

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



LA RED FAMILIAR EN CASOS DE DROGODEPENDENCIA

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FAMILIARES DE APOYO PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

AUTORA: Esther Cruz Catalán

TUTOR: Dr. Miguel Ángel Ballesteros Moscosio

DEPARTAMENTO: Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social

TITULACIÓN: Grado en Pedagogía

CURSO ACADÉMICO: 2019-2020

MODALIDAD: Investigación

RESUMEN

La persona drogodependiente se enfrenta a procesos de deterioro físico, psicológico y social. Sus familias son también afectadas en dicho deterioro. La atención a las familias se revela como una estrategia en el proceso de reconstrucción personal del drogodependiente si las consideramos como potenciales catalizadores de la mejora de sus miembros. En el presente trabajo, a partir del análisis de distintas entrevistas a familiares de personas afectadas por esta problemática, y desde una perspectiva cualitativa, etnográfica y fenomenológica, analizamos los factores personales, familiares y sociales que, desde el entorno familiar, pueden facilitar la prevención de la aparición de adicciones y guiar el proceso de reconstrucción y reinserción de la persona drogodependiente. Estas pueden servir como aportaciones válidas a incluir en programas formativos dirigidos a las familias en su labor de acompañamiento personal y social durante el proceso de rehabilitación. Los resultados obtenidos suponen un reconocimiento del trabajo a distintos niveles con las familias afectadas por la problemática de la droga, alejándonos de la visión tradicional terapéutica, centrada en el sujeto drogodependiente. Proponemos una atención más educativa, centrada en las familias, y en el desarrollo de sus competencias socioemocionales como principal fuente de apoyo y afecto de la persona drogodependiente.

PALABRAS CLAVE

Educación familiar, educación socioemocional, integración social, educación anti-drogadicción, drogadicción.

ABSTRACT

The drug addict faces processes of physical, psychological and social deterioration. Their families are also affected in this deterioration. The attention to the families is revealed as a strategy in the process of personal reconstruction of the drug addict if we consider them as potential catalysts for the improvement of their members. In the present work, based on the analysis of different interviews with relatives of people affected by this problem, and from a qualitative, ethnographic and phenomenological perspective, we analyze the personal, family and social factors that, from the family environment, can facilitate the prevention of the appearance of addictions and guide the process of reconstruction and reinsertion of the drug

addict. These can serve as valid contributions to be included in training programmes aimed at families in their work of personal and social accompaniment during the rehabilitation process. The results obtained suppose a recognition of the work at different levels with the families affected by the drug problem, moving away from the traditional therapeutic vision, centred on the drug-dependent subject. We propose a more educational attention, focused on the families, and on the development of their social-emotional competences as the main source of support and affection for the drug addict.

KEY WORDS

Family education, social-emotional education, social integration, anti-drug education, drug addiction

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. Introducción	7
2. Marco teórico	7
2.1. Drogodependencia y exclusión social	7
2.2. Características de la drogodependencia	11
2.3. Drogodependencia, delincuencia y conducta desviada	13
2.4. Surgimiento de las políticas de drogas en España	15
2.5. Inicio precoz de consumo en adolescentes	17
2.6. Actitudes familiares hacia el consumo	18
2.7. La prevención del consumo de drogas desde el ámbito familiar	21
2.8. Factores a desarrollar para una prevención óptima	24
2.8.1. La asertividad	24
2.8.2. El autoconcepto y la autoestima	25
2.8.3. Ocio y familia	27
3. Objetivos	27
4. Metodología	28
4.1. Perspectiva de investigación	28
4.2. Pregunta de investigación	28
4.3. Participantes en el estudio	28
4.4. Fases del estudio	29
4.5. Técnicas e instrumentos de recogida de datos	29
4.6. Técnicas de análisis de datos	30
4.7. Representación de los datos	34
5. Resultados	34
5.1. Dimensión personal	38
5.2. Dimensión familiar	60
5.3. Dimensión social	94
6. Conclusión y discusión	98
6.1. Factores personales de riesgo frente al inicio del consumo de drogas	102
6.2. Factores personales protectores frente al inicio del consumo de drogas	103

6.3. Factores personales como señales de alarma frente al consumo de drogas	103
6.4. Factores personales protectores frente al consumo de drogas	104
6.5. Factores personales como señales de alarma frente a las recaídas en el consumo de drogas	105
6.6. Factores personales protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas	105
6.7. Factores familiares de riesgo frente al inicio del consumo de drogas en los hijos	105
6.8. Factores familiares protectores frente al inicio del consumo de drogas en los hijos	107
6.9. Factores familiares que desprotegen al consumidor frente al consumo de drogas	107
6.10. Factores familiares protectores frente al consumo de drogas	108
6.11. Factores familiares protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas	109
6.12. Factores sociales de riesgo frente al inicio del consumo de drogas	109
6.13. Factores sociales de protección frente al inicio del consumo de drogas	110
6.14. Factores sociales que desprotegen al consumidor frente al consumo de drogas	110
6.15. Factores sociales que protegen al consumidor frente al consumo de drogas	111
6.16. Factores sociales protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas	111
6.17. Propuesta de intervención	111
7. Limitaciones y prospectiva	116
8. Referencias bibliográficas	118
9. Anexos	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS Y FIGURAS

	Página
Gráfico 1: Evolución AROPE en España (2004-2018)	9
Tabla 1: Población AROPE por edad (2008-2018)	10
Tabla 2: Relación de personas entrevistadas y entrevistas realizadas	30
Tabla 3: Frecuencias y porcentajes de categorías y códigos recogidos para su estudio	35
Gráfico 2: Distribución de códigos en la Dimensión Personal por categorías (%)	37
Gráfico 3: Distribución de códigos en la Dimensión Familiar por categorías (%)	37
Figura 1: Distribución de códigos en la Dimensión Social por categorías (%)	38
Tabla 4: Perfil del consumidor de la familiar entrevistada	38
Tabla 5: Terapias dirigidas a drogodependientes para su rehabilitación	40
Tabla 6: Aspectos generales de la vida del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas	42
Tabla 7: Aspectos generales de la vida del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas	45
Tabla 8: Aspectos generales de la vida del consumidor tras ser rehabilitado	49
Tabla 9: Habilidades personales del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas	52
Tabla 10: Habilidades personales del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas	55
Tabla 11: Habilidades personales del consumidor tras la rehabilitación	58
Tabla 12: Impacto que supone el consumo de drogas en la familia	60
Tabla 13: Ayuda proporcionada por la familia al consumidor	65
Tabla 14: Ayuda ofrecida a familiares frente al proceso de rehabilitación	69
Tabla 15: Vida familiar del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas	74
Tabla 16: Vida familiar del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas	77
Tabla 17: Vida familiar del consumidor tras ser rehabilitado	80
Tabla 18: Actitud que poseía la familia ante la droga antes de que el consumidor iniciara el consumo de drogas	82

Tabla 19: Actitud que poseía la familia ante a la droga durante la etapa de consumo habitual de drogas	84
Tabla 20: Actitud que posee la familia ante a la droga después de la rehabilitación del consumidor	86
Tabla 21: Evidencias de los familiares sobre el consumo continuado de drogas	88
Tabla 22: Vida amistosa del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas	94
Tabla 23: Vida amistosa del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas	96
Tabla 24: Vida amistosa del consumidor tras la rehabilitación	97
Tabla 25: Cronograma de intervención familiar	113
Tabla 26: Actividad para aplicar en la intervención familiar	114
Tabla 27: Actividad para aplicar en la intervención familiar 2	115

1. INTRODUCCIÓN

El apoyo de la familia en casos de rehabilitación ante la drogodependencia resulta un elemento fundamental, ya que su implicación en el tratamiento de adicciones tiene una relación positiva con el trabajo del usuario, en factores como sobrellevar la crisis de abstinencia y evitar posibles recaídas hacia el consumo (Edwards y Steinglass, 1995; Fals-Stewart y O'Farrell, 2003). Esta carga de responsabilidad influye en gran medida en el bienestar socioemocional de los familiares y por consiguiente, en el éxito de la ayuda ofrecida por los mismos. En términos generales, se ha constatado que los familiares de consumidores suelen padecer problemas de ansiedad, así como trastornos depresivos, ya que a menudo no están preparados para asumir la sobrecarga que implica esta tarea (Edwards, M. E. y Steinglass, P., 1995).

El estudio que aquí presentamos es de corte cualitativo. En él han participado cinco familiares de drogodependientes, comparando diversos ámbitos vitales personales, familiares y sociales de cada uno de ellos. Con las diferentes entrevistas recogidas, indagamos en las diversas estrategias de ayuda utilizadas por los participantes, habiendo dos de ellas vivenciado la rehabilitación de su familiar y las tres restantes las continuas recaídas hacia el consumo.

A lo largo de estas comparaciones se pueden comprobar además las numerosas coincidencias que se dan entre consumidores durante una etapa prolongada de consumo, sobre todo, en aspectos dentro del ámbito familiar, así como las relaciones, comunicación y vivencias familiares. Asimismo, se ha elaborado una propuesta de intervención que tratará de fomentar el desarrollo socioemocional de los familiares para prepararlos en su rol de acompañamiento y de esta manera asegurar su bienestar y éxito en el proceso de ayuda frente a la rehabilitación de los consumidores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Drogodependencia y exclusión social

La drogodependencia es una de las causas de debilitación de la sociedad y, en la actualidad, supone un problema de salud pública. Las secuelas que genera el consumo continuado, de uno o varios estupefacientes, conllevan un peligro mundial que se reproduce entre los

ciudadanos sin parar (Díaz González y González Rodríguez, 1999). Todos los programas destinados a la intervención, frente al consumo de drogas, y apoyados por organizaciones sociales prestigiosas como la Organización Mundial de la Salud (OMG), advierten de la peligrosidad del consumo continuado de estupefacientes, tanto para la salud como para la sociedad en general.

El modelo social actual, basado en el neoliberalismo y en el capitalismo como soporte genérico, influye en gran medida en la dificultad que tienen los ciudadanos para alcanzar el bienestar social (Díaz y González, 1999). Las actuales condiciones de vida, deterioradas por el fenómeno del desempleo y la precariedad laboral, garantizan un aumento de la pobreza en la población más vulnerable, siendo este el principal factor que promueve el riesgo de exclusión social de los individuos. Existen tres pilares que guían el reconocimiento de situaciones de exclusión social. Según Laparra, Zugasti y Martínez (2015), la exclusión social se explica por el alejamiento de las relaciones de los ciudadanos con respecto a las siguientes dimensiones:

- Dimensión económica: hace referencia a las relaciones que las personas establecen con el mercado de trabajo, así como la tipología de empleo y salario y nivel de consumo.
- Dimensión política: hace referencia a las relaciones que las personas establecen con el Estado, así como su participación en los servicios públicos y ejercicio responsable y efectivo de los derechos políticos.
- Dimensión social: hace referencia a las relaciones que las personas establecen con la comunidad, así como las relaciones con sus redes sociales y familiares, y la participación ciudadana.

Estas tres dimensiones configuran el grado de integración social de los ciudadanos. Cuanto mayor sean las relaciones que los individuos establecen con dichos ejes, mayor será su grado de integración social. Por el contrario, si las relaciones que se establecen con estos ejes son escasas, se pueden identificar como individuos en situación de exclusión social o en situación de vulnerabilidad.

La exclusión social trae consigo una serie de barreras y riesgos que afectan a todos los ámbitos personales: laboral, formativo, sociosanitario, económico, relacional y habitacional. Estas barreras afectan a la obtención de oportunidades, limitándolas cuanto mayor sea la intensidad de la situación de exclusión en la que se encuentren.

Los niveles de integración social en España a lo largo de los años han variado. Con el surgimiento de la crisis económica, se invisibilizó gran parte de la población, lo que conllevó a que el número de personas en riesgo de exclusión social ascendiera en casi un millón de personas. Para ser más concretos, se produjo un incremento de 900.000 personas en riesgo de pobreza, las cuales contaban con grandes dificultades para recuperar o encontrar un nuevo empleo (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

A continuación, se muestra un gráfico en el que se plasman en porcentajes, los valores de riesgo de pobreza y exclusión social que se han dado en España entre los años 2004 y 2018. En este, se ha tomado como referencia la totalidad de la población española (AROPE, 2019).

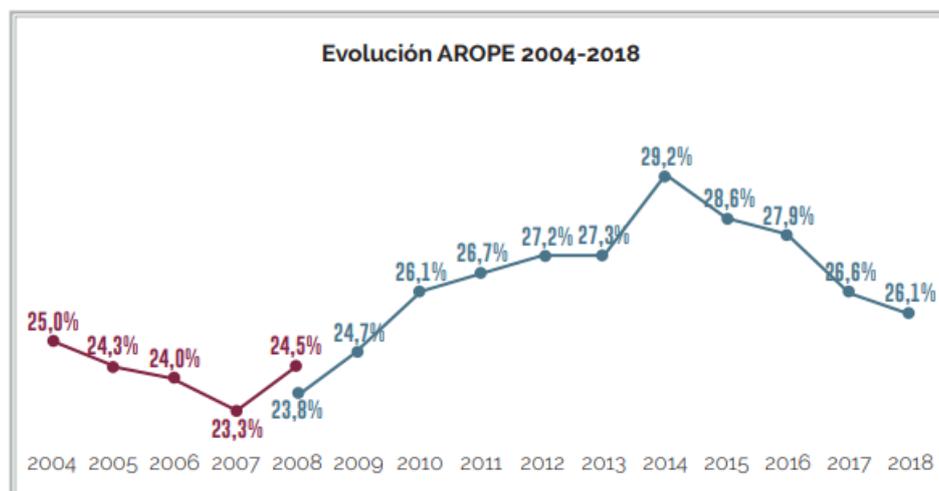


Gráfico 1

Evolución AROPE en España (2004-2018)

Fuente: Llano, J. C. (2019). El Estado de la Pobreza. Seguimiento del Indicador de Pobreza y Exclusión Social en España (2008-2018). Recuperado de

https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf

Como se puede comprobar en el Gráfico 1, que presenta los datos del Informe AROPE, desde el año 2008 (año en el que comenzó la crisis), el índice de exclusión social aumentó en España de forma progresiva hasta el año 2014. En este año, más de un cuarto de la población española, en concreto un 29,2% de individuos, se encontraban en riesgo de exclusión social.

Desde este año, el índice de exclusión social entre los individuos ha descendido, aunque se siguen cumpliendo tasas de un 26,1% en 2018, porcentajes paralelos con el año 2010.

Asimismo, el porcentaje de población española ha ido ascendiendo a lo largo de los años. Se ha generado un aumento en el número de personas que habitan en España en dos millones de personas desde la crisis económica de 2008. Por ello, los valores del Informe AROPE pueden llegar a ser satisfactorios, ya que, aunque los valores de población en riesgo de exclusión social sólo se hayan reducido en un 3,1%, el número de población española ha ascendido de forma vertiginosa.

Con ello se podría concluir que los valores de población en riesgo de exclusión social se están recuperando de forma positiva gradualmente con los años.

La Tabla 1 refleja los porcentajes de personas en riesgo de exclusión social en función del grupo de edad al que pertenecen. Como podemos observar, la población más afectada por la problemática de la exclusión social es la población joven.

Tabla 1
Población AROPE por edad (2008-2018)

ESPAÑA: POBLACIÓN AROPE POR EDAD											
ESPAÑA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menores de 16 años	29,6%	31,9%	32,6%	31,6%	31,4%	31,9%	35,4%	33,4%	31,7%	31,0%	28,8%
16 a 29 años	22,8%	23,6%	27,8%	30,4%	33,5%	33,0%	36,4%	38,2%	37,6%	34,8%	33,8%
30 a 44 años	21,3%	22,9%	24,9%	26,0%	28,0%	28,0%	30,4%	28,5%	27,1%	25,0%	24,4%
45 a 64 años	21,8%	22,7%	24,2%	25,8%	27,2%	28,9%	31,0%	31,0%	30,5%	28,0%	27,6%
65 o más años	26,2%	24,9%	22,9%	21,2%	16,5%	14,5%	12,9%	13,7%	14,4%	16,4%	17,6%
Total	23,8%	24,7%	26,1%	26,7%	27,2%	27,3%	29,2%	28,6%	27,9%	26,6%	26,1%

Fuente: Llano, J. C. (2019). El Estado de la Pobreza. Seguimiento del Indicador de Pobreza y Exclusión Social en España (2008-2018). Recuperado de https://www.eapn.es/estadoddepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf

Como se puede comprobar en la Tabla 1, los porcentajes de riesgo de exclusión social más elevados se encuentran en los dos primeros grupos de edad registrados (menores de 16 años e individuos de 16 a 29 años). Los porcentajes para estos grupos de edades son los más altos independientemente del año al que hagamos referencia. Cabe destacar que desde el año 2012, los porcentajes de personas en riesgo de exclusión de entre 16 y 29 (30,4%) comienzan a

superar a la de los menores de 16 (31,4%). Con ello se podría concluir que desde 2012 hasta 2018, las personas de entre 16 y 29 años son los que se enfrentan a mayores situaciones de riesgo de exclusión social, con un total de 33,8% en el último año de registro. Este grupo de edad (16-29 años) coincide con el sector más propenso al consumo de drogas en la población mundial según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

2.2. Características de la drogodependencia

El tipo de relación que establece un individuo con la droga es el principal indicador que determina un claro comportamiento adictivo (Echeburúa y Corral, 1994). Este se caracteriza, como señala Graña (1994), por cuatro factores fundamentales y fáciles de identificar: pérdida de control sobre sí mismo, fuerte dependencia física y psicológica, pérdida de interés por otras actividades anteriormente satisfactorias e interferencia del comportamiento en la vida cotidiana. Así mismo, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas pueden llegar a ser dependientes de una o varias sustancias en función de la interacción que exista entre los siguientes factores:

- Características personales o experiencia anterior del sujeto.
- Naturaleza de su medio sociocultural general y de su medio más inmediato.
- Características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

Picado y Salgado (2018) concluyen que existen características comunes que llevan al individuo a iniciar el consumo de drogas. Algunas de ellas son:

- Conducta adictiva precoz, consumo de más de una droga y abuso de alcohol.
- Vulnerabilidad en el entorno, vivencias traumáticas y comportamientos antinormativos precoces.
- Normalización de las drogas y baja percepción del riesgo en el consumo.
- Baja tolerancia a la frustración, necesidad de sobreestimulación y búsqueda de sensaciones.
- Relaciones superficiales y redes de relaciones en entornos delictivos o de drogadicción.
- Procedentes de familias desestructuradas o con relaciones tóxicas.

- Estilo educativo permisivo durante su crianza.
- Iniciación de comportamiento desviado en edad temprana.

El consumo de drogas no tiene una relación directa con la conducta adictiva, ya que la toma esporádica de sustancias no denota un comportamiento ni una tendencia adictiva problemática. Como señala Guerri (s.f.) el proceso de la dependencia hacia la droga se basa en cuatro fases progresivas:

1. Consumo experimental: se da cuando una persona prueba la droga por curiosidad, sin intenciones a priori de volver a repetir el consumo.
2. Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y consume en espacios y tiempos elegidos por él mismo.
3. Consumo regular: la persona consume de forma más habitual y deja de elegir libremente su consumo, ya que lo empieza a ver apropiado en ocasiones más numerosas que con anterioridad.
4. Dependencia: la persona necesita consumir y se convierte en algo prioritario. Este deja de tener libertad absoluta sobre sus tiempos y espacios de consumo.

Siguiendo a Guerri (s.f.), cuando los individuos prolongan el consumo de drogas, generan una dependencia psíquica (cuando se da una compulsión de consumo para evitar malestar u obtener sensaciones placenteras) y física (cuando aparecen secuelas físicas por la retirada del consumo). Ambas son generadas por el conocido síndrome de abstinencia, basado en una serie de sintomatologías negativas que vivencia el individuo ante la retirada del consumo. Una vez que se da el síndrome de abstinencia, un individuo puede ser considerado como drogodependiente.

Guerri (s.f.) establece una serie de pautas que caracterizan a la drogodependencia:

- Necesidad de consumir la droga y obtenerla por cualquier vía.
- Una tendencia a aumentar la dosis de forma progresiva a medida que se genera tolerancia hacia la misma.
- La aparición del síndrome de abstinencia en el caso de que se elimine el consumo.

Siguiendo a Valero, Ortíz, Parra y Jiménez (2013), el perfil relacional mayoritario de drogodependientes es de jóvenes de edades que rondan los 25 años. Estos suelen estar solteros y presentar grandes conflictos con su familia, con padres y hermanos. En cuanto a los toxicómanos mayores, de edades que alcanzan o superan los 40 años, suelen presentar grandes conflictos con su pareja.

En cuanto al perfil de los familiares de drogodependientes, se demostró que, en la mayoría de los casos, existía un abuso de drogas, frecuentemente de alcohol y en ocasiones contaban con antecedentes psiquiátricos leves. Como consecuencia del historial familiar, la mayoría de los toxicómanos han sufrido abusos emocionales y físicos, además de abusos sexuales en algunos casos, sobre todo en mujeres.

2.3. Drogodependencia, delincuencia y conducta desviada

Uno de los peligros encontrados ante el fenómeno de la drogodependencia es la relación que esta tiene con la conducta delictiva y el problema que esta desviación supone a nivel social. En un estudio realizado por Rodríguez, Paíno, Herrero y González (1997), se evidenció una gran relación entre el consumo de drogas y las conductas delictivas. Estas son originadas, habitualmente, por necesidades económicas, y provocadas en gran medida por la situación de tensión y estrés que supone la crisis de abstinencia que se sufre ante la retirada prolongada del consumo.

En la mayoría de los casos, las intervenciones y estrategias que se persiguen en el marco de la drogodependencia vinculan la delincuencia de dicho fenómeno. Ambas conductas se consideran desviadas y ligadas entre sí como consecuencia de la desconexión social que ambas suponen (Johnson, Wish, Schneidler y Huizinga, 1991). Por ello, se podría concluir que la delincuencia es producto de la drogodependencia, ya que, se afirma como un hecho, sobre todo posterior, al abuso de sustancias (McBride y McCoy, 1981).

En pocas palabras, la delincuencia se concibe como algo disfuncional, como medio por el que los individuos consiguen su propósito de obtener la droga que necesitan. Elzo, Lidon y Urquijo (1992) señalan cuatro conceptos que caracterizan diversos tipos de delincuencia en función de su tipología:

- Delincuencia inducida: hace referencia a la conducta delictiva generada por el consumo de sustancias. En esta se incluyen delitos contra personas, contra la libertad sexual, contra la seguridad de tráfico, etc.
- Delincuencia funcional: hace referencia a la conducta delictiva ejercida como medio para conseguir sustancias. En esta se incluyen delitos que incluyen violencia e intimidación, malversación, mentiras, etc.
- Delincuencia relacional: hace referencia a la conducta delictiva que se da en torno al consumo y que, además, lo promueve. En esta se incluyen delitos de tráfico de drogas y compraventa de objetos robados.
- Tráfico por no consumidor: hace referencia a los delitos de personas no consumidoras, como el tráfico de drogas.

A pesar de la negación de varios autores sobre la correlación entre drogadicción y delincuencia, Farrow y French (1986) aseguran que ambos comportamientos están emparejados, pero sobre todo están condicionados por factores externos como el entorno y la motivación. Asimismo, autores como Chambers (1974) postulan que las conductas delictivas no tienen por qué aparecer tras la drogadicción, sino que existen muchos casos en los que esta conducta desviada se da con anterioridad. Por ello, se podría considerar que la drogadicción no es la única causa de delincuencia, sino que esta puede aparecer anteriormente y persistir con mayor frecuencia frente al consumo.

Como se ha comentado con anterioridad, existen otras variables extrínsecas que operan en la relación que se establece entre la drogodependencia y la conducta delictiva (Rodríguez et al. 1997). Ambas pueden estar medidas por el ámbito familiar y económico, nivel de estudios, situación laboral, malos tratos por parte de la familia, adicciones en el ámbito familiar, antecedentes penales familiares, etc.

