totalmente confidenciales. Debe saber también que no hay respuestas correctas o incorrectas y que lo que realmente importa es tu opinión sobre las cuestiones planteadas. Para señalar la respuesta sólo tiene que marcar una cruz o rodear con un círculo la opción elegida.

Los datos obtenidos serán de gran utilidad en la investigación y una fuente de información de primer nivel.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN Y SI DESEAS RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS OBTENIDOS INDICA TU CORREO ELECTRÓNICO:

Antes de comenzar, por favor responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Podría indicar cuáles son las consecuencias o efectos más frecuentes en las personas dependientes a las drogas?

2. ¿Podría indicar cuáles son las consecuencias o efectos más frecuentes en el medio de las personas drogodependientes a drogas?

CUESTIONARIO PARA LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE TENERIFE

El siguiente cuestionario es totalmente anónimo y lo que se pretende con él, es conocer la percepción de los profesionales que trabajan en drogodependencias de cómo ha vivido la familia la dependencia a alguna sustancia por parte de algún miembro de su familia. El cuestionario consta de preguntas valoradas del 1 al 5:

- **1: Nunca**
- **2: Casi nunca**
- **3: Alguna vez**
- **4: Casi siempre**
- **5: Siempre**

<u>Preguntas</u>	1 nunca	2 casi nunca	3 alguna vez	4 casi siempre	5 siempre
1. ¿Cree que en el consumo y dependencia a drogas hay características diferentes o que afectan de diferente forma a hombres y mujeres?					
2. ¿Considera que en los adolescentes es mayor la repercusión en la familia que en las personas adultas?					
3. ¿Considera que a la familia le afecta económicamente el consumo del drogodependiente?					
4. ¿Cree que se ven dañadas las relaciones interpersonales en el hogar a raíz del consumo?					
5. ¿Considera que el usuario/a es aislado o rechazado en casa por otros miembros de la familia debido a la dependencia a las drogas?					
6. ¿Considera que aumentan las discusiones en el entorno familiar a raíz de la aparición de la dependencia a las drogas?					
7. ¿Cree que pueden surgir sentimientos de frustración debido a la dependencia a las drogas?					

8. ¿Cree que pueden surgir sentimientos de rabia debido a la dependencia a las drogas?					
9. ¿Considera que afecta anímicamente al familiar?					
10. ¿Cree que la dependencia a drogas afecta a la salud del familiar?					
<u>Preguntas</u>	1. nunca	2. casi nunca	3. alguna vez	4. Casi siempre	5. siempre
11. ¿Cree que el nivel de desconfianza del familiar hacia el drogodependiente aumenta?					
12. ¿Considera que el familiar del drogodependiente se siente engañado?					
13. ¿Considera que aumenta la violencia física en la familia tras la aparición de la dependencia a las drogas?					
14. ¿Considera que aumenta la violencia verbal en la familia tras la aparición de la dependencia a las drogas?					
15. ¿Cree que la familia de la persona drogodependiente es rechazada por parte de otros familiares?					
16. ¿Cree que la familia pierde amistades tras la aparición de la dependencia?					
17. ¿Considera que los familiares del usuario/a son rechazados/as por la comunidad?					
18. ¿Considera que la dependencia a las drogas de un miembro de la familia empeora la calidad de vida?					
19. ¿Cuándo hay dependencia a las drogas aumentan los robos dentro de casa?					
20. ¿Cuándo hay dependencia a las drogas aumentan los robos fuera de casa?					
21. ¿Cree que surgen problemas con la justicia?					

SEXO:

EDAD: - **30 AÑOS**

31-45 AÑOS

46-65 AÑOS

PROFESIÓN:

AÑOS DE EXPERIENCIA EN DROGODEPENDENCIAS:

ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA LOS/AS FAMILIARES RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

CUESTIONARIO PARA EL/LA FAMILIAR

Estimado/a señor/a: Soy Nauzet Gutiérrez, alumno de 4º de Grado de Trabajo Social. En estos momentos estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado: "**Las consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en la familia**". Por ello, me dirijo a usted para pedirle que conteste este pequeño cuestionario que sólo le llevará un par de minutos. Como puede suponer, sus respuestas serán totalmente confidenciales. Debe saber también que no hay respuestas correctas o incorrectas y que lo que realmente importa es su opinión sobre las cuestiones planteadas. Para señalar la respuesta sólo tiene que marcar una cruz o rodear con un círculo la opción elegida.

Los datos obtenidos serán de gran utilidad en la investigación y una fuente de información de primer nivel.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS OBTENIDOS INDIQUE SU CORREO ELECTRÓNICO:

Antes de comenzar, por favor responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Podría indicar cuáles son las consecuencias o efectos más frecuentes en las personas dependientes a las drogas?

2. ¿Podría indicar cuáles son las consecuencias o efectos más frecuentes en el medio de las personas drogodependientes a drogas?

Parentesco con el usuario/a:

Sexo de la persona que demanda tratamiento:

Edad de la persona que demanda tratamiento:

Droga/s por la que solicita tratamiento:

El siguiente cuestionario es totalmente anónimo y lo que se pretende con él, es conocer su experiencia en la dependencia a alguna sustancia por parte de algún miembro de su familia. El cuestionario consta de preguntas valoradas del 1 al 5:

- **1: Nunca**
- **2: Casi nunca**
- **3: Alguna vez**
- **4: Casi siempre**
- **5: Siempre**

Preguntas	1 (nunca)	2 (casi nunca)	3 (alguna vez)	4 (casi siempre)	5 (siempre)
1. ¿Ha tenido problemas económicos a consecuencia de la dependencia a drogas de esa persona?					
2. ¿Ha empeorado la relación con esa persona tras la dependencia a drogas?					
3. ¿Mantiene conversaciones fluidas con el usuario/a?					
4. ¿Evitan en casa relacionarse con el usuario/a?					
5. ¿Ha habido discusiones en casa desde la aparición de la dependencia a drogas?					
6. ¿Ha sufrido violencia verbal por parte del usuario/a?					
7. ¿Ha sufrido agresiones físicas por parte del usuario/a?					
8. ¿Cree que esta situación le ha afectado a su estado emocional?					
9. ¿Ha discutido con otros miembros de su familia tras la aparición de la					

dependencia a drogas?					
10. ¿Han surgido problemas con otros familiares desde la dependencia a drogas? (discusiones, agresiones verbales o físicas etc.).					
11. ¿Han surgido problemas con amigos/as? (discusiones, agresiones verbales o físicas etc.).					
12. ¿Han aparecido conflictos con los vecinos? (discusiones, agresiones verbales o físicas etc.).					
13. ¿Has sentido desconfianza hacia la persona drogodependiente?					
14. ¿Se ha sentido engañado/a por la persona drogodependiente?					
15. ¿Se ha sentido apoyado/a por parte otros/as miembros de la familia en el abordaje de la dependencia a la droga?					
16. ¿Se ha sentido apoyado/a por parte de sus amigos en el abordaje de la dependencia a la droga?					
17. ¿Se ha sentido apoyado/a por parte de sus vecinos en el abordaje de la dependencia a la droga?					
18. ¿Ha surgido robos en casa tras la aparición de la dependencia a drogas?					
19. ¿Ha habido robos fuera de casa tras la aparición de la dependencia a drogas?					
20. Han surgido problemas con la justicia tras la aparición de la dependencia a drogas?					
21. ¿Siente que ha empeorado o empeoró su calidad de vida desde que se inició la dependencia a las drogas?					