Cabe destacar que la mayoría de personas drogodependientes que delinquen, suelen pertenecer a clases marginales o con bajos recursos. Como apunta Mugford (1992), no podemos olvidar que existen consumidores que no pertenecen a clases marginales y por lo tanto no necesitan delinquir para la obtención de la droga. Por ello, aquellas personas drogodependientes con un alto estatus o salario no suelen tomar conductas desviadas debido a su posición económica y a la riqueza de recursos con los que cuentan.

El consumo de sustancias influye en la participación de los individuos en la sociedad, ya que la adicción puede generar consecuencias negativas basadas en conductas indeseables o desviadas en el ámbito escolar, familiar, laboral y de relaciones sociales (Cabrera y Torrecilla, 1998). Las personas drogodependientes suelen desatender de forma progresiva los ámbitos mencionados, pues incluso se genera un deterioro de la dimensión afectiva o emocional por el deseo del consumo (Stockley y Kolektiboa, 1997).

2.4. Surgimiento de las políticas de drogas en España

A principios del S. XX, la mayoría de las sustancias psicoactivas como la heroína y la morfina eran legales, por lo que la venta de estupefacientes estaba permitida y existía gran libertad de consumo, ya que estaban considerados como fármacos. La legislación que abogaba por la salud no trataba de restringir dicho consumo, se limitaba únicamente a evitar los fraudes y a establecer políticas comerciales para equilibrar la competencia. Las únicas prohibiciones que establecían las políticas eran las publicitarias, aunque a pesar de ello, los comerciantes seguían publicitando sus productos. Debido a esta negativa de los comerciantes, se llegó incluso a permitir la propaganda de sustancias psicoactivas como la cocaína, heroína y codeína, bajo las conocidas como “Pastillas Bonald” (Usó, 2013).

Durante el consumo legal se daban pocos casos de adicciones graves, ya que no se detectaban señales extremadamente contraproducentes para los ciudadanos. Por ello, en esta época no se llegó a considerar la droga como un peligro contra la salud pública.

Durante la Primera Guerra Mundial, miles de personas se exiliaron a España. Esto trajo consigo la extensión de la droga y el incremento del consumo de psicoactivos al margen de su uso terapéutico. Como apunta Usó (2013), de esta manera, se inició el consumo lúdico en España, al cual se unieron niños, los cuales, contribuían al enriquecimiento de farmacéuticas que se sostenían con la venta única de drogas. Una vez visibilizado este problema, el Gobierno vio necesario incluir en la normativa pública el control y prohibición del uso de drogas en España.

A través del Convenio Internacional de La Haya sobre restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina y cocaína y sus sales (1912) se adoptaron las primeras medidas restriccionistas sobre el uso de drogas en España. De este modo, se ilegalizó el consumo lúdico de sustancias, penando a los vendedores si facilitaban su venta sin fines médicos. Esta medida, incidió en la

aparición del mercado negro, lo que provocó la modificación y adulteración de psicofármacos y el incremento de la delincuencia a través de la falsificación de recetas y venta ilegal de drogas.

Como esta legislación no dio resultado, se endurecieron las normas en 1928 con la promulgación de las Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes, el cual penaba tanto a los comerciantes como a todos aquellos consumidores que poseyeran drogas de forma ilegal. Siguiendo a Usó (2013), con esta nueva ley, se introdujo una diferenciación entre drogas tóxicas y sustancias tóxicas para la salud. A pesar de esta ley, el consumo de drogas traspasó todas las esferas sociales y se incorporó este hábito en España como una pieza clave en su cultura.

Como en estas fechas, en España la sanidad no era pública, las primeras intervenciones y propuestas contra la drogodependencia fueron privadas, por lo que sólo aquellas personas con altos salarios y recursos podían costearse la desunión con el mundo de las drogas. Con el objetivo de equilibrar a la sociedad, en 1926 se fundó en Barcelona la Asociación contra la Toxicomanía, la cual estaba vinculada al Gobierno y en la que se trataba la drogodependencia de los usuarios. Al margen de estos nuevos recursos preventivos y paliativos con los que se dotaba a la sociedad, la drogodependencia todavía no era considerada como un problema social, sino como un vicio o un pecado (Usó, 2013).

Con el inicio de la Segunda República, se intensificaron las leyes prohibicionistas y se llegó a la negación del consumo y venta, además de la producción e importación a otros países. Para regular esta ley, se crearon grupos policiales que perseguían a consumidores y traficantes de drogas. Además de ello, se comenzó a etiquetar a los consumidores como enfermos. A los drogadictos más vulnerables se les facilitó un carné con el que podían comprar determinadas dosis temporales para así reducir los riesgos que acarrearía la abstinencia.

Cuando se inició el franquismo, se implantó una nueva moral y se intensificó el control hacia el fenómeno de la drogodependencia. En este periodo, además del café, el tabaco y el alcohol, se inició el consumo masivo de anfetaminas y cannabis, y se intensificó el consumo de cocaína en los sectores más favorecidos. Hasta los años 70, se mantuvo la legalidad del consumo específico que se implantó en la Segunda República, y todos aquellos que escapaban de esta denominación, eran perseguidos como delincuentes. Esta persecución

finalizó cuando el consumo se trasladó al ámbito juvenil, surgiendo entonces el conocido como “Movimiento Hippie”.

Cuando finalizó la dictadura franquista, todavía no existían estrategias preventivas de drogodependencia. Esto desencadenó un nuevo tipo de delincuencia juvenil en el que el hábito de consumo de estupefacientes, sobre todo de cannabis, predominaba entre los jóvenes de clases superiores (Usó, 2013). A esto se unió el consumo masivo de heroína en la población. Ambos desbordaron las asistencias sanitarias españolas.

En 1985, el CIS puso en tela de juicio que la droga era la cuarta problemática que incidía en el bienestar de los españoles. Desde este momento, se comenzó a identificar como algo importante y altamente perjudicial para la salud, por lo que se aplicaron leyes más estrictas que llegaron a exigir los propios ciudadanos. Gracias a la visibilización de la problemática del consumo, en este mismo año, el Estado empezó a financiar tratamientos para la cura de esta enfermedad, implantando para ello el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Desde este plan, las prácticas preventivas del consumo de drogas prevalecieron a las prohibicionistas.

Fue a finales de los años 80 cuando España introdujo la metadona como fin para conseguir la reducción del riesgo y los daños. Esta fue una solución alternativa a la que el Estado puso inicio para evitar la abstinencia, además de seguir con las estrategias preventivas implantadas con anterioridad.

En la actualidad, las estrategias prohibicionistas y represivas han quedado obsoletas. Las políticas actuales de drogas han evolucionado hasta convertirse en eficaces propuestas preventivas e interventivas para la reducción de daños (Martín, 2006).

2.5. Inicio precoz de consumo en adolescentes

Las demandas sociales a las que se enfrentan los adolescentes dan respuestas al inicio precoz del consumo de drogas. El estrés y las nuevas exigencias, como la búsqueda del primer empleo y/o la necesidad de éxito a nivel académico suponen nuevas tensiones que desafían a los adolescentes. Como apunta Frydenberg (1997), además de las demandas sociales, en esta etapa tienen que hacer frente a nuevos estresores no normativos e individuales como la pérdida de seres queridos, situaciones conflictivas familiares, y múltiples desencadenantes estresantes con los que se encuentran por primera vez en su vida. De este modo, afloran en

ellos nuevas estrategias de afrontamiento centradas en la evitación o en la reducción del estrés generado por dichas causas.

Como se ha comentado con anterioridad, los adolescentes tienen que dar respuesta a numerosas dificultades utilizando mecanismos de afrontamiento sobre los que se construye su propia personalidad (Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006). Los mecanismos de afrontamiento que estos ponen en marcha dependen de la percepción que estos tengan de la situación y de los recursos de los que se valgan para enfrentarse a dichas amenazas.

Existen casos en los que los adolescentes carecen de estrategias y/o recursos de afrontamiento frente a situaciones adversas, lo cual puede facilitar el inicio precoz del consumo de drogas por la dificultad de hacer frente a dichos estresores.

En esta etapa evolutiva, se asocia el disfrute del tiempo de ocio con el consumo de alcohol mayoritariamente, lo cual puede derivar al consumo de diversas sustancias en un futuro no muy lejano. Como señalan Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003), el consumo de sustancias suele iniciarse en este periodo, lo cual influye en el desarrollo evolutivo adolescente. Teniendo en cuenta los informes de rigor científico como el conocido Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, las tendencias actuales del consumo adolescente se basan en:

1. La droga ilegal de mayor consumo actual en España es el cannabis. A su vez, es la droga más consumida por adolescentes de entre 14 y 18 años.
2. Seguida del cannabis, la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. Su consumo suele aumentar desde los 15 hasta los 64 años.
3. En cuanto a las sustancias psicoactivas legales, el alcohol y el tabaco son las mayormente consumidas en adolescentes, además de ser las primeras en ser testadas por los mismos.
4. El consumo de cannabis y cocaína ha ido ascendiendo con el paso del tiempo en el sector más joven de la población.

2.6. Actitudes familiares hacia el consumo

Cuando el consumo de drogas en España comenzó a ser abusivo en los años 70 y 80, las personas no tenían conocimiento del peligro que esta enfermedad conllevaba. Como apunta

Pallarés y Martínez (2013), hasta que no se produjo una sobreinformación tras años de secuelas de la catástrofe que estaba provocando la heroína, los familiares de drogodependientes no conocían los alcances ni las consecuencias de las drogas que tomaban sus parientes. A partir de la denominación del consumo de drogas como una enfermedad real, padres y madres intentaban evitarlo en sus hijos, pero como no tenían recursos para hacerlo, sus esfuerzos quedaban en intentos.

En la actualidad, no existe una única estructura familiar, pues han surgido nuevos modelos familiares que han roto con las actitudes únicas. Las múltiples tipologías familiares establecen diferencias relacionadas con factores estructurales y económicos. Según Pallarés et al. (2013), aquellos hijos de familias con escasos recursos económicos o vivencias complejas tienen más probabilidades de desarrollar problemas futuros con las drogas.

Se da por sentado que la familia es un motor de prevención ante el consumo de drogas, pero esto no está tan claro, ya que, si padres y madres no tienen conocimiento ni formación sobre ello, difícilmente puedan prevenir el consumo de drogas en sus descendientes.

Si hablamos de prevención familiar, se debe tener en cuenta las actitudes que tienen los familiares respecto a las drogas. Estas actitudes no se pueden generalizar, ya que no todos los padres y madres tienen las mismas. Asimismo, la actitud que tenga una familia respecto a las drogas dependerá de la relación que hayan tenido con ellas a lo largo del tiempo (Pallarés y Martínez, 2012; Martínez, Pallarés, Barruti y Espluga 2010). En consecuencia, para trabajar preventivamente en el contexto familiar, es necesario hacer hincapié sobre esta cuestión.

En este sentido, se diferencian tres tipologías de actitudes familiares dependiendo de la relación que estas hayan mantenido con las drogas en el pasado (Pallarés et al. 2013):

- Padres que no han probado las drogas ilegales ni han tenido experiencias directas con ellas.
- Padres que han probado alguna droga ilegal, pero esto no los llevó a desarrollar problemas.
- Padres que han consumido o consumen drogas ilegales y esto les supuso o les supone un problema.

Estos grupos de padres presentan diferencias significativas en cuanto a la visión que tienen sobre las drogas, la comunicación que establecen con sus hijos y el estilo preventivo que utilizan.

En cuanto a los padres que no han probado las drogas ilegales, tienen un entendimiento sobre ello basado en la información que proporcionan los medios de comunicación. Asimismo, el conocimiento que poseen sobre las drogas es difuso y suelen adoptar posiciones prohibicionistas ante el consumo de sus hijos. Estos sienten miedo hacia las drogas y estigmatizan a los consumidores como despreciables y problemáticos. En general, los padres que nunca han consumido suelen utilizar un estilo preventivo con principios antipedagógicos por un discurso basado en la alarma y la prohibición y no en la prevención.

En cuanto a los padres que han probado las drogas en el pasado o la consumen en la actualidad, suelen ser más flexibles frente al consumo de sus hijos por motivos de experiencia, por lo que suelen establecer conversaciones filio-parentales fluidas con la intención de minimizar los riesgos del consumo.

Los padres consumidores habituales suelen transmitir valores a sus hijos a lo largo de la adolescencia sobre el consumo de drogas. Con ello pretenden potenciar la responsabilidad y el empoderamiento de sus hijos hacia este tema y otros ámbitos relacionados con el consumo. Como estos hijos entran en una contradicción cuando son conocedores de que sus padres habían sido o son consumidores, exigen explicaciones. Estos padres se ven forzados a demostrar a través de sus experiencias que el consumo había sido o sigue siendo algo negativo para ellos. Con ello realizan una tarea formativa sobre el consumo de drogas desde la confianza teniendo en cuenta los valores de las experiencias propias.

Las dos últimas tipologías parentales no suelen sentir gran preocupación por el consumo de sus hijos mientras que sigan cumpliendo con sus responsabilidades escolares o laborales. No temen el consumo de drogas como el cannabis, pero si sienten intranquilidad por el consumo de alcohol y otras drogas ilegales, ya que la posibilidad de tener experiencias traumáticas (ingreso hospitalario, accidentes de tráfico, etc.) con el alcohol o la heroína, por ejemplo, es bastante más amplia.

En cuanto a drogas ilegales se refiere, si estas ambas tipologías de padres no las han probado, tomarían una actitud similar a la de los padres desconocedores de drogas, y si las han probado o la consumen en la actualidad, tomarían actitudes dependientes de su experiencia personal. Cabe destacar que sólo muestran una postura totalmente prohibicionista hacia el consumo de la heroína debido a la pérdida de amigos o familiares en el pasado.

En general, los padres que han sido consumidores rompen con el tabú de tener conversaciones sobre las drogas e informan a sus hijos para prevenir el daño de una forma próxima. De este modo, el papel de los padres es clave para prevenir el consumo en sus hijos.

Ha surgido una gran disputa entre estos estilos preventivos parentales, pues como hemos comentado con anterioridad, existe una gran diferencia entre las tres tipologías. Los padres desconocedores de las drogas suelen realizar un estilo preventivo coercitivo y contraproducente, mientras que los otros dos tipos de padres abogan por la prevención a través del diálogo y la transmisión de conocimiento experiencial a sus hijos.

Siguiendo a Pallarés et al. (2013), la prevención óptima se inicia cuando los hijos comienzan la etapa adolescente. En esta etapa los jóvenes suelen experimentar con ciertas drogas por primera vez, sobre todo alcohol y cannabis, por lo que se considera el mejor momento para empoderarlos. Gracias a este empoderamiento y a la toma de decisiones responsable, los hijos terminan experimentando con las drogas teniendo conocimiento sobre ellas.

2.7. La prevención del consumo de drogas desde el ámbito familiar

Las estrategias de prevención que llevan a cabo las familias, como se ha comentado en el anterior apartado, dependen en gran medida de la experiencia personal que estas hayan tenido con respecto a las drogas. Desde la prevención, se asume a las familias como el ámbito de mayor protección hacia el consumo, por lo que los familiares deben tener conocimiento y herramientas preventivas para manejar la situación de posibles drogodependencias en sus descendientes (Pallarés et al. 2013).

Los programas dirigidos a las familias se suelen basar únicamente en conferencias o talleres informativos, los cuales, en cierta medida, despiertan la preocupación familiar. Los agentes que llevan a cabo los programas de prevención familiar deben promover habilidades de protección y conocimientos sobre los riesgos que pueden acarrear dichas intervenciones.

Además, deben estimular el conocimiento de los factores protectores ante las drogas, así como la estructuración familiar, la posición económica y la procuración del empleo satisfactorio. Como afirma Cuarin (2009), “un clima familiar conflictivo y unas pobres relaciones familiares; escaso apoyo y baja cohesión o vinculación; rechazo y deficiente comunicación son predictores de consumo de tabaco, alcohol y hachís (...) una buena comunicación familiar aumentará su cohesión, vinculación afectiva y su capacidad de adaptación (...) el sistema familiar actúa como un gran agente protector” (p. 4).

La comunicación familiar se ha considerado uno de los puntos más importantes a favor de una buena prevención, por lo que ha de ser un punto a tener en cuenta para la elaboración de programas de prevención e intervención sobre la drogodependencia. La comunicación está estrechamente relacionada con el estilo parental y el estilo de autoridad ejercido, entre los que podemos diferenciar los siguientes (Pallarés et al. 2013):

- **Déspota:** el consumo de drogas lo toman como un tabú y no utilizan una comunicación filio-parental eficaz. Son coercitivos y emplean el castigo como principal recurso.
- **Democrático:** emplean un estilo de comunicación asertivo y tratan la problemática del consumo desde la comunicación y de una forma sensata.
- **Ausente:** no interfieren en la vida de sus hijos, por lo que no establecen ningún tipo de control ni comunicación.
- **Amigo:** estos padres hablan con sus hijos de las drogas y actúan con ellos como si de amigos se trataran, llegando en algunos casos a compartir experiencias de consumo con sus hijos. Con este estilo parental, los hijos carecen de referentes.

Las familias deben considerarse como principales agentes de ayuda, y deben contactar con profesionales de la salud o de la educación para solicitar intervención si se da en su entorno un caso de drogodependencia, sea este leve o severo.

Los profesionales de la educación, como agentes de cambio, deben intervenir con las familias teniendo en cuenta su estructura y marcando una serie de coherencias con respecto a la relación drogas-personas. Es decir, tanto el educador como la familia debe llegar a un

acuerdo con respecto a la visión de la misma, ya que, sin un mismo planteamiento, la intervención no llegaría nunca a tener éxito (Pallarés et al. 2013).

A continuación, se exponen una serie de aspectos generales para facilitar la relación entre padres e hijos. Estos son propicios para la intervención de los agentes educadores con las familias tomado como referencia la reducción de riesgos:

- Utilizar el estilo democrático en la crianza de los hijos, a través del cual se debe de potenciar la comunicación familiar, y hablar de las drogas como de otros temas generales, sin ningún tipo de tabú. Con ello se asegura que los adolescentes tengan información suficiente para que su posible contacto con el mundo de las drogas sea totalmente consciente.
- Evitar el castigo y reforzar la conducta. Con un lenguaje positivo, los padres deben advertir a los hijos de los beneficios de mantenerse al margen y de las secuelas del consumo.
- Potenciar la responsabilidad en los hijos. La delegación de responsabilidades es clave para la maduración futura.
- Establecer límites y normas claras entre padres e hijos. Ambos deben ser partícipes de la toma de decisiones.
- Potenciar los hobbies y las actividades de ocio durante el tiempo libre. Esta acción puede implicar que cuando los hijos lleguen a la adolescencia, mantengan sus hobbies y que las salidas con sus amigos no ocupen el 100% del tiempo de ocio.
- Hablar del consumo de drogas sin mostrar señas de alarma, sino de entendimiento y prudencia.

Pallarés et al. (2013) ha establecido a su vez una clasificación de acciones producentes a la hora de que los familiares se percaten de un posible consumo en sus hijos:

- Mantener la calma, se deben evitar castigos y evaluaciones. Se debe establecer la comunicación cuando haya un ambiente relajado.
- Conocer qué tipo de droga se consume y con qué frecuencia la consumen.
- Evitar los registros o prácticas coercitivas hacia los hijos, pues, aunque consuman, los adolescentes deben de preservar su derecho a la intimidad.

- Evitar dramatismos y acciones represivas, normalmente, solo se consigue un alejamiento del adolescente, sin que esto influya en sus consumos. Se debe mostrar preocupación, no alarma ni enojo.
- No se deben buscar culpables, se trata de buscar soluciones.
- En el caso que sea necesario, se ha de recurrir a los servicios especializados.

2.8. Factores a desarrollar para una prevención óptima

La familia es una pieza fundamental para el desarrollo socioemocional de las personas. Las relaciones familiares que se establecen influyen de forma determinante para un desarrollo sano y equilibrado. Por ello, la familia es un pilar clave para cualquier actividad preventiva, ya que durante la crianza se transmiten una serie de valores, pautas y costumbres que los hijos e hijas mantendrán consigo a lo largo de su vida. Como apunta Bellver (2013), una correcta dinámica familiar evitará influencias negativas del contexto externo.

La prevención familiar hace referencia a la información que transmiten los familiares a sus miembros con respecto a cualquier temática que puede resultar problemática en un futuro. Por ello, y para que estos prevengan el consumo en sus hijos, deben demostrar habilidades comunicativas, emocionales y tener formación sobre la temática de las drogas.

Para una prevención óptima, la familia debe asegurar el desarrollo de la asertividad y la autoestima. Ambos factores deben estar complementados con actividades de ocio alejadas de malas influencias externas.

2.8.1. La asertividad

En la actualidad, como señala Isorna (2008), vivimos en un entorno social en el que la comunicación cobra gran importancia a la hora de establecer relaciones con el otro. Por ello, la familia debe facilitar el aprendizaje de conductas asertivas, integrándolas, como estilo de comunicación prioritario en el seno familiar, para que sus descendientes lo incluyan de forma óptima y normalizada en su comportamiento. Desarrollar un estilo de comunicación familiar asertivo previene problemas futuros con las drogas.

El perfil principal de drogodependientes suele caracterizarse por tener un estilo de comunicación altamente agresivo o pasivo, dependiendo de la personalidad y la situación en

la que se encuentren. Ambas se caracterizan por las consecuencias negativas que tienen para el individuo, ya que, con un estilo pasivo, el sujeto vulnera sus propios derechos, y con un estilo agresivo, el sujeto vulnera los derechos del otro. Para instaurar una formación preventiva, se deben evitar ambos estilos y educar en la asertividad.

La asertividad, hace referencia a un estilo de comunicación en el que se mantiene alejada tanto la agresividad como la pasividad en su discurso. Con un estilo de comunicación asertivo, las personas son capaces de expresarse de manera respetuosa y clara, sin dejar atrás sus puntos de vista y sus beneficios. Este estilo de comunicación tiene las siguientes características, consideradas todas ellas como ventajas relacionales (Bellver, 2013):

- “Hablar con sinceridad.
- Abrirte con los demás: reflejar emociones y opiniones en el discurso.
- Conocer y defender los derechos propios y ajenos.
- Respetar las opiniones de los demás e interesarse por ello.
- Expresar de forma verbal y no verbal respeto y tranquilidad.” (p. 157)

Desde la familia, se debe emplear este estilo de comunicación con los hijos para servirles como principal modelo de aprendizaje. Del mismo modo, padres y madres deben brindar posibilidades para que estos tengan ocasión de aprender a comportarse de forma asertiva.

2.8.2. El autoconcepto y la autoestima

Ayudar a desarrollar un autoconcepto y una autoestima positiva en los hijos es otra pieza clave para la prevención de problemas de drogodependencia (Escámez, 1990). El perfil principal de drogodependientes suele caracterizarse por tener una escasa imagen sobre sí mismos y una valoración negativa, por lo que ambos factores se han de tener en cuenta en la elaboración de una formación preventiva.

Las personas construimos nuestra imagen desde el seno familiar, en concreto desde las primeras informaciones que transmiten padres y madres hacia uno mismo. Estas informaciones con el paso del tiempo tienden a ampliarse, ya que en el contexto escolar y entre iguales, se vuelve a obtener información sobre uno mismo. Como apunta Bellver (2013), dichas informaciones que transmiten los otros, forman el autoconcepto propio, el cual

se va consolidando con el paso del tiempo y difícilmente se modificará si no se producen cambios significativos contextuales.

Según el autoconcepto construido por las valoraciones del contexto inmediato, las personas se hacen conscientes de sus propias características y se desarrollan en función de las mismas. La autoestima está muy relacionada con el autoconcepto, pues hace referencia a la valoración positiva o negativa que las personas tienen sobre su imagen. La autoestima también influye en la conducta, ya que, a través de esta autoevaluación, las personas sienten un grado de capacidad determinado a la hora de desempeñar determinadas tareas. La autoestima en la adolescencia cobra mayor importancia que en cualquier otra etapa evolutiva, por lo que ha de trabajarse desde su inicio.

La baja autoestima puede acarrear trastornos psicológicos, entre los que podemos encontrar: depresión, ansiedad, conductas delictivas, trastornos de alimentación y de aprendizaje, malos tratos, adicciones, etc. Por ello, trabajar la autoestima cobra gran importancia ante la prevención de la drogodependencia, ya que, si las personas tienen valoraciones negativas sobre sí mismos, se incrementa el riesgo de desarrollar patologías y conductas perjudiciales. El desarrollo de una autoestima positiva ayudará a que se desarrollen las siguientes actitudes (Bellver, 2013):

- “Confianza en sí mismos y en los demás.
- Aceptación de sí mismos y de sus limitaciones.
- Resistencia a la frustración.
- Optimismo.
- Toma de decisiones responsable.
- Participación y colaboración con los otros.
- Se exigen y buscan metas.
- Facilidad para entablar amistades y comunicarse.
- Suelen ser extrovertidos.” (p. 160).

Para que una persona desarrolle una autoestima positiva, sus familiares deben servirles de modelos de actuación. La familia debe facilitar el aprendizaje de las actitudes comentadas con anterioridad, así como que sus hijos participen en la toma de decisiones o dejarles que

estos marquen sus propios objetivos. Además de ello, las familias deben aceptar a sus hijos tal y como son, no infravalorarlos ni compararlos con otros hijos, ya que esto provoca el efecto contrario, la frustración.

2.8.3. Ocio y familia

El tiempo que se dedica al ocio en la familia es muy importante para que sus miembros establezcan buenas relaciones entre ellos. Existen varios estudios que demuestran los beneficios que tiene el ocio para el bienestar familiar y para el desarrollo individual de las personas. Aun así, el ocio no tiene por qué ser productivo, pues como señala Bofarrull (1995), existen dos tipos de ocio claramente diferenciados: el ocio funcional, que se convierte en un espacio de autorrealización y descanso; y el ocio disfuncional, que se refiere al tiempo libre en el que la familia, lejos de aprovechar el tiempo para mejorar la relación, muestran actitudes de pasividad y aislamiento, además de conflictos.

En general, el ocio funcional es beneficioso para las relaciones intrafamiliares, y entre sus ejemplos encontramos: ir al cine, ir a comer juntos, dar un paseo, practicar deporte, ir a exposiciones culturales, etc.

Estas ocasiones de encuentros agradables en el entorno familiar aseguran planes alternativos a las salidas nocturnas y que los hijos no pasen el 100% de su tiempo libre con su círculo de iguales.

Para procurar espacios de ocio, es necesario que las instituciones públicas recojan las necesidades y posibilidades de los ciudadanos y ofrezcan oportunidades de tiempo libre en la localidad o región (Miller, 2018).

3. OBJETIVOS

- Analizar los factores personales, familiares y sociales que benefician la ayuda a la reinserción de la persona drogodependiente.
 - Comparar las experiencias y conductas de la red social de personas drogodependientes en su proceso de reconstrucción personal, familiar y social.
 - Identificar los factores que inciden en el apoyo personal, familiar y social a la drogodependencia.

- Determinar una serie de recomendaciones susceptibles de ser integradas en propuestas formativas dirigidas a familiares de personas drogodependientes en su tarea de apoyo en el proceso de rehabilitación.

4. METODOLOGÍA

4.1. Perspectiva de investigación

Se ha realizado una investigación en la que se ha empleado una metodología de carácter cualitativa. Abordamos la cuestión desde una perspectiva etnográfica, ya que pretendemos describir la realidad, y fenomenológica, por cuanto nos interesa conocer la visión e interpretación de los participantes en el estudio del fenómeno de la drogodependencia, y la incidencia de esta en el núcleo familiar. De esta forma, se interpretarán de forma detallada las diversas experiencias de los participantes en el estudio.

4.2. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación desde la que hemos partido para la realización de este trabajo es la siguiente: ¿Cuáles son los factores familiares que benefician la ayuda a la reinserción en el tratamiento de adicciones en drogodependientes?

4.3. Participantes en el estudio

El estudio ha sido realizado a familiares de diferentes drogodependientes localizados en diferentes municipios de la provincia de Huelva. La selección de los participantes se ha basado en la diversidad de roles familiares, para así obtener una visión conjunta de los procesos de ayuda beneficiosos desde cualquiera de estos papeles. De esta manera, la investigación será representativa y englobará los aspectos que se han de tratar en una intervención. Como muestra se ha tomado a un total de 5 familiares con diferentes roles en la estructura familiar, siendo tres de ellas esposas de drogodependientes (60% de la muestra), una de ellas hija de un drogodependiente (20% de la muestra) y una última hermana de un drogodependiente (20% de la muestra).

Cabe destacar que únicamente dos de las familiares entrevistadas han vivido la rehabilitación completa de su familiar, mientras que una de ellas ha vivido una rehabilitación temporal. Las dos familiares restantes no han vivido ningún tipo de rehabilitación por motivos de fracaso en el proceso.

4.4. Fases del estudio

1. Revisión bibliográfica y documental sobre los aspectos familiares que benefician la ayuda a la reinserción de personas drogodependientes.
2. Elaboración de dos guiones de entrevistas estructuradas buscando recopilar aquellas pautas de ayuda familiar que resultaron exitosas.
3. Realización de dos entrevistas en profundidad a cinco familiares de diferentes personas drogodependientes, buscando determinar el tipo de ayuda puesta en práctica durante el proceso de reinserción.
4. Análisis de los datos cualitativos extraídos de las entrevistas.
5. Establecimiento de conclusiones y discusión con la teoría sobre el tema del trabajo.
6. Elaboración de una propuesta de intervención dirigida a familiares de drogodependientes trabajando los aspectos que haya que potenciar a partir de los resultados obtenidos en el estudio.

4.5. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

En la presente investigación se han empleado como instrumentos fundamentales de medida dos entrevistas en profundidad, estructuradas, en las que se analizan las diversas dimensiones estudiadas en este trabajo.

La primera entrevista, “Drogodependencia e impacto en el entorno sociofamiliar” (Anexo 1), está compuesta por 25 preguntas abiertas con las que se profundiza el factor de la ayuda familiar y la asistencia a terapias tanto de consumidores como de familiares.

La segunda entrevista, “Evolución del consumo, cambios y consecuencias” (Anexo 2), está compuesta por 33 preguntas abiertas con las que se profundiza la influencia de la drogodependencia en las diferentes categorías personales marcadas. Para obtener una comparación, se han realizado las mismas preguntas para las tres etapas principales de vida del consumidor: antes de iniciarse en el mundo de la droga, durante el periodo de consumo y después de ser rehabilitado. Cada una de estas preguntas responden a determinados factores que se han visto oportunos para obtener una comprensión profunda sobre los diferentes aspectos necesarios a trabajar.

Con ayuda de la teoría y el relato de estas experiencias, se han encontrado puntos de vista, opiniones, actitudes y comportamientos que sirven de ayuda para establecer prácticas beneficiosas relacionadas con la ayuda que pueden prestar los familiares durante la reinserción.

4.6. Técnicas de análisis de datos

El registro de los datos cualitativos se realizó mediante la grabación de dos entrevistas a cada una de las personas participantes. En total se han recogido un total de 10 entrevistas personales, las cuales se han dividido en varias partes por motivos de extensión e incompatibilidad con el programa de análisis de datos utilizado. Tomando como referencia la persona entrevistada, estas entrevistas han sido divididas en las siguientes partes (Tabla 2):

Tabla 2
Relación de personas entrevistadas y entrevistas realizadas

PERSONA ENTREVISTADA	NÚMERO DE ENTREVISTA	DIVISIÓN DE LAS ENTREVISTAS
SUJETO 1	ENTREVISTA 1 (E1) Engloba las entrevista 1 y 7	Entrevista 1: 001 y 001.2 Entrevista 7: 7, 7.2, 7.3 y 7.4
SUJETO 2	ENTREVISTA 2 (E2) Engloba las entrevistas 2 y 6	Entrevista 2: 002, 002.2 Entrevista 6: 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5
SUJETO 3	ENTREVISTA 3 (E3) Engloba las entrevistas 3 y 10	Entrevista 3: 3, 3.2 y 3.3 Entrevista 10: 10, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6 y 10.7
SUJETO 4	ENTREVISTA 4 (E4) Engloba las entrevistas 4 y 8	Entrevista 4: 4 Entrevista 8: 8, 8.2, 8.3 y 8.4
SUJETO 5	ENTREVISTA 5 (E5) Engloba las entrevistas 5 y 9	Entrevista 5: 5 y 5.2 Entrevista 9: 9, 9.2, 9.3 y 9.4

Posteriormente, se ha llevado a cabo una transcripción detallada de todas ellas para su posterior análisis y se han categorizado y codificado mediante el programa AQUAD7 de análisis de datos cualitativos. Las dimensiones y categorías con las que se ha trabajado son las siguientes:

Dimensión 1: Análisis personal

- La Categoría 1 hace referencia al perfil del consumidor de la familiar entrevistada. Para ello, se ha añadido información sobre el parentesco (P), droga de consumo frecuente (C), edad de inicio en el consumo (EI) y reconocimiento del problema de consumo (R).
- La Categoría 2 hace referencia a las terapias dirigidas a drogodependientes para su rehabilitación. Para ello, se ha añadido información sobre la asistencia a terapia de rehabilitación (AT) y las pautas de terapia de rehabilitación (PT).
- La Categoría 3 hace referencia a aspectos generales de la vida del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre la rutina diaria del consumidor antes de iniciar el consumo (RUA), características de la formación a la que asistía antes de iniciar el consumo (FA), los aspectos relacionados con el empleo que tenía antes de iniciar el consumo (EMA), el aspecto físico que tenía antes de iniciar el consumo (DFA) y aspectos relacionados con la delincuencia antes de iniciar el consumo (DLA).
- La Categoría 4 hace referencia a aspectos generales de la vida del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre la rutina diaria del consumidor durante consumo (RUD), características de la formación a la que asistía durante el consumo (FD), los aspectos relacionados con el empleo durante el consumo (EMD), el aspecto físico durante el consumo (DFD) y aspectos relacionados con la delincuencia durante el consumo (DLD).
- La Categoría 5 hace referencia a aspectos generales de la vida del consumidor tras ser rehabilitado. Para ello, se ha añadido información sobre la rutina diaria del consumidor tras ser rehabilitado (RUDE), características de la formación a la que asiste tras ser rehabilitado (FDE), los aspectos relacionados con el empleo tras ser rehabilitado (EMDE), el aspecto físico tras ser rehabilitado (DFDE) y aspectos relacionados con la delincuencia tras ser rehabilitado (DLDE).
- La Categoría 6 hace referencia a las habilidades personales del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el autoconocimiento del consumidor antes de iniciarse en el consumo (AUMA), la autoestima del consumidor antes de iniciarse en el consumo (AUTA), la toma de

decisiones del consumidor antes de iniciarse en el consumo (DEA) y las características de la personalidad antes de iniciarse en el consumo (CDPA).

- La Categoría 7 hace referencia a las habilidades personales del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el autoconocimiento del consumidor durante el consumo (AUMD), la autoestima del consumidor durante el consumo (AUTD), la toma de decisiones del consumidor durante el consumo (DED) y las características de la personalidad durante el consumo (CDPD).
- La Categoría 8 hace referencia a las habilidades personales del consumidor tras la rehabilitación. Para ello, se ha añadido información sobre el autoconocimiento del consumidor tras ser rehabilitado (AUMDE), la autoestima del consumidor tras ser rehabilitado (AUTDE), la toma de decisiones del consumidor tras ser rehabilitado (DEDE) y las características de la personalidad tras ser rehabilitado (CDPDE).

Dimensión 2: Análisis familiar

- La Categoría 9 hace referencia al impacto que supone el consumo de drogas en la familia. Para ello, se ha añadido información sobre la influencia de la droga en la familia (IF) y la influencia del entorno ante el consumo de drogas (IE).
- La Categoría 10 hace referencia a la ayuda proporcionada por la familia al consumidor. Para ello, se ha añadido información sobre la ayuda familiar (AF), los resultados de la ayuda familiar (RAF) y la satisfacción de ayuda por el propio familiar (SA).
- La Categoría 11 hace referencia a la ayuda ofrecida a familiares frente al proceso de rehabilitación. Para ello, se ha añadido información sobre la ayuda a familiares (AAF), la asistencia a terapia familiar (TF) y las pautas de ayuda proporcionadas en la terapia familiar (PTF).
- La Categoría 12 hace referencia a la vida familiar del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio con la familia antes de iniciar el consumo (TOFA), la comunicación familiar antes de iniciar el consumo (CFA), la vida familiar antes de iniciar el consumo (VFA) y la relación familiar que existía antes de iniciar el consumo (RFA).

- La Categoría 13 hace referencia a la vida familiar del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio con la familia durante el consumo (TOFD), la comunicación familiar durante el consumo (CFD), la vida familiar durante consumo (VFD) y la relación familiar que existía durante el consumo (RFD).
- La Categoría 14 hace referencia a la vida familiar del consumidor tras ser rehabilitado. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio con la familia tras la rehabilitación (TOFDE), la comunicación familiar tras la rehabilitación (CFDE), la vida familiar tras la rehabilitación (VFDE) y la relación familiar que existe tras la rehabilitación (RFDE).
- La Categoría 15 hace referencia a la actitud que poseía la familia ante la droga antes de que el consumidor iniciara el consumo de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre la actitud de la familia ante la droga antes de que iniciara el consumo (AFDA) y la consideración y/o visión que tenían de una persona drogadicta antes de que su familiar fuera consumidor (CDFA).
- La Categoría 16 hace referencia a la actitud que poseía la familia ante a la droga durante la etapa de consumo habitual de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre la actitud que tenía la familia ante la droga durante el periodo de consumo (AFDD) y la consideración y/o visión que tenían de una persona drogadicta durante el periodo de consumo del mismo (CDFD).
- La Categoría 17 hace referencia a la actitud que posee la familia ante a la droga después de la rehabilitación del consumidor. Para ello, se ha añadido información sobre la actitud de la familia ante la droga tras la rehabilitación (AFDDE) y la consideración y/o visión que tienen de una persona drogadicta tras la experiencia de consumo de su propio familiar (CDFDE).
- La Categoría 18 hace referencia a las evidencias de los familiares sobre el consumo continuado de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el pensamiento del consumidor durante el consumo (PDD), los cambios que se producen en la vida del consumidor tras un periodo de consumo prolongado (CC) y las conclusiones que han sacado los familiares de los consumidores tras la vivencia del consumo continuado de droga (EV).

Dimensión 3: Análisis social

- La Categoría 19 hace referencia a la vida amistosa del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio que pasaba con sus amigos antes de iniciar el consumo (TOAA) y la comunicación que establecía con sus amigos antes de iniciar el consumo (CAA).
- La Categoría 20 hace referencia a la vida amistosa del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio que pasaba con sus amigos durante consumo (TOAD) y la comunicación que establecía con sus amigos durante el consumo (CAD).
- La Categoría 21 hace referencia a la vida amistosa del consumidor tras la rehabilitación. Para ello, se ha añadido información sobre el tiempo de ocio que pasa con sus amigos tras ser rehabilitado (TOADE) y la comunicación que establece con sus amigos tras ser rehabilitado (CADE).

El análisis se ha basado en la interpretación de la realidad que se ha estudiado comparándola a su vez con detalles del marco teórico presentado.

A través de este instrumento de medida y la posterior comparación, se ha recogido información relevante para elaborar una propuesta de intervención eficaz, que potencie las pautas de ayuda que puedan prestar los familiares para acompañar de forma óptima a los drogodependientes que están siendo tratados.

4.7. Representación de los datos

Para la representación de los datos se han empleado gráficas y tablas que demuestran las afirmaciones presentadas, mostrando los resultados descriptivos del trabajo, esto es, en términos de frecuencias y porcentajes.

5. RESULTADOS

Para llevar a cabo un estudio de los resultados recogidos, en primer lugar, se muestra una tabla de frecuencias y porcentajes de las variables y categorías recogidas para su estudio

(Tabla 3). Después de ello, se mostrarán los datos descriptivos de los aspectos más significativos que han de tenerse en cuenta a modo de análisis de resultados.

Tabla 3

Frecuencias (f) y porcentajes(%) de categorías(Cat) y códigos (Cód) distribuidos en sus correspondientes dimensiones (D.)

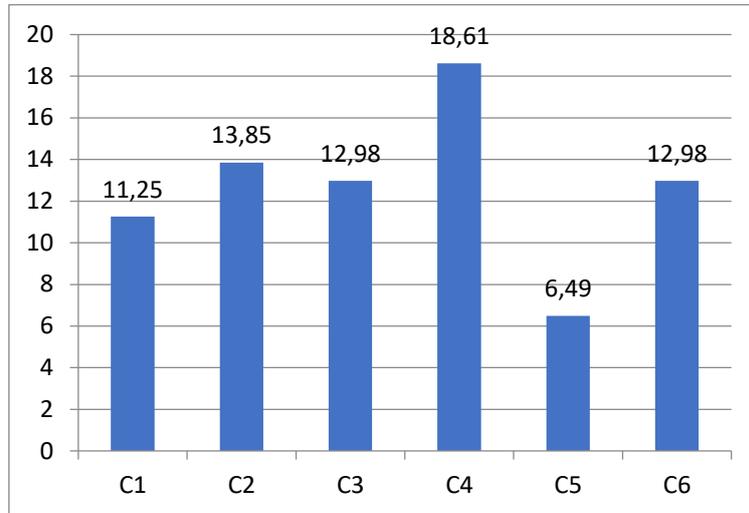
D.	Cat	Cód	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PERSONAL	CAT. 1	P	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5	0,65
		C	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5	0,65
		EI	1	16,66	1	16,66	2	33,33	1	16,66	1	16,66	6	0,78
		R	3	30	1	10	2	20	1	10	3	30	10	1,3
	CAT. 2	AT	4	16	4	16	5	20	6	24	6	24	25	3,25
		PT	1	14,28	1	14,28	1	14,28	3	14,28	3	42,85	7	0,91
	CAT. 3	RUA	3	50	2	33,33	0	0	0	0	1	16,66	6	0,78
		FA	2	28,57	2	28,57	1	14,28	1	14,28	1	14,28	7	0,91
		EMA	2	28,57	1	14,28	0	0	2	28,57	2	28,57	7	0,91
		DFA	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5	0,65
		DLA	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5	0,65
	CAT. 4	RUD	3	27,27	4	36,36	1	9,09	2	18,18	1	9,09	11	1,43
		FD	1	25	0	0	1	25	1	25	1	25	4	0,52
		EMD	2	16,66	2	16,66	1	8,33	3	25	4	33,33	12	1,56
		DFD	1	12,5	4	50	1	12,5	1	12,5	1	12,5	8	1,04
	CAT. 5	DLD	1	12,5	2	25	2	25	1	12,5	2	25	8	1,04
		RUDE	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	2	0,26
		FDE	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	2	0,26
		EMDE	0	0	0	0	3	60	2	40	0	0	5	0,65
		DFDE	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	4	0,52
CAT. 6	DLDE	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	2	0,26	
	AUMA	2	40	1	20	1	20	0	0	1	20	5	0,65	
	AUTA	1	25	1	25	1	25	0	0	1	25	4	0,52	
	DEA	5	55,55	1	11,11	1	11,11	1	11,11	1	11,11	9	1,17	
	CDPA	3	25	2	16,66	5	41,66	0	0	2	16,66	12	1,56	
CAT. 7	AUMD	1	33,33	0	0	1	33,33	1	33,33	0	0	3	0,39	
	AUTD	2	28,57	1	14,28	3	42,85	1	14,38	0	0	7	0,91	
	DED	2	22,22	3	33,33	1	11,11	2	22,22	1	11,11	9	1,17	
	CDPD	6	35,29	2	11,76	4	23,52	3	17,64	2	11,76	17	2,21	
CAT. 8	AUMDE	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	4	0,52	
	AUTDE	0	0	1	25	1	25	2	50	0	0	4	0,52	
	DEDE	0	0	0	0	2	66,66	1	33,33	0	0	3	0,39	
	CDPDE	0	0	1	12,5	4	50	3	37,5	0	0	8	1,04	
FAMILIAR	CAT. 9	IF	9	15,25	20	33,89	11	18,64	10	16,94	9	15,25	59	7,68
		IE	10	28,57	4	10,81	12	32,43	3	8,1	8	21,62	37	4,81
	CAT. 10	AF	12	26,66	15	33,33	9	20	2	4,44	7	15,55	45	5,85
		RAF	2	16,66	1	8,33	5	41,66	4	33,33	0	0	12	1,56
		SA	1	5,55	0	0	9	50	5	27,77	3	16,66	18	2,34
	CAT. 11	AAF	5	11,9	6	14,28	13	30,95	11	26,19	7	16,66	42	5,46
		TF	8	21,62	5	13,51	11	29,72	8	21,62	5	13,51	37	4,81
		PTF	4	33,33	2	16,66	2	16,66	1	8,33	3	25	12	1,56

D.	Cat	Cód	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SOCIAL	CAT. 12	TOFA	1	11,11	3	33,33	2	22,22	2	22,22	1	11,11	9	1,17
		CFA	3	50	1	16,66	0	0	1	16,66	1	16,66	6	0,78
		VFA	5	35,71	4	28,57	3	21,42	0	0	2	14,28	14	0,78
		RFA	1	12,5	1	12,5	1	12,5	3	37,5	2	25	8	1,04
	CAT. 13	TOFD	1	12,5	4	50	1	12,5	1	12,5	1	12,5	8	1,04
		CFD	3	33,33	2	22,22	1	11,11	1	11,11	2	22,22	9	1,17
		VFD	7	29,16	8	33,33	3	12,5	1	1,16	5	20,83	24	3,12
		RFD	5	27,77	2	11,11	3	16,66	5	27,77	3	16,66	18	2,34
	CAT. 14	TODFD E	0	0	3	42,85	2	28,57	2	28,57	0	0	7	0,91
		CFDE	0	0	2	66,66	0	0	1	33,33	0	0	3	0,39
		VFDE	0	0	11	68,75	0	0	5	31,25	0	0	16	2,08
		RFDE	0	0	3	42,85	0	0	4	57,14	0	0	7	0,91
	CAT. 15	AFDA	1	16,66	1	16,66	2	33,33	1	16,66	1	16,66	6	0,78
		CDFA	1	33,33	0	0	1	33,33	1	33,33	0	0	3	0,39
	CAT. 16	AFDD	3	42,85	1	14,38	2	28,57	1	14,28	0	0	7	0,91
		CDFD	1	12,5	2	25	3	37,5	1	12,5	1	12,5	8	1,04
	CAT. 17	AFDDE	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	0,26
		CDFDE	0	0	0	0	2	66,66	1	33,33	0	0	3	0,39
	CAT. 18	PDD	6	85,71	0	0	1	14,28	0	0	0	0	7	0,91
		CC	4	12,12	9	27,27	10	30,30	5	15,15	5	15,15	33	4,29
		EV	11	24,44	11	24,44	19	42,22	2	4,44	2	4,44	45	5,85
CAT. 19	TOAA	6	40	2	13,33	3	20	1	6,66	3	20	15	1,95	
	CAA	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,13	
CAT. 20	TOAD	1	10	3	30	2	20	1	10	3	30	10	1,30	
	CAD	0	0	2	66,66	0	0	0	0	1	33,33	3	0,39	
CAT. 21	TOADE	0	0	1	33,33	1	33,33	1	33,33	0	0	3	0,39	
	CADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total			161	20,96	168	21,87	191	24,86	147	19,14	113	14,71	768	100

Revisando los datos obtenidos tras la elaboración y análisis de las diferentes dimensiones y categorías señaladas, encontramos los siguientes resultados categoriales:

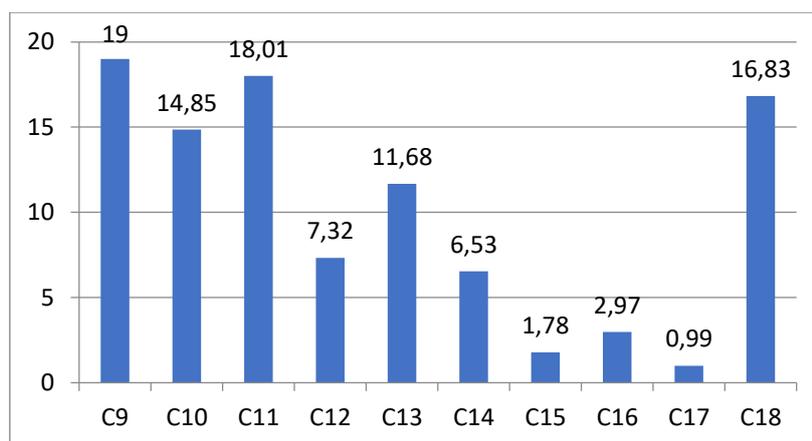
- a) Dentro de la *Dimensión Personal* (Gráfico 2), encontramos porcentajes muy similares entre sí, destacando con el mayor de los porcentajes la presencia de la categoría 4 *aspectos generales de la vida del consumidor durante la etapa de consumo habitual* (18,61%). Asimismo, la categoría 5 sobre los *aspectos generales de la vida del consumidor tras ser rehabilitado* ha sido la menos comentada (6,49%);

Gráfico 2
Distribución de códigos en la Dimensión Personal por categorías (%)



b) Dentro de la *Dimensión Familiar* (Gráfico 3), también hemos encontrado porcentajes muy similares entre sí. Se destaca la presencia de un mayor porcentaje en la categoría 9 *ayuda proporcionada por la familia al consumidor* (19%). Asimismo, encontramos una minoría en la categoría 17 *actitud de la familia ante la droga tras de la rehabilitación del consumidor* (0,99%);

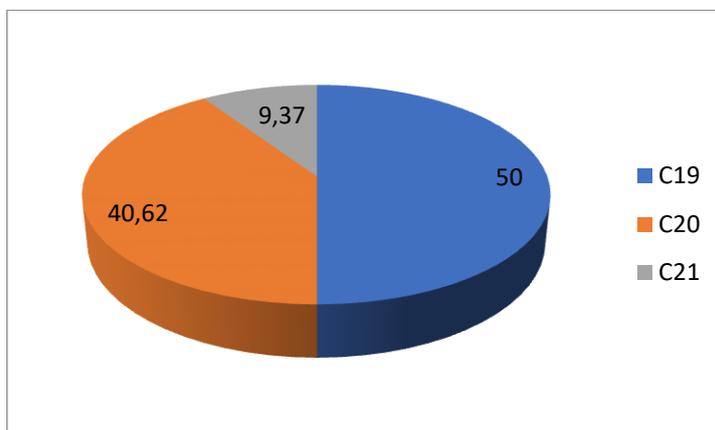
Gráfico 3
Distribución de códigos en la Dimensión Familiar por categorías (%)



c) Dentro de la *Dimensión Social* (Figura 1), es la categoría 19 *vida amistosa del consumidor antes de que este iniciara el consumo*, la más frecuente, aunque con poca

diferencia con respecto a la categoría 20 (50%). En una gran minoría, encontramos la categoría 21 *vida amistosa del consumidor tras la rehabilitación* (9,37%);

Figura 1
Distribución de la Dimensión Social por categorías (%)



5.1. Dimensión personal

Como se ha comentado anteriormente, la *Dimensión Personal* engloba las ocho primeras categorías, ocupando el 29,76% de los contenidos del análisis total de las entrevistas.

La categoría que trata sobre el *perfil del consumidor de la familiar entrevistada* (Tabla 4), ocupa el 11,25% del total de esta dimensión.

Tabla 4
Perfil del consumidor de la familiar entrevistada

		E1		E2		E3		E4		E5		Total	
CAT. 1	Cód.	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	P	1	16,66	1	25	1	16,66	1	25	1	16,66	5	19,23
	C	1	16,66	1	25	1	16,66	1	25	1	16,66	5	19,23
	EI	1	16,66	1	25	2	33,33	1	25	1	16,66	6	23,07
	R	3	50	1	25	2	33,33	1	25	3	50	10	38,46
		6	100	4	100	6	100	4	100	6	100	26	100

En esta primera categoría, el *reconocimiento del problema de consumo* (R) ha sido el tema más comentado, concretamente en un 38,46% del total, siendo a su vez el sexto código más utilizado entre los 33 que completan la *dimensión personal* de las entrevistas realizadas. Existen coincidencias en cuanto al reconocimiento del problema, pues todos ellos sólo reconocieron que eran adictos a la droga cuando se quedaron solos.

“Más que reconocerlo se dio cuenta ya cuando tocó fondo y vio que lo perdió todo”
(E3, Sujeto 3, 11-12)

“...verdaderamente no tuvo otra opción porque lo perdió ya todo y entonces, era la única opción de él poder intentar, supongo yo, recuperar algo.”
(E1, Sujeto 1, 61-63)

Cabe destacar que el 100% de ellos lo reconocieron después de más de 20 años del origen del consumo.

“Pues, cuarenta y tantos años.” (E2, Sujeto 2, 11)

“Pues 44 años.” (E4, Sujeto 4, 9)

“Tiene 43 y quítale 6 añitos.” (E3, Sujeto 3, 11)

En esta categoría, el resto de códigos aparecen de una forma muy equitativa entre sí, destacando por un número mayor entre los restantes, el código *edad de inicio del consumo* (EI) con un 23,07% del total de la categoría. Cabe resaltar que todas las participantes coinciden en que sus familiares consumidores iniciaron el consumo siendo menores de edad.

“Desde muy pequeño, yo sé que desde que tenía 12 o 13 años ya empezó a fumar, y ya poco a poco... en la adolescencia, de más mayor tengo yo entendido que empezó con lo más fuerte”
(E2, Sujeto 2, 6-8)

Los dos códigos restantes de esta categoría se presencian con un total de 19,23% en cada una de ellas, y hacen referencia al *parentesco* (P) y a la *droga de consumo más frecuente* (C) de los usuarios. En cuanto al *parentesco*, como se ha mencionado en el apartado 5.4. Participantes en el estudio, nos encontramos con 3 esposas de consumidores, una hija y una hermana. La *droga de consumo más frecuente* varía en función de los usuarios, siendo el 60% de ellos policonsumidores.

“Pues de todo, consumía alcohol y todo tipo de drogas, pero la que más daño le hizo fue la heroína.”
(E1, Sujeto 1, 4-5)

El 40% restante son consumidores únicamente de alcohol.

“Pues mi pareja era... más que de drogas, era alcohol. Enfermo de alcohol.”
(E3, Sujeto 3, 4)

Las terapias dirigidas a drogodependientes para su rehabilitación (Tabla 5), ocupa el 13,85% de la *dimensión personal* de las entrevistas, siendo a su vez la segunda categoría más comentada de dicha dimensión.

Tabla 5
Terapias dirigidas a drogodependientes para su rehabilitación

CAT.	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2	AT	4	80	4	80	5	83,33	6	66,66	6	66,66	25	73,52
	PT	1	20	1	20	1	16,66	3	33,33	3	33,33	9	26,47
		5	100	5	100	6	100	9	100	9	100	34	100

En esta segunda categoría, destaca la *asistencia a terapia de rehabilitación* (AT) como código más empleado (73,52%). Este a su vez, es el código más frecuentado en la totalidad de las entrevistas orientadas a conocer la *dimensión personal* de los usuarios. Con relación a ello, encontramos diversos centros a los que acudieron los consumidores para buscar ayuda de modo alternativo tras las frecuentes recaídas en el consumo.

“Al principio estuvo en la Cruz Roja unos 15 días para quitarse de la metadona. Después se metió otra vez, después otra vez estuvo en una cura de sueño 5 días y otra vez, a los dos o tres días se metió otra vez”
(E5, Sujeto 5, 36-37)

Se ha de resaltar que los familiares drogodependientes de las personas entrevistadas han asistido a distintos centros terapéuticos. Entre ellos, los más frecuentados han sido el centro de Proyecto Hombre como Comunidad Terapéutica (60% de participantes) y Asociación Aro como Clínica de Tratamiento Ambulatorio (40% de participantes).

“Cuando ingresó en Proyecto Hombre, ya llevábamos varios años, muchos años con recaídas y eso, y yo creo que ya era la última opción que le quedaba, el ingresar. Como era la que más conocíamos, pues entonces fue allí donde se metió.”
(E1, Sujeto 1, 55-58)

“Pues llevamos 6 años, y es en la asociación de Aro. Comenzamos aquí en Bonares, ya él está en el grupo final, está en Huelva, y la verdad que una buena asociación.”

(E3, Sujeto 3, 62-64)

Con respecto al código *pautas de terapia de rehabilitación* (PT) no encontramos grandes diferencias entre las pautas recibidas por los cinco consumidores durante las diferentes rehabilitaciones a las que han asistido. Tanto en el tratamiento de régimen interno como externo se exige como principal medida la prohibición del consumo de drogas de forma radical.

“La primera, no consumir y, bueno, básicamente, eso, no consumir. Intentar no consumir alcohol.”

(E4, Sujeto 4, 30-31)

Cabe destacar que las pautas terapéuticas troncales hacen hincapié en promover el desarrollo personal y la creación de un nuevo estilo de vida alejado del consumo:

“Pautas, pues bueno, muchísimas. Lo primero la asistencia a las terapias semanales, el compartir conmigo todo, cualquier inquietud, cualquier malestar, si le apetece beber, si se encuentra mal, decaído, cambiar de hábitos, de dejar de frecuentar bares, el cambiar las amistades, el buscar amistades no tóxicas por decirlo así, buscarse otro tipo de aficiones como el deporte o tiempo libre así más sano o no tóxico.”

(E3.2, Sujeto 3, 3-8)

Además, se promueve el control y la creación de una rutina diaria estricta y marcada según los intereses y posibilidades personales.

“Pues, tenía que tener como unas pautas en su vida, mucho control, de por la mañana te levantas a esta hora, haces estas tareas, por la tarde... como muchas tareas para tener un orden en su vida y olvidarse un poco de las drogas.”

(E2, Sujeto 2, 49-51)

En menor medida, se han comentado *aspectos generales de la vida del consumidor antes de iniciarse en el consumo* (Tabla 6). En general se ha dedicado a esta categoría un 12,98% del total de las entrevistas enfocadas en la *dimensión personal*.

Tabla 6

Aspectos generales de la vida del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas

CAT. 3	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
	RUA	3	27,27	2	28,57	0	0	0	0	1	16,66	6	20
	FA	3	27,27	2	28,57	1	33,33	1	20	1	16,66	7	23,33
	EMA	3	27,27	1	14,28	0	0	2	40	2	33,33	7	23,33
	DFA	1	9,09	1	14,28	1	33,33	1	20	1	16,66	5	16,66
	DLA	1	9,09	1	14,28	1	33,33	1	20	1	16,66	5	16,66
		11	100	7	100	3	100	5	100	6	100	30	100

Como se puede comprobar de forma visual en la Tabla 6, existen dos códigos con frecuencias superiores al resto, aunque sólo con uno o dos puntos de diferencia. Predomina la *formación a la que asistía el consumidor antes de iniciar el consumo* (FA) con un 23,33% del total. En ella se han encontrado respuestas comunes, pues el 100% de los usuarios cursaron y completaron la formación de EGB.

“Estudió hasta EGB, hasta octavo de EGB.” (E8, Sujeto 4, 50)

Cabe destacar que sólo el 80% de los usuarios no continuaron sus estudios después de conseguir el graduado escolar por diversos motivos, siendo el inicio precoz en el mundo laboral el predominante entre ellos.

“Él empezó a trabajar muy joven” (E8, Sujeto 4, 54)

Cabe señalar que la formación académica hace unos años no se consideraba tan necesaria y/o importante como en la actualidad, por lo que la decisión familiar sobre la finalización de los estudios de sus hijos era muy frecuente.

“... le dijeron en el colegio que él servía para estudiar, que siguiera estudiando, pero los padres, por ejemplo, eso de los estudios no lo tenían muy... no le daban mucha importancia, entonces los padres pues lo que le ponía era a trabajar, desde muy joven.”

(E7, Sujeto 1, 32-35)

“Él siempre ha sido muy listo en el colegio, de los que sacaban sobresaliente siempre, pero a partir ya de creo que sexto o séptimo, ya empezó un poquito ya a ir peor, (...) pero vamos, él se sacó el graduado. Después ya no estudió porque teníamos un bar, entonces pues empezó a trabajar en el bar.”

(E9, Sujeto 5, 26-29)

El *empleo que tenían los consumidores antes de iniciar el consumo* (EMA), al igual que el anterior, ha sido comentado en un 23,33% del total de la categoría. Se han hallado algunas abstenciones en las respuestas, ya que en la entrevista 3, no se comenta nada sobre el empleo de su pareja porque no tiene experiencias laborales anteriores al consumo.

“La madre le dijo que o se ponía pilas, porque perdió un curso entero, porque faltaba y él era sólo fiesta, alcohol, trasnocheo, mujeres, en fin, y perdió ese curso, entonces la madre ya le dijo que o se ponía pilas o a trabajar.”

(E10, Sujeto 3, 54-57)

En cuanto al resto de participantes, se comentan buenas actitudes frente al empleo antes de iniciar el consumo de drogas. Predominan actitudes positivas basadas en la responsabilidad.

“En el empleo sí, siempre ha sido responsable.” (E8, Sujeto 4, 56)

Así como la búsqueda activa de ocupaciones en caso de desempleo.

“... él era de los que sonaba el despertador y se levantaba. Él tenía que trabajar y trabajaba. Él se quedaba parado y a los dos días ya tenía otro trabajo.”

(E7.2, Sujeto 1, 30-32)

“Pues antes, aunque nunca ha tenido un trabajo estable, pues sí que ponía empeño, iba a pedir trabajo y trabajaba en cosas.”

(E 6.2, Sujeto 2, 7-8)

Con un 20% de tiempo empleado en la categoría 3, se han comentado aspectos sobre *la rutina diaria del consumidor antes de iniciar el consumo* (RUA) obtenemos las abstenciones en las entrevistas 3 y 4 por desconocimiento, ya que las participantes conocieron a sus parejas cuando ya eran consumidores. Asimismo, tampoco supieron responder a las preguntas sobre las rutinas anteriores al consumo de los mismos por falta de información sobre ello.

Teniendo en cuenta el resto de entrevistas, dentro de las *rutinas diarias de los consumidores antes de iniciar el consumo*, una de las participantes no destaca nada fuera de lo habitual. Otra de ellas, sin embargo, exalta en la rutina de su familiar la diversión (unida al consumo de alcohol de forma recreativa) y el trabajo como únicos eslabones en su día a día.

“Trabajar y divertirse. No hacía otra cosa. No, en su cabeza no había otra cosa, la vida para él ya era eso. Cuando tenía que trabajar, trabajaba, y después pues a salir por ahí a discotecas, sus copas, su esto... a divertirse.”

(E7, Sujeto 1, 55-57)

Una de ellas comenta una rutina con actitudes antisociales incluso dentro del seno familiar.

“...yo lo he visto siempre que solía encerrarse en su cuarto y no hacer nada. A lo mejor se levantaba un rato para estar en el salón viendo la tele, pero se volvía a encerrar en el cuarto a dormir. Y todo el tiempo así...”

(E6, Sujeto 2, 15-17)

En cuanto al código sobre el *aspecto físico que tenía el consumidor antes de iniciar el consumo* (DFA), cabe destacar que todas las participantes aseguran un buen aspecto físico de sus familiares previo al consumo de drogas.

“Hombre, antes del consumo, una persona fuerte, él era alto, era grande, y se veía una persona muy fuerte.”

(E7, Sujeto 1, 38-39)

Los *aspectos relacionados con la delincuencia antes de iniciar el consumo* (DLA) son muy similares entre sí, ya que sólo en una de las participantes (20%) se destaca algún signo de delincuencia en su familiar.

“Sí ha tenido algún que otro... no, no ha sido un niño de robar, pero a lo mejor por las circunstancias del entorno sí se ha visto metido en caso, en pequeños casos, aunque no hayan ido a más, pero si se ha visto en algún caso de esto envuelto”

(E10.2, Sujeto 3, 21-24)

Sin embargo, las demás participantes aseguran no haber vivido situaciones de delincuencia con su familiar previo al consumo de drogas.

“No, nada, nada.” (E8, Sujeto 4, 52)

“No, no, no que va que va. No.” (E9, Sujeto 5, 6)

Los *aspectos generales de la vida del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas* (Tabla 7), con un 18,61% conforma la categoría más comentada de la *dimensión personal*.

Tabla 7
Aspectos generales de la vida del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas

Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
RUD	3	37,5	4	33,33	1	16,66	2	25	1	11,11	11	25,58
FD	1	12,5	0	0	1	16,66	1	12,5	1	11,11	4	9,30
EMD	2	25	2	16,66	1	16,66	3	37,5	4	44,44	12	27,9
DFD	1	12,5	4	33,33	1	16,66	1	12,5	1	11,11	8	18,6
DLD	1	12,5	2	16,66	2	33,33	1	12,5	2	22,22	8	18,6
	8	100	12	100	6	100	8	100	9	100	43	100

Los *aspectos relacionados con el empleo durante el consumo* (EMD) conforman el código más frecuentado de la categoría con un 27,9% del total comentado. Como se puede comprobar en las entrevistas, el 40% de los consumidores no demostraron cambios en el aspecto ocupacional.

“En el empleo sí, siempre ha sido responsable.” (E8, Sujeto 4, 56)

La minoría (40%) tampoco demostraron cambios en cuanto al rendimiento.

“La verdad es que él ha sido siempre muy trabajador, nunca... nunca han tenido quejas en el trabajo en cuanto a rendimiento ha sido muy currante...”
(E10.5, Sujeto 3, 3-4)

El 60% de los consumidores restantes, sin embargo, ocasionaron cambios notorios en su lugar de trabajo, como por ejemplo, en las ausencias temporales durante la jornada laboral.

“...el estar trabajando y a cada momento, a lo mejor cuando nos descuidábamos “¿y este dónde está, ya se ha ido?” No decía ni “me voy” ni nada, él hace pum y ya se ha ido. Y es que es lo mismo siempre, el irse para consumir, venir, a lo mejor por la tarde otra vez. Pero eso los días que había mucho trabajo, mucho trabajo, los fines de semana y fiesta.”
(E9.3, Sujeto 5, 2-7)

Además de conductas inadecuadas relacionadas entre sí, como el consumo en horario laboral unido con un comportamiento agresivo en su discurso y malas relaciones con los compañeros de trabajo.

“...hacía cosas que no debía, era... tenía discusiones, me daba yo cuenta de que a lo mejor se llevaba una petaca al trabajo, bebía a todas horas, era ir a trabajar y era tomarse la copa antes de ir a trabajo. Estaba descontrolado. Yo creo que trabajar, trabajaba, pero lo que son las relaciones con los demás, no... yo creo que no eran buenas. Yo creo que ya empezaron... ya la gente le tenía miedo y le... y le dejaban, él saltaba con nada.”

(E7.4, sujeto 1, 54-60)

Para finalizar y con la experiencia de un 20% de participantes, se podría mencionar la dejadez demostrada en cuanto a la búsqueda de un nuevo empleo en el caso de no tener una ocupación.

“...ya una vez que empezó, pues ya dejó de trabajar y ya lo veía todo oscuro, y como que no tenía ni autoestima ni para buscar trabajo ni se veía con fuerzas para hacerlo.”

(E6.2, Sujeto 2, 8-10)

Seguida de la anterior, *la rutina diaria del consumidor durante consumo* (RUD) con un 25,58% ha sido el segundo código más comentado de la categoría 4. Cabe señalar que las respuestas aportadas en las entrevistas coinciden entre sí, ya que, el 100% de los familiares de las participantes pasaban el día (la mayoría incluso en el horario laboral) bajo los efectos del consumo de drogas.

“...mientras trabajaba y echaba horas estaba sin, sin el... sin estar bajo el consumo. Pero después, todo lo que fuera fuera de horas de trabajo, era todos los días, de lunes a domingo bebiendo. Era siempre.”

(E10.2, Sujeto 3, 57-59)

Se podría destacar una rutina general basada en la tendencia a las salidas frecuentes y al aislamiento en el hogar.

“Pues nada, él trabajaba, llegaba del trabajo y a lo mejor se paraba en el bar, se tomaba la cerveza, llegaba a casa y también tomaba cerveza o vino, si no tenía el vino se enfadaba, (...) y él se acostaba la siesta, después se levantaba, se iba otra vez

al bar y se bebía otras dos cervezas, hasta la noche que cenaba y se acostaba, esa era su rutina.”

(E8.2, Sujeto 4, 52-60)

“Se levantaba, no me acuerdo ya si desayunaba o no, y del tirón pedía dinero, salía, porque al final ya conseguía dinero, salía, volvía, comía o no comía, se acostaba, se levantaba, pedía dinero, salía o se encerraba en el cuarto de baño a consumir.”

(E6.2, Sujeto 2, 52-55)

Los códigos *aspecto físico del consumidor durante el consumo* (DFD) y *aspectos relacionados con la delincuencia durante el consumo* (DLD) coinciden con un 18,6% de frecuencia en el discurso de esta categoría. En cuanto al primero de ellos, existen grandes coincidencias, ya que el 80% de familiares aseguran un declive en el aspecto físico del consumidor con respecto al consumo de drogas.

“Hombre, estaba mucho más delgado, más deteriorado, una cara de cansado, el aspecto, la cara de demacra, los ojos siempre rojos, eh... Siempre agotado y a parte, el humor y el carácter siempre cambiado, incluso el sistema digestivo, los ronquidos, era todo, le afectaba todo...”

(E10.3, Sujeto 3, 29-32)

Además de haber comprobado el cambio físico por consumo con sus propios ojos cuando se ocasionaban recaídas.

“Cuando estaba consumiendo por supuesto, mucho más delgado. Después cuando dejaba de consumir engordaba mucho, cuando estaba trabajando no porque gastaba mucho, que estaba a lo mejor en el campo o lo que sea, estaba fuerte (...) y ya después cuando lo pensionaron por problemas de corazón, pues ya empezó a... lo que es a engordar, a... hasta que consumía y se quedaba otra vez delgado, y va y venes.”

(E7.3, Sujeto 1, 53-58)

Sólo un 20% de participantes han aclarado no visualizar ningún cambio en cuanto al aspecto físico de su familiar durante el consumo de drogas.

“No él... siempre ha estado bien. De su cuerpo, físicamente bien. Sí.”

(E9.2, Sujeto 5, 57)

En cuanto a los *aspectos relacionados con la delincuencia durante el consumo* (DLD), cabe destacar que en un 80% de los participantes se han ocasionado signos de delincuencia, en su mayoría (60%) por hurto en el hogar.

“Él a lo mejor quitaba algo, nos buscaba las vueltas. Antes de estar conmigo, yo sé que a lo mejor le quitaba algo a los padres, se ponía a registrar y eso y le quitaba a lo mejor cosas a la madre, le quitaba cosas así. Y cuando estaba conmigo, yo el dinero lo tenía súper controlado, yo lo llevaba siempre encima para, precisamente, para que no me faltara de nada”.

(E7.4, Sujeto 1, 24-28)

“Hombre fuera no. Yo en mí, en mi persona, pues por ejemplo me cogió una hucha que tenía yo un montón de ahorros, me la abrió (...) sin yo notar que había cogido el dinero y me lo quitó todo.”

(E6.3, Sujeto 2, 34-37)

Cabe destacar que en un 20% de los consumidores comentados anteriormente, sólo se han ocasionado matices de delincuencia relacionadas con los impagos, aunque estos no están registrados por el Sistema Penal como multas penales, sino civiles.

“...era una espiral de problemas, porque es que era trabajar para beber, no se hacía responsable de sus responsabilidades de pago, de casa, de luz, de compras, de... Eso iba inflando pelotas de deudas, de juicios, de multas, de accidentes, más pleitos, más impagos, más... eso era una bola, una bola de nieve que va agrandando. Son problemas, problemas y... y mientras haya dinero con el alcohol, no nos acordamos de que tenemos que pagar todo eso y ponernos al día.”

(E10.3, Sujeto 3, 3-9)

Una minoría, en concreto un el 20% restante de participantes aseguran no haber sido partícipes de ningún signo de delincuencia en su familiar durante el consumo.

“No, no. Tan grave no. A ese extremo no ha llegado” (E8.2, Sujeto 4, 49)

En su minoría, la formación a la que asistía el consumidor durante el consumo (FD) ha sido escasamente comentada, ya que sólo se ha dedicado a ello un 9,3% la categoría 4. Cabe resaltar que encontramos una abstención en la entrevista 2 y que sólo un 20% de ellos continuaron sus estudios una vez que empezaron a consumir, aunque no de forma voluntaria.

“Terminó sus estudios y gracias a la madre, que ha sido una persona autoritaria y (...) ha sido la que ha estado ahí y ha tenido mano dura, y pudo terminar sus estudios, su formación de soldadura, que es lo que tiene.”

(E10.3, Sujeto 3, 37-39)

Por ello, cabe resaltar que el 80% de los consumidores no continuaron con su formación académica una vez que comenzaron el consumo de drogas.

“Nada” (E8.2, Sujeto 4, 38)

Un 20% de participantes aseguran que sus familiar no siguió su formación por el deterioro mental supuso el consumo de drogas de forma prolongada.

“No, para nada. Él ya era el trabajo y ya está. Ya no estaba ya ni... yo creo ya no estaba ni capacitado para retener nada en esa cabeza. No sabía ni sacar dinero del cajero...”

(E7.3, Sujeto 1, 61-64)

Los aspectos generales de la vida del consumidor tras ser rehabilitado (Tabla 8), con un 6,49% conforma la categoría menos comentada en la *dimensión personal*, ya que únicamente un 40% de familiares de los participantes fueron rehabilitados en su totalidad.

Tabla 8
Aspectos generales de la vida del consumidor tras ser rehabilitado

CAT. 5	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	RUDE	0	0	0	0	1	12,5	1	14,28	0	0	2	13,33
	FDE	0	0	0	0	1	12,5	1	14,28	0	0	2	13,33
	EMDE	0	0	0	0	3	37,5	2	28,57	0	0	5	33,33
	DFDE	0	0	0	0	2	25	2	28,57	0	0	4	26,66
	DLDE	0	0	0	0	1	12,5	1	14,28	0	0	2	13,33
		0	0	0	0	8	100	7	100	0	0	15	100

Con un 33,33%, el código *aspectos relacionados con el empleo tras ser rehabilitado* (EMDE) ha sido el predominante en esta categoría, aunque, como se puede comprobar en la Tabla 8, con puntuaciones muy bajas. Cabe destacar que los drogodependientes de los familiares rehabilitados coinciden con aquellos que seguían cumpliendo con sus responsabilidades laborales durante el consumo, por lo que una vez rehabilitados, en el empleo siguieron la misma línea.

“En el trabajo bien, él es buen compañero y es trabajador y la verdad que siempre están... en todas las empresas donde ha estado trabajando siempre quedan muy contentos con él.”

(E10.6, Sujeto 3, 57-59)

E incluso se perciben mejoras con respecto al empleo en la anterior época de consumo.

“Bien, en el empleo ahora mejor” (E8.4, Sujeto 4, 18)

El segundo código más comentado de la categoría 5 fue la *formación a la que asistió el consumidor tras ser rehabilitado* (FDE) con un total de 26,66% con respecto al total. Existen coincidencias con respecto a los consumidores rehabilitados y la formación posterior, ya que el 100% mostraron interés con respecto al aprendizaje.

“Ha seguido haciendo cursos sobre su trabajo porque siempre hay que reciclarse y siempre que le sale un curso o algo que pueda formarse lo intenta hacer para actualizarse y... y tener siempre más probabilidades de permanecer en una empresa o iniciar en otra nueva.”

(E10.5, Sujeto 3, 47-50)

Aunque no todos pudieron llevar a cabo una nueva formación por motivos de falta de tiempo.

“No porque... no porque no haya querido, sino porque tampoco el trabajo lo ha dejado, pero la verdad es que, si hubiese podido, creo que lo hubiese hecho.”

(E8.4, Sujeto 4, 14-15)

Para finalizar con esta categoría, encontramos coincidencias en cuanto a la frecuencia de comentarios con respecto al resto de códigos con un total de 13,33% en cada uno de ellos. Por lo tanto, en minoría, se trató *la rutina diaria del consumidor tras ser rehabilitado* (RUDE), *el aspecto físico del consumidor tras ser rehabilitado* (DFDE) y *aspectos relacionados con la delincuencia tras ser rehabilitado* (DLDE).

En cuanto al primero de estos códigos, *la rutina diaria del consumidor tras ser rehabilitado* (RUDE), podemos encontrar declaraciones sobre nuevas actividades incluidas en la rutina y alejada del consumo en el 100% de los estos consumidores.

“Su vida ahora bueno, está muy centrado en su trabajo sobre todo y bueno, su tiempo libre ahora pues en lugar de ir tanto a bares, que va también, pero... pues ahora dedica más tiempo al deporte, o se va a jugar al baloncesto, o se va a jugar al fútbol.”

(E10.6, Sujeto 3, 18-21)

Rutinas muy relacionadas además con un estilo de vida totalmente saludable.

“...desde que dejó de consumir, empezó a correr y lo sigue llevando a cabo después de tantos años...”

(E8.4, Sujeto 4, 31-32)

El aspecto físico del consumidor tras ser rehabilitado (DFDE) también ha sido comentado por ambas familiares, las cuales coinciden en un 100% en que el aspecto físico del consumidor mejoró de forma considerable tras la rehabilitación de la drogodependencia. La primera de ellas hizo referencia a la hinchazón por el consumo y la pérdida de peso tras la rehabilitación.

“...el aspecto físico mejoró también porque ya él estaba muy colorado, hinchado, ya se vino él más normal.”

(E8.3, Sujeto 4, 59-60)

Mientras que la segunda hizo hincapié en la subida de peso y el abandono de una delgadez extrema tras ser rehabilitado.

“Físicamente claro que ha cambiado, es que ahora tiene un poquito de más carne, ahora come más. Antes con el consumo le mataba mucho el hambre (...) Y ahora, ahora come en condiciones, la constitución física le ha cambiado. Está más fuerte.”

(E10.5, Sujeto 3, 39-44)

Como último código de la categoría 5, encontramos coincidencias en cuanto a los *aspectos relacionados con la delincuencia tras ser rehabilitado (DLDE)*. El 100% de las personas consumidoras que fueron rehabilitadas no presentan signos de delincuencia en la actualidad.

“Nada.” (E8.4, Sujeto 4, 20)

Incluyendo a aquellos que sí los presentaban durante el consumo.

“No, para nada, al revés, estoy ya sorprendida y todo de que no me lleguen cartas ni con pleitos de juicios ni con multas, ni con nada. Bien.”

(E10.5, Sujeto 3, 53-54)

La categoría 6 sobre *habilidades personales del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas* (Tabla 9), ocupa el 12,98% del total de la *dimensión personal*.

Tabla 9

Habilidades personales del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas

		E1		E2		E3		E4		E5		Total	
CAT. 6	Cód.	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AUMA	2	18,18	1	20	1	12,5	0	0	1	20	5	16,66
	AUTA	1	9,09	1	20	1	12,5	0	0	1	20	4	13,33
	DEA	5	45,45	1	20	1	12,5	1	100	1	20	9	30
	CDPA	3	27,27	2	40	5	62,5	0	0	2	40	12	40
		11	100	5	100	8	100	1	100	5	100	30	100

En esta categoría, las *características de la personalidad del consumidor antes de iniciarse en el consumo* (CDPA) ha sido el tema más comentado, concretamente en un 40% del total de la categoría 6. En este código encontramos la abstención de una de las participantes por motivos de desconocimiento o desinformación.

Se muestran varias diferencias entre las características personales que vinculan las familiares como principales factores de riesgo frente al inicio en el consumo de drogas. El 75% de estas características las vinculan con el ámbito social y/o relacional.

“Ha sido una persona desde siempre, muy muy tímida, y creo que, a parte de otros factores, ha sido uno de los que le ha podido llevar al consumo.”

(E10, Sujeto 3, 19-20)

Así como factores relacionados con la introversión.

“Yo por lo mucho o poco que él me ha contado de su vida, siempre he pensado que ha sido un niño (...) sobre todo muy introvertido, muy tímido, que le ha costado relacionarse.”

(E10.2, Sujeto 3, 3-5)

O, en otros casos, la ocultación de una inseguridad bastante evidente.

“... se veía como un hombre así muy resuelto, que sabía hacer las cosas, que sabía lo que quería, que era capaz de solucionar problemas, parecía... Tenía una imagen de él, yo que sé, como un cuento de hadas podemos decir.”

(E7, Sujeto 1, 8-11)

“...que una cosa es lo que yo veía en ese momento y otra lo que yo he sabido y he visto lo que era, porque yo en ese momento pues lo veía muy fuerte, y después me di cuenta de que verdaderamente lo que era una persona muy débil.”

(E7, Sujeto 1, 50-53)

Además de la tendencia al aislamiento social y la falta de demostración de afecto.

“Pues su personalidad eso, no era muy cariñoso, era... no le gustaba mucho salir a lo mejor con mi familia, le gustaba más salir sólo con nosotras y ya está. No le gustaba mucho relacionarse, a no ser que fuera con sus amigos, a parte, él sólo.”

(E6, Sujeto 2, 8-11)

Incluyendo algunos factores también importantes a destacar.

“Pues era una persona, yo que sé, normal, alegre, y... un poquito caprichoso, que le... se le antojaba una moto, le compraban una moto, se le... el coche, pues el coche, y... y ya está.”

(E9, Sujeto 5, 4-6)

En cuanto al código referido a *la toma de decisiones del consumidor antes de iniciarse en el consumo* (DEA), un 80% de las participantes coinciden en que sus familiares consumidores no sabían tomar decisiones antes de iniciar el consumo. Destacan opiniones en algunas de ellas ante esta negativa a tomar decisiones en solitario por motivos de inseguridad.

“Él era un poco inseguro en ese aspecto, y siempre pues preguntaba a mi madre, a nosotras y demás.”

(E6, Sujeto 2, 24-25)

“... él siempre conmigo contaba para todo, y hasta para ponerse la ropa “Loli, ponme la ropa”. Yo no sé si es por... “qué ropa me pongo”, todo, todo siempre me preguntaba a mí.” para todo.”

(E9, Sujeto 5, 18-20)

Además de una clara influencia de la familia ante la falta de aprendizaje de esta habilidad.

“...la familia que él tenía, pues era una familia que le marcaba mucho los tiempos. Él no tomaba decisiones, no tenía que tomarlas, (...) Los padres, sobre todo el padre, le marcaba mucho lo que él hacía.”

(E7, Sujeto 1, 26-29)

Sólo un 20% de las participantes aseguran que sus familiares consumidores tomaba decisiones en solitario.

“Sí, él sí, sí, él si tomaba decisiones, sus propias decisiones.” (E8, Sujeto 4, 24)

El tercer código más comentado de esta categoría se ha referido a *la autoestima del consumidor antes de iniciarse en el consumo* (AUTA). Con la abstención de una de las participantes y las dudas con respecto a otra de ellas, podemos comentar que el 100% de las participantes que han comentado sobre la autoestima de los consumidores lo han hecho de forma desfavorable.

“Yo por lo mucho o poco que él me ha contado de su vida, siempre he pensado que ha sido un niño con baja autoestima...”

(E10.2, Sujeto 3, 3-4)

“Pues yo creo más bien mala, más bien mala que buena. (...) Pues porque, hombre yo lo he visto siempre que solía encerrarse en su cuarto y no hacer nada. A lo mejor se levantaba un rato para estar en el salón viendo la tele, pero se volvía a encerrar en el cuarto a dormir. Y todo el tiempo así, entonces por eso lo pienso.”

(E6, Sujeto 2, 13-18)

Aunque algunos de ellos intentaran demostrar lo contrario.

“Daba esa impresión, de que... de que podía con todo (...) Después, a lo largo de los años, me he dado cuenta de que... de que no. De que él no... yo creo que nunca se ha sentido fuerte, pero era la imagen que daba.”

(E7, Sujeto 1, 13-16)

El código menos comentado de la categoría ha sido el de *autoconocimiento del consumidor antes de iniciarse en el consumo* (AUMA) con un porcentaje de 13,33%. Teniendo en cuenta la abstención de una de las participantes, las cuatro restantes piensan que sus familiares no se conocían a sí mismos, teniendo un 50% de ellas dudas sobre esta afirmación. Dos de ellas, (50%) sin embargo, lo niegan rotundamente y sin lugar a dudas.

“Mi percepción es que hoy día todavía no se conoce bien ni... ni sabe sus límites.”

(E10.2, Sujeto 3, 9-10)

“No, él nunca, nunca pensó que, por ejemplo, lo que es las drogas y todo eso fuera un problema para él. Él se creía que “ahh esto cuando yo quiera, esto lo dejo cuando quiera, yo esto...” Y... vamos (...) Él yo creo que lo creía, él lo creía, pero no sabía sus limitaciones.”

(E7, Sujeto 1, 18-22)

En mayor medida que en la categoría anterior, se han comentado *habilidades personales del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas* (Tabla 10). En general se ha dedicado a esta categoría un 15,58% del total de las entrevistas de esta dimensión, conformando así el segundo código más mencionado de la *dimensión personal*.

Tabla 10

Habilidades personales del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas

CAT. 7	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AUMD	1	9,09	0	0	1	11,11	1	14,28	0	0	3	8,33%
	AUTD	2	18,18	1	16,66	3	33,33	1	14,28	0	0	7	19,44
	DED	2	18,18	3	50	1	11,11	2	28,57	1	33,33	9	25
	CDPD	6	54,54	2	33,33	4	44,44	3	42,85	2	66,66	17	47,22
		11	100	6	100	9	100	7	100	3	100	36	100

El código más mencionado conforma *las características de la personalidad del consumidor durante el consumo* (CDPD) con un 47,22% del total de esta categoría. Comprobamos a lo largo de las entrevistas actitudes y comportamientos muy semejantes entre sí independientemente del consumidor al que hagamos referencia.

En el 100% de las entrevistas se hace alusión al mal comportamiento del consumidor con respecto a sus familiares durante el periodo de consumo habitual.

“Mientras consumía, pues ahí había días y días, de todo. Pero... bueno, por lo general no muy bien. Dependiendo en la fase de consumo porque normalmente cuando (...) tienes una cerveza que cuando tienes 20, a cuando te has metido 1 gramo a cuando te has metido ya... Entonces, el estado ya de la persona varía, conforme va aumentando, el trato va siendo peor.”

(E10.4, Sujeto 3, 36-42)

Además de cambios de humor potenciados por una aparente agresividad y un aumento en la tendencia al aislamiento en el seno familiar.

“A ver, lo que cambió. Estaba siempre, todos los días pidiendo dinero, se enfadaba si no se le daba dinero, muchísimo. Después le entraba una ansiedad tremenda que se

llevaba todo el día comiendo, sin parar, y eso cambió también la relación con nosotros, siempre serio y sin muestras de cariño, sin interés en hacer nada con la familia, con mi madre también mal.”

(E6.2, Sujeto 2, 23-28)

“Distante, distante. Tenía dos vidas, su vida donde se divertía estaba en la calle, y en casa pues era lo que es... dormir, comer, ducharse. Se convirtió... la vida en casa era la vida de un hostel.”

(E7.3, Sujeto 1, 2-5)

Cabe mencionar como una de las principales características señaladas por el 100% de las participantes, la apariencia en cuanto al estado anímico habitual que reflejan sus familiares durante el periodo de consumo de drogas.

“Durante el consumo, eh... intranquila, una persona intranquila.”

(E8.2, Sujeto 4, 10)

“...estuvo serio, bueno estaba serio cuando se metió en las drogas pero que yo veía ya como nervioso, que nada más que quería eso...”

(E9.2, Sujeto 5, 32-33)

Este estado anímico se potencia a su vez en situaciones donde prescinden del consumo.

“...es verdad que si le faltaba pues se ponía bueno... pues se enfadaba, se ponía más nervioso...”

(E8.2, Sujeto 4, 57-58)

En cuanto al código relacionado con la *toma de decisiones del consumidor durante el consumo* (DED) se ha hallado un 25% del total de comentarios de la categoría 7. Cabe destacar que el 100% de las familiares consideran que no sabían tomar decisiones de forma independiente, incluso cuando anteriormente al consumo no mostraban problemas con respecto a ello.

“En eso sí, en eso noté un cambio.” (E8.2, Sujeto 4, 27)

Aquellos que no tomaban antes decisiones, siguieron la misma línea.

“Una vez que estaba consumiendo... Antes de consumir, las decisiones importantes las tomaba su padre, y cuando ya estaba ya... bueno consumiendo antes de estar

conmigo, seguía tomándolas su padre, y después cuando estuvo conmigo, las decisiones importantes las tomaba yo. Yo, es que yo ya ni le preguntaba. Yo hacía lo que quería y después a lo mejor se lo contaba.”

(E7.3, Sujeto 1, 47-51)

En cuanto a la *autoestima del consumidor durante el consumo* (AUTD), se ha obtenido un 19,44% de comentarios con respecto al total de esta categoría. Teniendo en cuenta la abstención de una de las participantes por desconocimiento en cuanto a ello, el 100% de las participantes restantes aseguran haber comprobado una baja autoestima en sus familiares durante el periodo de consumo.

“Muy baja, realmente muy baja.” (E10.3, Sujeto 3, 19)

Lo cual podría estar muy relacionado con un 20% de probabilidad en algunos consumidores por motivo de perspectiva de autoeficacia muy desfavorable.

“Hombre yo creo que empeoró, porque se veía que no era capaz de ser como los demás, digamos. De ser el padre idóneo.”

(E6.2, Sujeto 2, 34-35)

Aunque los propios consumidores evitaran manifestarlo.

“Es que la palabra autoestima es complicada, ya te digo de que ellos da la impresión de que sí, de que ellos piensan que se comen el mundo. Pero tú veías que no. Que va, el mundo se los come a ellos, totalmente.”

(E7.3, Sujeto 1, 21-31)

En una gran minoría, encontramos con un 8,33% del total de comentarios el código *autoconocimiento del consumidor durante el consumo* (AUMD). Cabe destacar que dos familiares se han abstenido de comentar sobre el autoconocimiento del consumidor por dudas con respecto a ello. El resto de participantes (100%) aseguran que sus familiares consumidores no se conocían a sí mismos durante el periodo de consumo.

“No, para nada, para nada.” (E10.3, Sujeto 3, 21)

“No, yo creo que no (...) Porque ahora cuando... ahora es cuando ha dejado de consumir es cuando realmente se, se... está conociendo.”

(E8.2, Sujeto 4, 18-21)

Haciendo hincapié en un 20%, sobre todo, en el desconocimiento sobre sus propios límites.

“Sus límites no, sus límites no. Yo creo que era una persona que no... cómo lo digo. Que pensaba que tenía que poder con todo porque él era un hombre y tenía que hacerlo, pero en definitiva era un niño pequeño al que había que marcarle todas las pautas...”

(E7.3, Sujeto 1, 33-36)

Los aspectos relacionados con *habilidades personales del consumidor tras la rehabilitación* (Tabla 11), con un 8,22% conforman la segunda categoría menos comentada en la *dimensión personal*, ya que únicamente un 40% de familiares de los participantes fueron rehabilitados en su totalidad. Por ello, contamos con la abstención de 2 participantes y las dudas de una tercera que hizo referencia a las habilidades personales que demostró su familiar durante una etapa de rehabilitación no finalizada.

Tabla 11
Habilidades personales del consumidor tras la rehabilitación

		E1		E2		E3		E4		E5		Total	
CAT. 8	Cód.	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AUMDE	0	0	0	0	2	22,22	2	25	0	0	4	21,05
	AUTDE	0	0	1	50	1	11,11	2	25	0	0	4	21,05
	DEDE	0	0	0	0	2	22,22	1	12,5	0	0	3	15,78
	CDPDE	0	0	1	50	4	44,44	3	37,5	0	0	8	42,1
		0	0	2	100	9	100	8	100	0	0	19	100

Para esta categoría, el código *características de la personalidad del consumidor tras ser rehabilitado* (CDPDE), cuenta con el mayor porcentaje (42,1%). Teniendo en cuenta la abstención de dos de las participantes en cuanto al tema que se refiere, el 100% de las restantes aseguran una gran mejora en las características de la personalidad tras la rehabilitación del consumo de drogas.

“Todavía está en tratamiento, todavía no está bien, todavía yo le noto cosas que tiene que seguir trabajando de su autoestima, de su personalidad, el ser comunicativo, el hablar eh... bueno, no ser algunas veces impulsivo tomando decisiones... todavía tiene que trabajar, pero si es verdad que ha habido un cambio, una evolución ha habido.”

(E10.6, Sujeto 3, 12-16)

Se destacan mejoras en cuanto a la actitud, la comunicación y la expresión de emociones.

“Pues el primer, los primeros cambios es la actitud, la actitud que mejoró bastante, más comprensivo, más tranquilo...”

(E8.3, Sujeto 4, 58-59)

“Hombre, sí, en que por lo menos sonreía y estaba contento, es que eso hace mucho.”

(E6.5, Sujeto 2, 13-14)

Encontramos con un 21,05% de comentarios en la categoría 8 a los códigos siguientes: *autoconocimiento del consumidor tras ser rehabilitado* (AUMDE), la *autoestima del consumidor tras ser rehabilitado* (AUTDE). En cuanto al primero de ellos, encontramos la abstención de 3 de las participantes, por lo que únicamente contamos con dos experiencias con respecto a esta temática. Cabe destacar que el 50% de las participantes restantes comentan una clara evolución y aprendizaje del autoconocimiento.

“...ahora mismo está muy alta de autoestima, y eso lo ha generado el dejar de consumir y saber conocerse a sí mismo, saber afrontar los problemas ya porque él está... Es él, no es la adicción.”

(E8.4, Sujeto 4, 6-8)

El 50% restante hace alusión a un aprendizaje actual no completado.

“Se está conociendo, está en ese proceso.” (E10.5, Sujeto 3, 33)

Con respecto al segundo código *la autoestima del consumidor tras ser rehabilitado* (AUTDE) con un 21,05%, cabe mencionar que el 100% de las participantes que no se abstuvieron comentan una gran mejora en la autoestima de sus familiares tras la rehabilitación del consumo.

“Sí está más alto. No digo que tenga la autoestima todavía todo lo que hay que trabajarla, pero sí está... porque tiene ahora ya otra visión y otra idea...”

(E10.5, Sujeto 3, 28-29)

“...ahora mismo está muy alto de autoestima, y eso lo ha generado el dejar de consumir...”

(E8.4, Sujeto 4, 6)

Estas mejoras en la autoestima se perciben incluso al comienzo de la rehabilitación.

“Hombre, en un principio cuando él veía que no consumía, que llevaba a lo mejor una o dos semanas sin consumir, se veía bien, se veía fuerte...”

(E6.4, Sujeto 2, 18-19)

Encontramos con un 15,78% con respecto al total de la categoría 8, el código *toma de decisiones del consumidor tras ser rehabilitado* (DEDE) conformando el código con menores comentarios de toda la categoría. En la Tabla 10 podemos comprobar la abstención de tres de las participantes, por lo que únicamente encontramos comentarios de las dos familiares de consumidores restantes. Con ello, encontramos un 100% de participantes que aseguran una mejora en la toma de decisiones de su familiar tras la rehabilitación del consumo.

“Sabe tomarlas claro, antes siempre era yo la que decidía, la que... Porque él no echaba cuenta, él no echaba cuenta. Siempre yo lo he llevado todo para adelante, ahora no, ahora él también.”

(E8.4, Sujeto 4, 9-11)

Aunque un 50% de ellas señala una mejora no tan clara.

“Eh... le va costando un poquito menos, pero todavía hay... todavía le queda un buen trabajo por hacer.”

(E10.5, Sujeto 3, 36-37)

5.2. Dimensión familiar

La *Dimensión Familiar* engloba las diez categorías, ocupando el 64,62% de los contenidos del análisis total de las entrevistas, por lo que en esta dimensión encontramos el núcleo de respuestas predominantes del análisis.

El *impacto que supone el consumo de drogas en la familia* (Tabla 12), ocupa el 19% del total de la *dimensión familiar*.

Tabla 12
Impacto que supone el consumo de drogas en la familia

CAT. 9	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	IF	9	47,36	20	83,33	11	47,82	10	76,92	9	52,94	59	61,45
	IE	10	52,63	4	16,66	12	52,17	3	23,07	8	47,05	37	38,54
		19	100	24	100	23	100	13	100	17	100	96	100

La *influencia de la droga en la familia* (IF) se corresponde con el código más utilizado en esta categoría, además de serlo también a lo largo de la *dimensión familiar* y del total de las tres dimensiones que completan el análisis de la investigación. Con ello, se podría afirmar que la drogodependencia impacta de una forma muy considerable en la familia, encontrando afirmaciones que lo corroboran de forma clara.

“...normalmente el acompañante se suele decir que está más enfermo que el propio consumidor, porque ha padecido todas las consecuencias del consumo, así que sí que tenemos mucha carencia y la autoestima bastante baja, porque hemos padecido mucho maltrato psicológico, por así decirlo, entre otros.”

(E3.2, Sujeto 3, 42-46)

Ya no sólo en la familia en sí, sino en todos los ámbitos que constituyen el entorno familiar.

“Hombre, yo he aguantado... ¿Cómo influyó el que bebiera? Yo sabía que bebía, lo que pasa que hasta que no pasa el tiempo y los problemas van a más, es cuando ya influye negativamente en la persona, en la relación, en la familia... Negativamente en todo vamos, en la economía...”

(E3, Sujeto 3, 14-17)

Incluso en una nuevo reparto y asimilación de roles intrafamiliares.

“...yo actuaba como madre, riéndole, y quitándole... Haciendo que no cogiera dinero, y controlándolo. Mi vida ya te digo, pasó a ser la de una madre. Yo lo que hacía más que nada era controlar, yo contaba el dinero. Yo iba a comprar y contaba el dinero que me quedaba, por si me daba las vueltas y me cogía algo, saber lo que me había cogido, saber lo que... Y así me he llevado años, años controlándolo siempre, para tener cierta idea de que ¿falta dinero?, a ver lo que está haciendo, ¿habrá sido sólo alcohol? A ver... Y mi vida ya fue así.”

(E7.3, Sujeto 1, 8-16)

“Pues influyó bastante, porque nos convertimos tanto yo como mi hermana ya... como si fuéramos, en vez de hijas, madres, porque teníamos como que cuidarlo, estar pendientes a él...”

(E2, Sujeto 2, 14-16)

Unido todo ello a los malos comportamientos, destacando las discusiones, las decepciones y el constante control familiar ejercido como consecuencia del consumo continuado de drogas.

“Muy mal, muchas peleas y queriendo que se curara, pero él no hacía mucho por curarse.”

(E5, Sujeto 5, 22-23)

“...mentía en algunas cosas, porque no sé, a lo mejor en el tema del dinero ¿no?, pues en vez de decirme “pues me he tomado dos cervezas”, no, se había tomado ya 4 o 5.”

(E8, Sujeto 4, 73-75)

“...pues muchas peleas, porque mi padre lo seguía siempre mucho porque sabía ya lo que había y cada vez que salía como se diera cuenta lo seguía con el coche y... y veía que se había ido ¿no? Y que a lo mejor en el coche montaba a algunas personas que también consumían, y mi padre pues después cuando venía a casa venía malo de lo que había visto, de que había visto que montaba en el coche a personas que consumían para ir a comprar y... y cuando venía pues la pelea todos los días, todos los días la pelea. Mi padre ha llegado a pegarle a él, pero mi hermano nunca le ha hecho nada a mi padre, se quedaba quieto.”

(E9.3, Sujeto 4, 13-21)

Por otro lado, se menciona la gran dependencia que tienen que soportar las familiares con respecto a los consumidores y la carga de responsabilidad que esto les supone.

“No sabía ni sacar dinero del cajero, porque es que yo me encargaba de todo.”

(E7.3, Sujeto 1, 73-74)

“Era y es muy muy dependiente, totalmente. Es que sin mí, eso ya me lo han dicho en las terapias, que siempre el acompañante es el 50% de la rehabilitación, y si yo no lo llevo de la mano él no estaría donde está ahora mismo.”

(E10.3, Sujeto 3, 24-17)

“...siempre que él viera que mi madre le apoyaba, él estaba mejor. Una vez que vio que no, pues ya (...) necesitaba el apoyo de la familia, y en especial, el de mi madre. Porque si no se sentía como si su vida no tenía sentido, y no quería continuar, no tenía voluntad.”

(E6.4, Sujeto 2, 43-48)

El impacto del consumo de drogas en la familia también influye de forma muy negativa en el bienestar emocional de los familiares.

“Pues impactó en ansiedad por todos los miembros, muchísima ansiedad, tristeza, culpabilidad. Todo lo malo que te puedes imaginar.”

(E6.3, Sujeto 2, 49-50)

“Te vas dando cuenta poco a poco. Lo que ya llega un punto en el que eres tú ya la primera en que te das cuenta de que sí que tiene un problema, que no es un consumo controlado y que ya es un verdadero problema. Entonces, te sientes mal porque lo difícil ahora es hacérselo ver a él.”

(E3, Sujeto 3, 21-24)

Pues el bienestar familiar pasa a depender de la rehabilitación o la continuación del consumo de la otra persona.

“...el querer curarlo, pero la impotencia de que, que, que no se curaba y mucha pena y, y, y... eso, de querer curarlo y ver que no se cura, y no se cura, y la impotencia esa tan mala.”

(E9.4, Sujeto 5, 23-25)

“...fatal, porque me sentí impotente al no poder ayudar más de lo que ayudaba, quería que se recuperara y veía que no era posible, no le veía mucha voluntad, y eso pues nos ha acarreado problemas emocionales, ansiedad y muchas cosas.”

(E2, Sujeto 2, 19-21)

Este malestar creado en el entorno familiar, en la mayoría de los casos, termina siendo un incentivo para que el consumidor busque el cambio y la rehabilitación. En su mayoría estos cambios son originados por un ultimátum familiar.

“La buscó él cuando yo ya no podía más y yo ya intenté ayudarlo por mis propios medios y apoyándolo siempre y ya no pude más. Ya cuando toqué yo fondo, tocó él, entonces se dio cuenta de que o buscaba ayuda o lo perdía todo.”

(E3.2, Sujeto 3, 10-12)

“...una vez que empezó en Proyecto Hombre, que él lo estaba pasando mal porque no quería estar allí realmente, aunque lo intentaba por nosotras, él no tenía voluntad.”

(E6.2, Sujeto 2, 41-43)

“...el cambio pudo venir cuando yo ya toqué fondo y hubo ya un ultimátum. Y el cambio claro, era que ya lo tenía todo perdido, o sea, se ponía... o abría los ojos y se ponía ya en tratamiento, en ayuda profesional o algo, o verdaderamente ya me perdía a mí que era lo que le quedaba, porque es que ya su vida ya se la había complicado tanto que ya había perdido todo.”

(E10.2, Sujeto 3, 44-48)

En ocasiones, con decisiones en las que los familiares terminan abandonando al consumidor por la preferencia del consumo a la familia.

“...cuando estaba mejor, hubo un principio en que con mi madre estaba mejor, lo que pasa que como siempre volvía a recaer, o dejaba el centro, pues ya mi madre un día se hartó y no quiso saber nada más. Con nosotras cuando estaba mejor, pues también estábamos bien, estábamos pendiente de él, hacíamos cosas con él para que se distrajera, salíamos, pero ya llegó un momento en el que ya decidió dejar el centro, nos hartamos también nosotras, porque nos estaba afectando a nivel emocional

muchísimo y tuvimos que dejar que se diera cuenta por él solo de lo que estaba pasando.”

(E6.4, Sujeto 2, 51-58)

El código *influencia del entorno ante el consumo de drogas* (IE), aunque en minoría con respecto al anterior, cuenta con una frecuencia de 37 del total y porcentaje de 38,54% en cuanto a la categoría 9, por lo que ha sido un tema muy comentado a lo largo de las entrevistas. En este código predomina la temática relacionada con las críticas a los familiares de drogodependientes por pertenecer a la misma familia que un consumidor.

“No, hombre si la gente habla tampoco te lo van a decir a ti. Hablan a lo mejor por detrás algo, pero vamos, no he notado yo.”

(E5, Sujeto 5, 32-33)

Cabe destacar que el 100% de las personas entrevistadas aseguran no haber recibido un trato diferente por ser familiar de un consumidor.

“No, nunca.” (E4, Sujeto 4, 24)

“No, la verdad es que no. Yo creo que, en cierta manera, por la gente siempre me he sentido querida, no he visto rechazo en mí.”

(E1, Sujeto 1, 42-43)

Sin embargo, piensan que en su ausencia las personas del entorno comentan sobre ello, lo cual les genera rabia en algunas ocasiones.

“Directamente no, pero sé que hablaban mucho el pueblo, comentarios y eso que, aunque te den igual... Hombre, cuando ves al mundo, a todo el pueblo alcahueteando sí que te da un poco de coraje.”

(E2, Sujeto 2, 40-42)

Aunque esto no les ha afectado lo suficiente como para dejar el tratamiento.

“Yo soy consciente de que la gente habla, y puede.... claro que juzgan y tienen sus opiniones, pero en ningún momento me he sentido mal. No me he sentido mal porque sabía que estaba haciendo lo correcto y para mí era un logro y era de mérito ir a este tipo de terapias y poder reconstruir la vida de él y la mía, la de los dos. Así que, aunque soy consciente de que la gente habrá murmurado y habrá hablado, yo me he sentido siempre bien. No me ha empequeñecido la opinión de la gente.”

(E3, Sujeto 3, 53-39)

La categoría 10 corresponde con *la ayuda proporcionada por la familia al consumidor* (Tabla 13), ocupando el 14,85% del total de la *dimensión familiar*.

Tabla 13
Ayuda proporcionada por la familia al consumidor

CAT. 10	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AF	12	80	15	93,75	9	39,13	2	18,18	7	70	45	60
	RAF	2	13,33	1	6,25	5	21,73	4	36,36	0	0	12	16
	SA	1	6,66	0	0	9	39,13	5	45,45	3	30	18	24
		15	100	16	100	23	100	11	100	10	100	75	100

La *ayuda familiar al consumidor* (AF) se corresponde con el código más utilizado en esta categoría con un 60% del total. Este código, junto con el de *conclusiones que han sacado los familiares de los consumidores tras la vivencia del consumo continuado de drogas* (EV) es el segundo más utilizado a lo largo de la *dimensión familiar*, además de serlo también del total de las tres dimensiones que completan el análisis de la investigación. Con ello, se podría afirmar que la ayuda familiar ha sido un tema muy destacado a lo largo de las entrevistas realizadas.

Esta continua ayuda ha sido promovida por el deseo de recuperación de los familiares consumidores.

“...lo que quieres es ayudarlo y que se quite de las drogas.” (E5, Sujeto 5, 17-18)

El 100% de las personas entrevistadas aseguran haber proporcionado ayuda a su familiar drogodependiente de forma constante.

“Él cuando se sentía mal, pues siempre se apoyaba en mí...” (E1, Sujeto 1, 19)

“...me daba mucha pena y... intentamos ayudarlo siempre...” (E9.2, Sujeto 5, 25)

“Hombre, su familia antes de que estuviera conmigo pues sí, lo llevaban a centros, lo llevaban a todos lados, intentando ayudarlo en la medida en que ellos sabían. Después cuando estaba aquí ya conmigo, pues la única que lo sabía era yo, y trataba lo mismo, de controlarlo, de hacer... yo que sé. Lo que podía y lo que entendía que tenía que hacer...”

(E7.4, Sujeto 1, 15-20)

Tanto antes de entrar en terapia para la rehabilitación.

“Hombre, yo creo que el apoyo familiar es fundamental, más que nada, si nosotros no hubiésemos insistido a que fuera para allá, él no hubiese dado el primer paso.”
(E2, Sujeto 2, 59-61)

“Pues intentar de curarlo, de llevarlo a centros y no...” (E9.3, Sujeto 5, 42)

Como durante el proceso.

“...estábamos pendiente de él, hacíamos cosas con él para que se distrajera, salíamos...”
(E6.4, Sujeto 2, 54-55)

“...asistencia a las terapias semanales, el compartir conmigo todo, cualquier inquietud, cualquier malestar, si le apetece beber, si se encuentra mal, decaído...”
(E3.2, Sujeto 3, 3-5)

“...estando pendiente de que cumpliera con las normas que le establecía el centro y apoyando cuando fuera necesario.”
(E2.2, Sujeto 2, 7-8)

Además de en las recaídas.

“... siempre ayudando, intentando... sabía el problema que era, la dependencia que existía y que no podía controlarlo. Entonces, siempre que me daba cuenta de que empezaba otra vez, era el estar constantemente ahí para que lo dejara, para intentar sacarlo.”
(E1, Sujeto 1, 13-16)

“Empezaba otra vez, otra vez, otra vez, hasta que se volvía a enganchar. Él no, no se daba ni cuenta de que no podía con eso. Él no... no le daba la importancia que tenía, hasta que no estaba mal y entonces pues pedía... bueno pedía ayuda, estaba todo el mundo ahí para sacarlo, y se le ayudaba en todo lo que se podía para sacarlo de ahí, salía y... Yo creo que, en poco tiempo (...) estaba otra vez enganchado.”
(E7.2, Sujeto 1, 57-63)

El 100% de las participantes aseguran la necesidad de que los familiares intervengan en el proceso de rehabilitación del consumo de drogas por motivos de éxito.

“...es que cuesta mucho trabajo que se curen, si no tuviera el apoyo de su familia, pues menos todavía vamos.”

(E5, Sujeto 5, 56-57)

Además de reconocerlo como una pieza muy importante en el proceso.

“...si te digo, lo que creo es que la rehabilitación de un enfermo, en parte es su propia voluntad y el otro 50% es el apoyo de la familia, totalmente.”

(E3.2, Sujeto 3, 15-17)

“Me sentía, a lo mejor lo que es su pilar y su fuerza para poderlo sacar.”

(E1, Sujeto 1, 25-26)

Aunque en ocasiones se vea como necesario contener la ayuda familiar como última estrategia de ayuda.

“Es muy importante que tengan ayuda de la familia, pero es importante que sepan que la familia no va a estar siempre y que los puede perder, porque si siempre tienen ese apoyo, se ven respaldados (...) Pienso que deben de saber que lo van a perder todo para poder dar ese paso.”

(E1.2, Sujeto 1, 8-11)

“...nosotras decidimos irnos, porque él no quería volver al centro, porque si no, hubiésemos seguido apoyándole”

(E6.5, Sujeto 2, 7-8)

Ya que la recuperación en sí depende de los consumidores y no de la familia.

“Verdaderamente, la familia yo creo que tenemos poco que hacer. En el sentido de que, que ellos sepan que estamos ahí, que pueden contar con nosotros, pero que si siguen por ese camino no van a tener nada.”

(E1.2, Sujeto 1, 48-51)

Con respecto al segundo código más utilizado sobre la *satisfacción de ayuda por el propio familiar* (SA) encontramos un 24% del total comentado a lo largo de la categoría a pesar de la abstención de una de las participantes. En este código, el 100% de las participantes que han vivido la rehabilitación de sus familiares consumidores aseguran una gran satisfacción en su proceso de ayuda.

“...hoy día mi pareja es otro hombre y él no deja de agradecerme la ayuda (...) Entonces, me alegro mucho por él, porque ha arreglado su vida esté conmigo o no esté conmigo. Es otra persona, es libre, es una persona libre, no está esclava de ninguna sustancia tóxica y ahora mismo puede manejar su vida conmigo o sin mí.”
(E3.2, Sujeto 3, 53-58)

“Si, totalmente” (E4, Sujeto 4, 47)

“Su familia con él están muy contentos, porque están viendo una nueva persona y... y yo con respecto a él, yo estoy muy orgullosa de todo...”
(E10.6, Sujeto 3, 34-35)

“Pues ahora, la verdad que muy contenta.”(E8.3, Sujeto 4, 62)

Aunque un 50% de ellas hayan manifestado algunas carencias durante el proceso por motivos de desconocimiento o desinformación.

“...carencias llevamos todos los acompañantes, porque normalmente o son madres de hijos o somos compañeras de relación de pareja...”
(E3.2, Sujeto 3, 41-42)

Sin embargo, aquellas que no han vivido la rehabilitación de sus familiares no se sienten del todo satisfechas con su ayuda, en mayor o en menor medida.

“La que yo le di sí, pero siempre se te queda la cosa esa de que crees que no has hecho todo lo que tenías que hacer.”
(E5.2, Sujeto 5, 30-31)

“No, en el sentido de que la única ayuda que se podía prestar era tenerlo allí ingresado...”
(E1.2, Sujeto 1, 47-48)

En cuanto al código menos mencionado de la categoría 10, *resultados de la ayuda familiar* (RAF), se ha obtenido un 16% de comentarios con respecto al total. Añadimos a ello la abstención de una de las participantes. Cabe destacar que el 100% de las participantes están contentas con los resultados de su ayuda.

“Su familia con él están muy contentos, porque están viendo una nueva persona y... y yo con respecto a él, yo estoy muy orgullosa de todo, de todo, de toda la evolución que ha tenido y que espero que siga en esa línea y que no recaiga...”
(E10.6, Sujeto 3, 34-36)

“Sí, totalmente.” (E4, Sujeto 4, 47)

Ya que en ocasiones, se han dado incluso muestras de agradecimiento del propio consumidor.

“...todavía muchas veces me llora, pero de gratitud, dándome las gracias porque él mismo, él mismo tomando conciencia de todo lo que ha hecho y de todo lo que me ha hecho vivir. Se sorprende de cómo yo he tenido la capacidad de aguante de estar a su lado, él mismo admite que si él hubiese tenido que aguantar eso de alguien que no lo hubiera aguantado, así que la gratitud que me tiene es infinita.”

(E10.6, Sujeto 3, 27-32)

Los resultados de ayuda también se consideran positivos a pesar de las frecuentes recaídas en el consumo.

“Supongo que sí, pero en definitiva son ellos. Son ellos los que tienen que verlo. Nosotros podemos apoyarlo, pero eso no depende de nosotros, depende de ellos.”

(E1.2, Sujeto 1, 28-30)

La categoría 11 corresponde con la *ayuda ofrecida a familiares frente al proceso de rehabilitación* (Tabla 14), ocupando el 18,01% del total de la *dimensión familiar*. Esta categoría ha sido la segunda mayor comentada a lo largo de toda la *dimensión* a la que hacemos referencia.

Tabla 14

Ayuda ofrecida a familiares frente al proceso de rehabilitación

CAT. II	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AAF	5	29,41	6	46,15	13	50	11	55	7	46,66	42	46,15
	TF	8	47,05	5	38,46	11	42,3	8	40	5	33,33	37	40,65
	PTF	4	23,52	2	15,38	2	7,69	1	5	3	20	12	13,18
		17	100	13	100	26	100	20	200	15	100	91	100

Como se puede comprobar de forma visual en la Tabla 12, el código más utilizado en esta categoría ha sido el de *ayuda a familiares* (AAF) con un total de 46,15%. Cabe destacar que este código ha sido el cuarto más utilizado a lo largo de toda la *dimensión familiar* y del análisis total de todas las dimensiones en su conjunto. Cabe destacar que casi la mitad de las participantes, en concreto un 40% de ellas no han sentido apoyo por parte de sus familiares durante el proceso de rehabilitación.

“...verdaderamente he estado yo sola.” (E1, Sujeto 1, 39)

“...la familia al principio no te apoya tanto si no ve una conducta que haya una agresión física, que haya un maltrato verbal, no lo ve tanto.”
(E3, Sujeto 3, 26-32)

Mientras que el 60% restante si han sentido ayuda por parte de personas de su entorno, sobre todo de otros familiares con los que compartían la experiencia.

“Mis hijos, mi familia en general.” (E4, Sujeto 4, 18)

“Pues apoyo, pues... mi madre, mi pareja, mi familia, en definitiva. Aunque estuvieran peor que yo, o igual, pero siempre intentábamos apoyarnos mutuamente.”
(E2, Sujeto 2, 32-34)

“...la familia y... toda la familia queriendo ayudarlo y ya está.” (E5, Sujeto 5, 25)

Se ha comprobado un grado alto de satisfacción por la ayuda recibida de alguna asociación en la que participaron como familiares de pacientes.

“... los monitores, cuando ya fuimos a terapia, han sido los principales que nos han apoyado en todo. Hemos tenido unos monitores buenísimos, y después el grupo de la misma terapia son tu familia, son el verdadero apoyo.”
(E3, Sujeto 3, 35-38)

Aunque se destaca en alguna ocasión la escasa ayuda recibida por la asociación o administración.

“Ayudar... es que hay muy poca ayuda. Es que como él diga de no quererse curar o tenga pocas ganas de curar, es que, vemos que hay poca ayuda.”
(E5, Sujeto 5, 28-29)

“...lo he pasado súper mal y tampoco es que haya recibido mucha ayuda.”
(E2.2, Sujeto 2, 40-41)

La asistencia a terapia familiar (TF) engloba el 40,65% del total de la categoría 11. Un 60% de las familiares participantes han asistido a terapias paralelas e independientes a las de los consumidores.

“...yo iba a las reuniones que se realizaban allí con la familia, las terapias familiares, eso es a lo que iba yo, más que nada.”

(E2, Sujeto 2, 63-64)

“Bueno sí, en la de esta de Proyecto Hombre, sí. Que también había para familias, reuniones.”

(E5, Sujeto 5, 59-60)

Mientras que el 40% de familiares restantes no han asistido a terapias paralelas e independientes, sino conjuntas con sus familiares consumidores.

“Paralela no, siempre he ido a la terapia con él.” (E3.2, Sujeto 3, 19)

A lo largo de las entrevistas se destacan actividades que se trabajan en las terapias familiares.

“Hay un aspecto, un ámbito que es totalmente la reconstrucción de la pareja o de la familia.”

(E3.3, Sujeto 3, 3-4)

Dichas terapias están relacionadas también con la labor de la autoayuda.

“...cada familia hablaba de su propia experiencia y podías aprender cuál era la mejor forma de tratarlo, aunque si es verdad que cada drogodependiente lo vive de una forma distinta.”

(E2.2, Sujeto 2, 3-5)

Cabe destacar que se ha comentado a lo largo de este código la gran necesidad que sienten los familiares de ser ayudados por profesionales para sobrellevar la situación.

“Si es bajo el punto de vista de nosotros, yo creo que sí. Porque es que nadie nos dice que pensemos en nosotros. Llega un momento en el que nosotros no existimos, el enfermo sí. De acuerdo, hay que ayudarlo, hay que todo, pero es que no a cambio, o no bajo el precio de destruirnos a nosotros mismos. Y nos destruyen.”

(E1.2, Sujeto 1, 54-58)

“...porque al fin y al cabo los familiares son las personas que más sufren. Si quieren ayudar, por otro lado, tienen que hacer cosas que no les gusten por tal de que su familiar drogodependiente abra los ojos.”

(E2.2, Sujeto 2, 32-34)

Ya que en el 60% de las participantes no han encontrado en las asociaciones la ayuda que necesitaban.

“...siempre te preguntaba cómo estabas, se contaban las experiencias y se intentaba ayudar a saber cómo reaccionar ante lo que pasaba en las distintas familias. Pero si es cierto, pienso que se podría incidir más en este tema porque yo, por ejemplo, lo he pasado súper mal y tampoco es que haya recibido mucha ayuda.”

(E2.2, Sujeto 2, 37-41)

“Nada que no supiera yo ya o que no me hubiese dado cuenta a lo largo de los años.”

(E1.2, Sujeto 1, 42-43)

“Es que para que nos sintiéramos mejor, era tener que dejarlo a parte a él, si él no quiere curarse es lo único. Es la única solución que hay, es la que te dan, vamos.”

(E5.2, Sujeto 5, 45-47)

Pues, en ocasiones, las terapias familiares van dirigidas únicamente a la ayuda con respecto al consumidor.

“Las terapias que nosotros teníamos eran en relación a ellos. Para nosotros, verdaderamente no.”

(E1.2, Sujeto 1, 13-14)

Sin embargo, el 40% de las familiares restantes están contentas con la ayuda recibida por la asociación, ya que la ayuda se focalizó tanto en ellas como en el consumidor.

“Pues hombre, me ha servido a mí, a mí principalmente me ha enriquecido mucho. Me ha enseñado a cómo tratarlo a él y me ha enseñado también a cómo llevar mi vida. Yo he tenido un crecimiento personal bastante bueno. La autoestima... si, si, totalmente.”

(E3.2, Sujeto 3, 48-51)

“... las terapias a mí se me quedan a un nivel, que lo único que puedo es dar las gracias, la verdad que dimos con un buen lugar, unos buenos monitores y es admirable lo que se hace en este tipo de centros, porque es que no está pagado. Te cambian la vida.”

(E3.3, Sujeto 3, 14-17)

Cabe mencionar las creencias de mejoras que tienen las familiares de consumidores sobre las terapias dirigidas a las familias. Para ello nombran diversos aspectos que creen importantes a trabajar para proporcionar el bienestar familiar.

“Sobre todo, pienso yo, primero de la gestión de las emociones, sobre todo, la culpabilidad, porque siempre te acabas sintiendo culpable y nadie te habla sobre ello, aunque tú no tengas culpa.”

(E2.2, Sujeto 2, 44-46)

“Pues el hecho de que nos valoráramos a nosotros mismos. De que dijeran, vamos a ver, esta persona está enferma, necesita ayuda, pero vosotros seguís existiendo. Vosotros también necesitáis ayuda y tenéis que seguir adelante. Valora si te merece la pena y si no, sigue tú adelante, con tu vida.”

(E1.2, Sujeto 1, 54-57)

“Pues son todos los valores, el acercamiento, porque una persona cuando tiene este tipo de dependencia tiende a destruir, tiende a mentir mucho, tiende a no valorar lo que tiene y a culpabilizar mucho siempre a las otras personas de sus acciones. Entonces, en estas terapias, te enseñan mucho, sobre todo al enfermo, a cómo también tiene que valorar a su pareja, a cómo la tiene que tratar, a todo lo que ha hecho... A darle su lugar, a darse el propio suyo y a darle su lugar a su pareja, y eso, la verdad, es bastante enriquecedor.”

(E3.3, Sujeto 3, 6-12)

En una minoría teniendo en cuenta el porcentaje, encontramos el código *pautas de ayuda proporcionadas en la terapia familiar* (PTF) con un 13,18% del total de la categoría. Con estas pautas se pretende conseguir el objetivo de la reinserción.

“Si, se basaban básicamente en eso, en lo que teníamos que hacer en vistas de que ellos pudieran salir.”

(E1.2, Sujeto 1, 17-18)

La mayoría de pautas de ayuda que han seguido las participantes se centran en el control del cumplimiento de las normas impuestas por las asociaciones a los drogodependientes.

“Pues estando pendiente de que cumpliera con las normas que le establecía el centro y apoyando cuando fuera necesario.”

(E2.2, Sujeto 2, 7-8)

“Es que lo que nos decía era que... vamos a ver, cuando ha estado en Proyecto Hombre, que eso no lo he dicho, que es en lo último que ha estado, nos decía de que a ver, que tenía que cumplir las leyes que hay allí en Proyecto Hombre, y todo lo que.. Cuando él salía a la calle había que decir todo lo que él hacía mal, había que comentarlo allí...”

(E5.2, Sujeto 5, 2-6)

Además de la prohibición de la droga en el entorno y la demostración de una necesaria empatía para la evitación de recaídas.

“Pues primero no tener alcohol en casa y paciencia, comprensión.”

(E4, Sujeto 4, 45)

El 80% de las participantes confiesan haber seguido las pautas de ayuda impuestas por la asociación, aunque en ocasiones no estuvieran de acuerdo con algunas de ellas.

“...desconocía todo lo que podía hacer y hacía pues lo que el centro me decía que debía hacer, como que tenía que ser estricta, si me daba pena de que volviera al centro, ignorarlo un poco para que supiera la problemática que tenía, pues lo tenía que hacer. Por otra parte, me sentía mal por eso, porque te duele tener que ignorarlo y tener que hacer que vea la realidad de lo que está ocurriendo...”

(E2.2, Sujeto 2, 24-29)

“Pues no dejarlos solos, el ser duros con ellos, lo que es el amor duro. No hay que pensar demasiado en ellos en el sentido de pobrecito, de que no sufran...”

(E1.2, Sujeto 1, 20-21)

“...también algo de lo que no estoy muy de acuerdo también. Nos decía de que si él no se quería curar, que lo dejáramos, entonces, bueno, no se... Que lo dejáramos y te dice o se cura o se muere, ¿no? Y eso... No sé, vamos a ver yo por un lado estaba de acuerdo, pero por otro lado, cuando te pasa el caso ya es que te lías a pensar y es que ya no... Crees tú que no es así.”

(E5.2, Sujeto 5, 6-11)

“Seguía muchísimo todas las pautas, incluso muchas veces claro, cuando... No siempre entiendes todo y tienes tu propia idea y tú dices “yo esto no lo veo así” o “yo esto no lo veo malo” pero al final yo decía, bueno, si todo el mundo me lo está diciendo es por algo. Así que siempre me he guiado por el consejo de los monitores y del grupo.”

(E3.2, Sujeto 3, 31-35)

La categoría 12 corresponde con la *vida familiar del drogadicto antes de iniciarse en el consumo de drogas* (Tabla 15), ocupando el 7,32% del total de la *dimensión familiar*.

Tabla 15

Vida familiar del drogadicto antes de iniciarse en el consumo de drogas

CAT. 12	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	TOFA	1	10	3	33,33	2	33,33	2	33,33	1	16,66	9	24,32
	CFA	3	30	1	11,11	0	0	1	16,66	1	16,66	6	16,21
	VFA	5	50	4	44,44	3	50	0	0	2	33,33	14	37,83
	RFA	1	10	1	11,11	1	16,66	3	50	2	33,33	8	21,62
		10	100	9	100	6	100	6	100	6	100	37	100

El código referido a la *vida familiar del drogadicto antes de iniciar el consumo* (VFA) corresponde con el más comentado a lo largo de la categoría 12 con un 37,83% con respecto

al total. En ella encontramos la abstención de una de las participantes por desconocimiento o desinformación y se relatan las circunstancias de vida en el hogar antes del consumo. En general, se relatan situaciones muy diversas entre sí y poco coincidentes entre ellas.

El segundo código más utilizado con un 24,32% del total es el de *tiempo de ocio con la familia antes de iniciar el consumo* (TOFA). Cabe destacar que un 60% de participantes aseguran que el tiempo de ocio con la familia de sus familiares antes de ser consumidores era poco frecuente.

“...no era mucho de salir por ahí o hacer planes en familia, a veces salíamos, íbamos a comer, no sé.”

(E6, Sujeto 2, 5-6)

O incluso inexistente.

“Tiempo de ocio con la familia, creo que nada.” (E8, Sujeto 4, 30)

“No. La verdad es que no, el tiempo de paso.” (E7.2, Sujeto 1, 16)

El resto de participantes, es decir, un 40% de ellas afirman que sus familiares pasaban tiempo de ocio frecuente con su familia antes de iniciar el consumo.

“Sí, él sí, ha sido muy familiar siempre y sigue siéndolo.” (E10, Sujeto 3, 29)

En tercer lugar, encontramos con un 21,62% el código *relación familiar que existía antes de iniciar el consumo* (RFA). Comprobamos únicamente en un 20% las buenas relaciones en el seno familiar antes del inicio del consumo de drogas.

“Sí, él ha sido mucho de sus hermanos y de... y de sus padres, sobre todo de su padre, que a lo mejor era el que siempre estaba ausente por trabajo, y siempre hacía mucha fiesta cuando venía el fin de semana, que venía a casa, lo celebraba bastante porque estaba siempre fuera por trabajo.”

(E10, Sujeto 3, 14-17)

Sin embargo, en un 80% restante encontramos relaciones familiares casi inexistentes.

“...es que no mantenían ni relación...” (E8, Sujeto 4, 21)

“Pues con la única que se llevaba bien digamos, es con mi tía, porque con mi tío no tenía apenas relación, con mi abuela menos todavía, porque es que mi abuela es como que siempre le estaba reprochando cosas, siempre se centraba en mi tío y en mi tía, pero mi padre es como que lo tenía apartado.”

(E6, Sujeto 2, 43-46)

Con una desunión o desequilibrio evidente.

“Era una familia... no era unida, nunca ha sido una familia unida. Cada uno más o menos iba a lo suyo, la que mantenía más unida a la familia era su hermana. La madre también toda la vida trabajando, su papel... era una persona más bien... como lo digo... separada, no era una persona cariñosa. El padre sí, era mucho más cariñoso, pero con su hija, porque claro, en aquellos tiempos, un hombre no era cariñoso con otro hombre.”

(E7.2, Sujeto 1, 2-7)

También se destacan discusiones habituales en el seno de la familia.

“Su vida en general... Hombre su vida en la familia, hombre hemos tenido problemas porque mis padres siempre se han llevado mal y entonces pues había muchas peleas y entonces eso lo hemos sufrido yo y mi hermano...”

(E9, Sujeto 5, 33-35)

En una gran minoría y contando con la abstención de una de las participantes, el código *comunicación familiar antes de iniciar el consumo* (CFA) representa el 16,21% del total de la categoría 12. Con la abstención de una de las participantes, encontramos afirmaciones que corroboran una escasa comunicación entre los miembros de la familia en una amplia mayoría de casos, en concreto, en un 80% de ellos.

“Eh... las conversaciones típicas del trabajo, y él pues, es el trabajo o... y después pues salía por ahí. La verdad, no vi yo muchas conversaciones, a no ser que sean cosas muy triviales.”

(E7.2, Sujeto 1, 16-18)

“...es que no hablaban mucho, no...” (E8, Sujeto 4, 21-22)

Sin embargo, sólo una de las participantes asegura que existía comunicación entre los miembros de la familia.

“Sí, sí, bien.” (E9, Sujeto 5, 42)

La categoría 13 corresponde con la *vida familiar del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas* (Tabla 16) constituye el 11,68% de la *dimensión familiar*.

Tabla 16

Vida familiar del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas

CAT. 13	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	TOFD	1	6,25	4	23,52	1	12,5	1	12,5	1	9,09	8	13,55
	CFD	3	18,75	3	17,64	1	12,5	1	12,5	2	18,18	9	15,25
	VFD	7	43,75	8	47,05	3	37,5	1	12,5	5	45,45	24	40,67
	RFD	5	31,25	2	11,76	3	37,5	5	62,5	3	27,27	18	30,5
		16	100	17	100	8	100	8	100	11	100	59	100

El código que más destaca por su frecuencia en el discurso (40,67%) es el de *vida familiar del drogadicto durante consumo* (VFD). Cabe destacar que existen coincidencias en una relación y comunicación escasa, además del aislamiento en el seno familiar. Este código está muy relacionado con el de *rutina del consumidor durante el periodo de consumo* (RUD), ya que teniendo en cuenta la rutina comentada en categorías anteriores, la vida familiar es casi inexistente.

“Pues... calle, cama y sofá. No había más nada.” (E7.3, Sujeto 1,66)

“Claro, porque era trabajar, llegaba, bebía dos o tres cervezas, se acostaba, se levantaba, se iba al bar y llegaba y también se acostaba.”

(E8.3, Sujeto 4, 16-17)

La relación familiar que existía durante el consumo (RFD) es el segundo código más utilizado de esta categoría con un 30,5% del total. En general, el 100% de participantes aseguran una escasa relación del consumidor con respecto a los miembros de la familia durante el periodo de consumo.

“Con nosotros prácticamente lo mismo (...) porque era trabajar, llegaba, bebía dos o tres cervezas, se acostaba, se levantaba, se iba al bar y llegaba y también se acostaba. Es que tampoco, casi ni relación tampoco.”

(E8.3, Sujeto 4, 14-18)

“Distante, distante.” (E7.3, Sujeto 1, 3)

O incluso se comenta una mala relación.

“Es que él, la relación con su familia, sobre todo con su madre, no... no era buena. Entonces claro, me imagino que cuando él empezó a consumir fue a peor.”
(E8.3, Sujeto 4, 2-3)

“Pues hay había días y días, de todo. Pero... bueno, por lo general no muy bien.”
(E10.4, Sujeto 3, 37)

Con numerosos enfrentamientos.

“Con peleas siempre. Hombre, yo bien, lo que pasa que le reñía mucho también”.
(E9.3, Sujeto 5, 25)

Lo cual ha desembocado en algunas ocasiones en la decisión sobre la separación familiar.

“...cambió también la relación con nosotros, siempre serio y sin muestras de cariño, sin interés en hacer nada con la familia, con mi madre también mal. Acabó con la relación con mi madre porque mi madre se hartó de su comportamiento y mal también.”
(E6.2, Sujeto 2, 26-29)

La *comunicación familiar durante el consumo* (CFD) constituye el 15,25% de la categoría 13. En ella, encontramos una gran coincidencia en el 100% de las participantes, ya que todas aseguran una escasa comunicación del consumidor con respecto a la familia durante el periodo de consumo habitual.

“No, él la verdad que no contaba nada, él se callaba todo y no, era muy... lo guardaba todo para él.”
(E6.2, Sujeto 2, 38-39)

“...casi ni relación tampoco (...) ni comunicación.” (E8.3, Sujeto 4, 18-19)

“...a lo mejor cuando nos descuidábamos “¿y este dónde está, ya se ha ido?” No decía ni “me voy” ni nada, él hace pum y ya se ha ido.”
(E9.3, Sujeto 5, 3-4)

Se destacan conversaciones, en su mayoría, basadas en enfrentamientos y discusiones.

“Hombre, cuando consumía es que... conversación nula, aunque verdaderamente nunca hemos tenido mucha conversación. Y después es que no se le veía, si es que ya te digo, era el sofá viendo la tele, a la cama, casi todo el día acostado y protestando. Tenía que comer y protestando por la comida, tenía que... lo que sea, protestando”

(E7.4, Sujeto 1, 3-7)

“... pero ya cuando ya se casó, pues ya... estaba más independiente, ya claro, ya no... yo me enteraba a lo mejor de cosas que hacía y yo le reñía, yo siempre le he reñido, pero si lo llamaba por teléfono me colgaba, si le reñía cogía y me colgaba el teléfono que no... no quería saber nada, claro, yo me metía en sus cosas y él no quería, pero siempre le reñido, siempre.”

(E9.3, Sujeto 5, 28-33)

Se hace alusión a que bajo los efectos del consumo, la comunicación empeora de forma significativa.

“...mientras está bajo el consumo es el rey del mambo, no le digas nada porque no hay... no hay, razonamiento 0. A lo mejor, el día que lo coges... el día después de, o cuando ya se le ha pasado un poco el efecto y antes de que vuelva a consumir, ahí sí que puedes tú intentar de razonar”

(E10.3, Sujeto 3, 11-15)

En cuanto al *tiempo de ocio con la familia durante el consumo* (TOFD), se ha comentado con un porcentaje mucho menor que en los códigos anteriores, en concreto, tan sólo un 13,55% de esta categoría ha ido dirigido a ello. Cabe resaltar que el 100% de las participantes coinciden en que durante el consumo, los consumidores no pasan tiempo libre con su familia.

“...sin interés en hacer nada con la familia” (E6.2, Sujeto 2, 27-28)

“No, no, no, no. (...) mucho tiempo con su familia no ha pasado.”

(E8.3, Sujeto 4, 8-9)

“La vida fue lejana con su familia (...) Realmente no, porque cuando estaba aquí estaba viendo la tele o acostado.”

(E7.4, Sujeto 1, 11-13)

Se demuestran algunos esfuerzos por parte del consumidor por pasar tiempo con la familia a pesar de que no le fuera apetecible.

“Él de quedarse en casa y... y entonces pues a lo mejor salía a algún sitio a una procesión o algo. Salía una hora y... o dos horas y estaba ya deseando irse para casa o, o ir a tomarse una cerveza y... como que no estaba a gusto.”

(E9.3, sujeto 5, 35-38)

Y en ocasiones, se han originado discusiones para que sea incuestionable esta negación al ocio familiar.

“Relativo. Si eran días a lo mejor convencionales, puede que sí, pero si eran días de fiesta, patronales en el pueblo, ahí es que buscaba la pelea días antes, para esos días de fiesta estar a su aire y no... y no tener... que yo no estuviera molestándole ni diciéndole deja ya de consumir o deja de... Entonces, suelen provocar la bronca por cualquier tontería en la convivencia días antes para esos días ya tener la excusa de “como no te hablo, ni salgo contigo ni te cojo el teléfono ni... y me puedo pegar yo la fiesta...” (...) Tener vía libre para consumir todo lo que quiera sin ser molestado.”

(E10.4, Sujeto 3, 44-52)

Los aspectos relacionados con la *vida familiar del consumidor tras ser rehabilitado* (Tabla 17), con un 6,53% conforman la categoría 14 ubicada en la *dimensión familia*. En ella, únicamente un 40% de familiares de los participantes fueron rehabilitados en su totalidad. Por ello, contamos con la abstención de dos participantes y las dudas de una tercera que hizo referencia a la vida familiar que tuvo durante una etapa de rehabilitación prolongada aunque no finalizada.

Tabla 17
Vida familiar del consumidor después de ser rehabilitado

	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CAT. 14	TOFDE	0	0	3	15,78	2	100	2	16,66	0	0	7	21,21
	CFDE	0	0	2	10,52	0	0	1	8,33	0	0	3	9,09
	VFDE	0	0	11	57,89	0	0	5	41,66	0	0	16	48,48
	RFDE	0	0	3	15,78	0	0	4	33,33	0	0	7	21,21
		0	0	19	100	2	100	12	100	0	0	33	100

El código mayormente comentado ha sido el de *vida familiar del consumidor tras la rehabilitación* (VFDE) con un 48,48% del total de la categoría 14. Contando con la abstención de la mayoría de participantes, el 100% de las participantes restantes comentan un nuevo estilo de vida en el núcleo familiar. Este nuevo estilo de vida está muy relacionado con los códigos de *tiempo de ocio con la familia tras la rehabilitación* (TOFDE) y *relación familiar tras la rehabilitación* (RFDE), los cuales serán comentados posteriormente.

“Ahora sí, ahora es eso, estar con la familia y pasarlo bien y estar bien.”
(E8.4, Sujeto 4, 48)

Promovido por actitudes muy diferenciadas a las anteriores cuando consumían.

“...los buenos momentos que recuerdo, que son pues, las veces que salíamos, que hacíamos, a lo mejor salíamos de fiesta a comer, no sé, que estaba alegre, se veía en casa haciendo bromas. Es lo que te puedo decir.”
(E6.4, Sujeto 2, 4-6)

Los siguientes códigos más comentados coinciden en su porcentaje, pues tanto *tiempo de ocio con la familia tras la rehabilitación* (TOFDE) como *relación familiar que existe tras la rehabilitación* (RFDE) cuentan con un 21,21% del total de la categoría 14. En cuanto al primero de ellos y teniendo en cuenta la abstención de dos de las familiares, encontramos coincidencias en el 100% de los casos en que el tiempo de ocio familiar aumenta tras la rehabilitación.

“Si, bueno la verdad es que el trabajo lo tiene muy consumido y... y a él también le gusta su tiempo de ocio y su espacio pero bueno, si tiene que pasar con nosotros sí.”
(E10.6, Sujeto 3, 43-45)

E incluso puede llegar a ser mucho más frecuente.

“...querer siempre hacer cosas, de ir, de salir y disfrutar de su familia, estar todo el tiempo que pueda con su familia, y en su trabajo, en casa tranquilo, salimos si tenemos que salir a tomar café o a tomar algo, cenar, comer, cualquier viaje, lo que sea, pero ahora está bastante bien.”
(E8.4, Sujeto 4, 24-27)

En cuanto a la *relación familiar que existe tras la rehabilitación* (RFDE), encontramos la abstención de la mayoría de participantes, por lo que únicamente contamos con dos experiencias de relaciones familiares post-rehabilitación. En el 100% de ellas, se puede comprobar que las relaciones intrafamiliares mejoran de forma considerable.

“Pues claro...” (E6.4, Sujeto 2, 51)

“Sí, totalmente, como de la noche al día. Antes él no... no sabía nada ni de sus hijos, ni de mí, nada. Él estaba en su mundo y ya está, ahora no, ahora él está pues en todo.”

Está en los estudios del hijo, en los problemas del otro, en fin, que el día a día de la familia y sabe lo que hay, lo que no hay. Antes no.”

(E8.4, Sujeto 4, 36-39)

En una minoría encontramos el código que trata sobre la *comunicación familiar tras la rehabilitación* (CFDE) con un 9,09% del total de la categoría comentada. Con la abstención de tres de las participantes, cabe destacar el aumento de la comunicación intrafamiliar tras la rehabilitación del consumo de drogas. Estas pueden comprobarse en anotaciones anteriormente comentadas en esta misma categoría.

“...los buenos momentos que recuerdo, que son pues, las veces que salíamos, que hacíamos, a lo mejor salíamos de fiesta a comer, no sé, que estaba alegre, se veía en casa haciendo bromas. Es lo que te puedo decir.”

(E6.4, Sujeto 2, 4-6)

“Sí, totalmente, como de la noche al día. Antes él no... no sabía nada ni de sus hijos, ni de mí, nada. Él estaba en su mundo y ya está, ahora no, ahora él está pues en todo. Está en los estudios del hijo, en los problemas del otro, en fin, que el día a día de la familia y sabe lo que hay, lo que no hay. Antes no.”

(E8.4, Sujeto 4, 36-39)

La categoría 15 corresponde con la *actitud que poseía la familia ante la droga antes de que el consumidor iniciara el consumo* de drogas (Tabla 18). Esta constituye el 1,78% del total de categorías de esta dimensión y conforma la segunda categoría menos comentada de la *dimensión familiar*.

Tabla 18

Actitud que poseía la familia ante la droga antes de que el consumidor iniciara el consumo de drogas

CAT. 15	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AFDA	1	50	1	100	2	66,66	1	50	1	100	6	66,66
	CDFA	1	50	0	0	1	33,33	1	50	0	0	3	33,33
		2	100	1	100	3	100	2	100	1	100	9	100

En la Tabla 18 podemos comprobar de forma visual que el código *actitud de la familia ante la droga antes de que el consumidor iniciara el consumo* (AFDA) ha sido el más comentado con un 66,66% con respecto al total de dicha categoría. Cabe resaltar que sólo en uno de los casos se manifiesta una actitud positiva de los familiares con respecto al consumo, mientras que en las demás se manifiestan actitudes con tendencias negativas.

“Mala, eso no lo veían bien.” (E8, Sujeto 4, 25)

Encontramos coincidencias ante el desconocimiento de la droga por parte de los familiares.

“Pues no, yo creo que nunca le hablaron de eso y yo creo que tampoco sabían mucho”

(E6, Sujeto 2, 50-51)

“Uy, es que cuando él... es que la droga se conocía poca cuando... ya la edad de nosotros, de nuestra juventud... bueno, ya cuando tenía unos 15 años, eso, lo que conocíamos era el porro es, es lo que... y poco vamos.”

(E9, Sujeto 5, 46-48)

Lo cual incide muy a menudo en una prevención basada en la prohibición del consumo.

“Yo creo que no, cuando él empezó, todo esto era nuevo, no se conocía, y cuando empezaron a surgir los problemas, para los padres, la droga era una vergüenza, eh... la droga es delincuencia, la droga... todo eso. Aunque intentaron e hicieron porque su hijo no estuviera metido ahí, pero lo único es “no lo hagas” y ya está. No sabían hacer otra cosa.”

(E7.2, Sujeto 1, 10-14)

Cabe destacar que en entornos donde los miembros de la unidad familiar son consumidores, la actitud hacia el consumo de sus drogas habituales no es negativa. Por el contrario, la actitud ante otro tipo de drogas no consumidas por ellos sí tiende a serlo.

“La visión es que para ellos es totalmente normal. El tema de la droga no, pero allí el beber es... está a la orden del día. Está tan normalizado para todos, tanto para hombres como mujeres, como los más ancianos, como los más jóvenes, es que forma parte de su cultura del día a día, entonces yo... el tiempo que he podido compartir con ellos cuando he estado en su país, es que lo que yo no veía era beber agua, nunca en la vida, siempre estaban bebiendo alcohol.”

(E10.2, Sujeto 3, 27-32)

En cuanto a la consideración y/o visión que tenían los familiares de una persona drogadicta antes de que su familiar fuera consumidor (CDFS), encontramos la abstención de dos de las participantes y un 33,33% del total de comentarios en esta categoría. Los familiares de consumidores no relacionaban la adicción con una enfermedad.

“Pues antes, antes de saber el problema, lo considerábamos como una persona que... no que tenga un problema, sino que es drogadicta, le gusta la droga o el alcohol o cualquier adicción y ya está, no teníamos la perspectiva de que existía un problema.”
(E8.3, Sujeto 4, 48-51)

Encontramos afirmaciones en las que la familia sólo considera drogadictos a aquellos consumidores excluidos socialmente.

“Es que, es que él fue de los primeros aquí en el pueblo que empezaron a caer en ese mundo. Para ellos los drogadictos eran los que se pinchaban y estaban tirados por las calles, y entonces, hablar, fatal de todos ellos.”
(E7.2, Sujeto 1, 37-39)

Cabe destacar que la consideración de los drogadictos por parte de familiares que son consumidores es diferente con respecto a los familiares que no consumen.

“En este caso, que yo te hablo del alcohol, totalmente normal. Es que de hecho están todos alcoholizados. En su casa están todos alcoholizados, todos.”
(E10.2, Sujeto 3, 39-40)

La categoría 16 corresponde con la tercera categoría menor comentada de toda la *dimensión familiar*. Con un porcentaje de 2,97%, esta categoría hace referencia a la *actitud que poseía la familia ante a la droga durante la etapa de consumo habitual de drogas* (Tabla 19).

Tabla 19
Actitud que poseía la familia ante a la droga durante la etapa de consumo habitual de drogas

CAT 16.	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AFDD	3	75	1	33,33	2	40	1	50	0	0	7	46,66
	CDFD	1	25	2	66,66	3	60	1	50	1	100	8	53,33
		4	100	3	100	5	100	2	100	1	100	15	100

El código *consideración y/o visión que tenían los familiares de una persona drogadicta durante el periodo de consumo del mismo* (CDFD) ha sido el mayormente comentado en la categoría 16. En concreto se ha registrado un 53,33% del total de comentarios este código con respecto a la categoría actual. Encontramos afirmaciones en las que se destacan sentimientos de compasión hacia ellos.

“Uf, a mí me da mucha pena de los drogadictos. Siempre me ha dado mucha pena, será porque él estaba, él era uno de ellos que... Antes tampoco porque como él se ha metido tan joven y sabía tan poco de, de las drogas, no sabíamos nada, pues, pues claro, pero yo creo que la que no tiene una cosa de estas pues a lo mejor ve a los drogadictos y habla mal de ellos ¿no? Pero la que lo ha tenido y lo ha sufrido pues da mucha pena y... y ya está.”

(E9.4, Sujeto 5, 27-33)

Algunas consideraciones de los diferentes familiares están muy relacionadas con la descripción personal del consumidor.

“Pues una persona con baja autoestima, que se deja influir por el grupo, con poca voluntad, y triste, en definitiva.”

(E6.3, Sujeto 2, 52-53)

Además de afirmaciones que corroboran lo señalado con anterioridad sobre la drogodependencia y su relación con la exclusión social.

“Hombre, yo creo que es que no te lo crees. “Esto no puede ser, los drogadictos son los demás, él ha consumido, pero él lo va a dejar, esto puede él, él no está tan enganchado como los demás, él no”, y lo puedes ver pegando botes en la cama con el mono, y tú piensas “no, esto le va a servir de escarmiento, ya cuando esto ya no lo va a hacer más”. Y tú mismo te engañas.”

(E7.4, Sujeto 1, 38-42)

Cabe destacar que la consideración de los drogadictos por parte de familiares que son consumidores vuelve a mostrarse diferente con respecto a los familiares que no consumen.

“En este caso, que yo te hablo del alcohol, totalmente normal. Es que de hecho están todos alcoholizados. En su casa están todos alcoholizados, todos.”

(E10.2, Sujeto 3, 39-40)

El código *actitud que tenía la familia ante la droga durante el periodo de consumo* (AFDD) ha sido el menor comentado de la categoría 16 contando con la abstención de una de las participantes. Cabe destacar que la actitud de las participantes ante el consumo de drogas durante el periodo de consumo de su familiar empeoró de forma significativa.

“...empeoró, empeoró, empeoró bastante.” (E8.3, Sujeto 4, 44)

Lo cual incide en la formación de diversas creencias con respecto al consumo.

“Pues en un principio siempre se piensa en que se puede ayudar y que van a salir.”
(E1, Sujeto 1, 22-23)

“No, te aporta felicidad en el momento que consumes para olvidar tus problemas, y una vez que desaparece el efecto, pues otra vez vuelve a lo mismo.”
(E6.3, Sujeto 2, 55-56)

En aquellos entornos donde los miembros de la unidad familiar son consumidores, la actitud hacia el consumo de sus drogas tampoco es negativa durante el periodo de consumo del consumidor al que hacemos referencia. Esto se puede comprobar con la intervención plasmada en la categoría anterior.

“La visión es que para ellos es totalmente normal. El tema de la droga no, pero allí el beber es... está a la orden del día. Está tan normalizado para todos, tanto para hombres como mujeres, como los más ancianos, como los más jóvenes, es que forma parte de su cultura del día a día, entonces yo... el tiempo que he podido compartir con ellos cuando he estado en su país, es que lo que yo no veía era beber agua, nunca en la vida, siempre estaban bebiendo alcohol.”
(E10.2, Sujeto 3, 27-32)

La categoría 17 se corresponde con la categoría menor comentada de toda la *dimensión familiar*. Con un porcentaje de 0,99%, esta categoría hace referencia a la *actitud que posee la familia ante la droga después de la rehabilitación del consumidor* (Tabla 20). Cabe destacar que encontramos la abstención de tres de las participantes de forma total y de una de ellas de forma parcial, ya que únicamente las dos restantes vivieron la rehabilitación de su familiar al completo.

Tabla 20
Actitud que posee la familia ante la droga después de la rehabilitación del consumidor

CAT. 17	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	AFDDE	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	2	40
	CDFDE	0	0	0	0	2	50	1	100	0	0	3	60
		0	0	0	0	4	100	1	100	0	0	5	100

El código mayormente comentado en esta categoría ha sido el de *consideración y/o visión que tienen de una persona drogadicta tras la experiencia de consumo de su propio familiar* (CDFDE) con un total de 60%. En ella, contamos con la abstención de tres de las participantes. Cabe destacar que en el 100% de las participantes existe una gran coincidencia, ya que todas ellas consideran a los drogadictos como enfermos.

“Pues ahora mismo, hoy por hoy con todo lo que hemos vivido, las personas drogadictas tienen... son personas que tienen una enfermedad, porque es que es una enfermedad, es como lo llamamos nosotros, que es un problema y, o sea, una persona drogadicta es enferma, es una persona enferma. Por lo menos es lo que yo... es mi perspectiva.”

(E8.4, Sujeto 4, 61-65)

Cuya enfermedad que consideran puede ser ocasionada por diversos problemas.

“Pues lo considero un enfermo, personas que necesitan ayuda, que necesitan trabajar o bien algo de su autoestima o trabajar traumas de su pasado. Al final son personas débiles que se han refugiado en la droga, es una dependencia, pienso que se refugian ahí para o desinhibirse o o... esconderse o... aliviar un dolor. Es... es como un anestésico, pienso que es algo que recurren cuando no son capaces de hacer frente a algo o a algo que ya les pesa mucho en su espalda de su pasado. Entonces, realmente siento que son enfermos que necesitan ayuda, personas débiles, nada más.”

(E10.6, Sujeto 3, 2-9)

En una minoría se ha comentado el código *actitud de la familia ante la droga tras la rehabilitación* (AFDDE) con un 40% restante de comentarios de la categoría. En dicho código sólo ha participado una de las familiares entrevistadas, la cual, asegura una tolerancia que no sería ejercida con su familiar, sino con personas externas.

“Bueno, si es ante él pues yo creo que tolerancia 0, es que no me, no le permitiría el lujo de una recaída y... y ser benévola, tendría que ser muy... con tacto, pero tendría que ser bastante intransigente. Pero... después una visión hacia la sociedad, pues bueno, pues tengo que ser tolerante porque eso está tan tan... expandido ¿no? Es que verdaderamente no puedes tratar a las personas que consumen de una forma discriminada o (...) Tolerancia.”

(E10.4, Sujeto 3, 2-9)

Asimismo, comenta su visión sobre la droga en el plano actual.

“Mi visión frente a la droga, pues a nivel social veo que es algo que se está normalizando mucho y siento que es un problema social o no sé si cultural o político, pero que está muy normalizado y que verdaderamente está afectando a todas las generaciones, a todas, a todos los niveles, tanto socioeconómico, da igual el sexo, da igual la edad y... normalmente se empieza a una edad muy temprana cuando la autoestima todavía la personalidad no está formada, y tienden a caer personas que tienen la autoestima baja.”

(E10.5, Sujeto 3, 56-62)

La categoría 18 corresponde con las *evidencias de los familiares sobre el consumo continuado de drogas* (Tabla 21), ocupando el 16,83% del total de la *dimensión familiar*. Esta

categoría ha sido la tercera mayor comentada a lo largo de toda la dimensión a la que hacemos referencia.

Tabla 21
Evidencias de los familiares sobre el consumo continuado de drogas

CAT 18.	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	PDD	6	28,57	0	0	1	3,33	0	0	0	0	7	8,23
	CC	4	19,04	9	45	10	33,33	5	71,42	5	71,42	33	38,82
	EV	11	52,38	11	55	19	63,33	2	28,57	2	28,57	45	52,94
		21	100	20	100	30	100	7	100	7	100	85	100

El código *conclusiones que han sacado los familiares de los consumidores tras la vivencia del consumo continuado de droga* (EV) ha sido el mayormente comentado a lo largo de la categoría 19 con un 52,94% con respecto al total. Asimismo, junto con el código *ayuda familiar a drogodependientes* (AF), es el tercer código más comentado a lo largo de todo análisis de las entrevistas. El reconocimiento del problema, código comentado en la categoría 1, ha sido un tema muy reflexionado, ya que los familiares de drogodependientes se suelen percatar de la problemática del consumo antes que ellos.

“...no es un consumo controlado y que ya es un verdadero problema. Entonces, te sientes mal porque lo difícil ahora es hacérselo ver a él.”

(E3, Sujeto 3, 23-24)

Aunque en muchas ocasiones también les cueste reconocerlo.

“...lo puedes ver pegando botes en la cama con el mono, y tú piensas “no, esto le va a servir de escarmiento, ya cuando esto... ya no lo va a hacer más”. Y tú mismo te engañas. Yo creo que es muy importante que sepamos lo que es la realidad...”

(E7.4, Sujeto 1, 40-43)

Es complicado tanto hacerles conscientes de su problema como impulsarles al cambio.

“...es muy difícil de generar un poco una reflexión a crear una reacción”

(E10.3, Sujeto 3, 15-16)

“Es que las personalidades de estas personas son muy complicadas, porque ellos se creen, o dan a entender de que son muy fuertes, de que hacen lo que ellos quieran, de que valen más que nadie, nadie les va a decir lo que tienen que hacer, y esa es la imagen que dan, y además es que no consienten que les digas nada. Ellos saben lo

que hacen, “yo sé muy bien lo que hago”, eso me lo ha dicho muchísimas veces, pero que lo sepan de verdad, desde luego que no. Nunca ven las consecuencias, su mundo son ellos mismos, no hay nadie más. No les importa nadie más.”

(E7.3, Sujeto 1, 19-26)

“Pienso que deben de saber que lo van a perder todo para poder dar ese paso.”

(E1.2, Sujeto 1, 11)

Afirman que las consecuencias negativas del consumo son peores de lo que pensaban en un principio.

“...pensábamos que bueno, que una vez que ingresara pues se iba a recuperar y que sería más fácil. Hasta que ya nos dimos cuenta de lo difícil que es afrontar estos problemas.”

(E6.3, Sujeto 2, 45-47)

“Yo lo veía normal, o sea, yo lo veía al principio, pues lo veía normal. Hombre, no me, no me gustaba porque no me gustaba pero tampoco era un problema en principio...”

(E8.2, Sujeto 4, 2-4)

“...cuando... inicié con él que él consumía claro, no ves tanto los problemas que esto te va a acarrear a medio y a largo plazo, no ves tanto el problema hasta que ya lo empiezas a vivir en tu piel.”

(E10.3, Sujeto 3, 57-60)

Y los consumidores no se percatan de ello.

“Él no, no se daba ni cuenta de que no podía con eso. Él no... no le daba la importancia que tenía...”

(E7.2, Sujeto 1, 58-59)

Pero debido a la dificultad de la rehabilitación, incluso se llega a generar una gran dependencia entre consumidor y familiar, cuyo peso debe acarrear el familiar en cuestión.

“...se veía fuerte siempre que viera que mi madre lo apoyaba. En el momento que vio que mi madre dejó de apoyarlo se vino abajo y ni por nosotras quería mejorar.”

(E6.4, Sujeto 2, 19-21)

La personalidad de un individuo cuando consume cambia de forma drástica.

“Hombre que ha dado un cambio, un giro de 180°, es que no es ni el reflejo de lo que era.”

(E10.5, Sujeto 3, 25-26)

En concreto, dependiendo del lugar o personas con las que se encuentren.

“De cara a la sociedad es una imagen y de puertas a dentro es otra”

(E3, Sujeto 3, 29-30)

Las personas del entorno con el mismo problema se consideran como factor de riesgo.

“...personas que también tienen ese problema, o sea que... tampoco le pueden beneficiar mucho.”

(E10.6, Sujeto 3, 53-54)

Se afirma un desgaste emocional y de confianza bastante evidente por la vivencia de continuas recaídas en el consumo.

“...ha intentado dejar el consumo por su propia cuenta y nada, eso era pan para hoy y hambre para mañana, entonces sí que recaía muchas veces. Eso es un palo, eso es que te va desgastando porque vas perdiendo ya la confianza y ya no crees nada”

(E3, Sujeto 3, 45-48)

Cabe destacar que en el caso de que el consumidor no quiera ser rehabilitado, las ayudas profesionales son mucho más complejas de encontrar.

“Es que como él diga de no quererse curar o tenga pocas ganas de curar, es que, vemos que hay poca ayuda.”

(E5, Sujeto 5, 28-29)

La rehabilitación es un trabajo diario y de por vida.

“...esto es una enfermedad que te rehabilitas pero no te curas, o sea, que es un trabajo del día a día, de por vida, y hay que tener muy claras las ideas, esa autoestima hay que tenerla siempre arriba y... y no te puedes salir de ahí. Tienes que tener muy muy claro cuáles son fines si no, puedes recaer en cualquier momento.”

(E10.6, Sujeto 3, 37-41)

El trabajo con los familiares debe tener la misma extensión que con los consumidores.

“...normalmente el acompañante se suele decir que está más enfermo que el propio consumidor, porque ha padecido todas las consecuencias del consumo.”

(E3.2, Sujeto 3, 42-44)

Se asegura que la ayuda familiar debe permanecer hasta un cierto punto.

“...los familiares son las personas que más sufren. Si quieren ayudar, por otro lado, tienen que hacer cosas que no les gusten por tal de que su familiar drogodependiente abra los ojos.”

(E2.2, Sujeto 2, 32-34)

“...hay que ayudarlo, hay que todo, pero es que no a cambio, o no bajo el precio de destruirnos a nosotros mismos. Y nos destruyen.”

(E1.2, Sujeto 1, 56-58)

Aunque esta falta de ayuda pueda complejizar la rehabilitación de los consumidores.

“...había algunos drogodependientes que no tenían apoyo de la familia, porque o bien terminaban hartas y ya no acudían más al centro, se daban por vencida, y otras pues sí iban y se notaba la diferencia de los que tenían apoyo y de los que no. Estaban más contentos, más animados... Era como su última esperanza.”

(E2.2, Sujeto 2, 11-15)

Se hace referencia a la voluntad como característica principal para el éxito en la rehabilitación.

“...si no tienes voluntad, muy difícil es que soluciones ese problema.”

(E2, Sujeto 2, 46-47)

Los cambios que se producen en la vida del consumidor tras un periodo de consumo prolongado (CC) constituyen el segundo código mayor comentado con un 38,82% del total de la categoría 19. Los cambios se detallan de forma objetiva por las familiares. Estas destacan los cambios en cuanto a la toma de responsabilidades en el trabajo.

“...en su trabajo él siempre ha sido muy responsable, pero claro, ya metido, ya cuando ya, ya ha sido ya más mayor que ya estaba ya más machacado ¿no? con las drogas y el alcohol, pues, vamos a ver, no cumplía bien en el trabajo...”

(E9.4, Sujeto 5, 11-14)

“...cuando iba con los años y eso, hacía cosas que no debía...”

(E7.4, Sujeto 1, 54)

Y en la búsqueda activa de empleo.

“...aunque nunca ha tenido un trabajo estable, pues sí que ponía empeño, iba a pedir trabajo y trabajaba en cosas, pero ya una vez que empezó, pues ya dejó de trabajar y ya lo veía todo oscuro, y como que no tenía ni autoestima ni para buscar trabajo ni se veía con fuerzas para hacerlo.”

(E6.2, Sujeto 2, 7-10)

“Él en el trabajo, por lo menos a lo largo de toda la vida que he estado con él, él era de los que sonaba el despertador y se levantaba. Él tenía que trabajar y trabajaba. Él se quedaba parado y a los dos días ya tenía otro trabajo. Él era así, hasta que las circunstancias ya cambiaron y ya él no podía.”

(E7.2, Sujeto 1, 30-33)

También se originaron cambios en el seno familiar.

“Porque él no echaba cuenta, él no echaba cuenta. Siempre yo lo he llevado todo para adelante, ahora no, ahora él también.”

(E8.4, Sujeto 4, 9-11)

Incluso con la distribución de los roles familiares.

“...porque nos convertimos tanto yo como mi hermana ya... como si fuéramos, en vez de hijas, madres, porque teníamos como que cuidarlo, estar pendientes a él...”

(E2, Sujeto 2, 14-16)

Y en las relaciones de amistad.

“...ya los amigos ya dejaron de estar con él...” (E9.4, Sujeto 5, 3-4)

“Él tenía buenos amigos, él tenía una reunión que tenía buenos amigos, por lo menos cuando yo lo conocí y eso, sus amigos eran buenos. Lo que pasa es que claro, a medida que fue pasando el tiempo, se empezó a ir con otras personas también que no eran tan buenas, o eran como él, ni buenas ni malas, simplemente, les gustaban otras cosas e hicieron que él se apartara de sus amigos.”

(E7.2, Sujeto 1, 23-28)

Por último, se destacan cambios a nivel actitudinal y físico.

“...hubo un momento en el que lo veíamos bien, que lo veíamos mejor y que lo veíamos haciendo bromas, contento, pero cuando volvía esa necesidad de consumir se ponía insoportable, serio, y mal, encerrado en su cuarto con depresión, vamos.”

(E6.4, Sujeto 2, 12-15)

“...su actitud ya era otra, eh... cambia el descanso, cambia la alimentación, cambia la actitud contigo mismo... instantáneamente.”

(E10.5, Sujeto 3, 22-23)

“...los primeros cambios es la actitud, la actitud que mejoró bastante, más comprensivo, más tranquilo, el aspecto físico mejoró también porque ya él estaba muy colorado, hinchado, ya se vino él más normal.”

(E8.3, Sujeto 4, 58-60)

“...estaba digamos, más gordito, porque una vez que ya empezó a consumir, estaba en una delgadez más extrema, y creo que es mejor estar más gordito que tan delgado vamos.”

(E6, Sujeto 2, 33-35)

En una gran minoría, encontramos el código referido al *pensamiento del consumidor durante el consumo* (PDD) con un porcentaje de 8,23% con respecto a la categoría 18. Encontramos la abstención de tres de las participantes y la afirmación de que los drogodependientes creen que pueden controlar el consumo.

“...nunca pensó que, por ejemplo, lo que es las drogas y todo eso fuera un problema para él. Él se creía que “ah esto cuando yo quiera, esto lo dejo cuando quiera”...”

(E7, Sujeto 1, 8-20)

También se encuentran afirmaciones en las que los drogodependientes piensan que el consumo eventual no es perjudicial.

“Esto lo dejo yo cuando quiera, si lo hago de vez en cuando no pasa nada”

(E7.2, Sujeto 1, 55-56)

Además de la diferenciación que hacen de la droga de consumo intravenoso como la única dañina.

“...siempre decía “no, esto no hace nada, esto es como lo otro, lo malo es pincharse, esto no”...”

(E7.2, Sujeto 1, 40-41)

Cabe señalar la aclaración de uno de ellos sobre la ayuda ofrecida por su familiar tras ser rehabilitado, con lo que asegura la dificultad y el sacrificio que deben asumir los familiares de consumidores durante el acompañamiento.

“...se sorprende de cómo yo he tenido la capacidad de aguante de estar a su lado, él mismo admite que si él hubiese tenido que aguantar eso de alguien que no lo hubiera aguantado...”

(E10.6, Sujeto 3, 20-31)

5.3 Dimensión social

La *Dimensión Social* engloba las seis últimas categorías, ocupando el 4,16% de los contenidos del análisis total de las entrevistas. Como se puede comprobar, la dimensión social es la dimensión menor comentada, ya que encontramos bastantes abstenciones de las participantes por motivos de desconocimiento o desinformación en cuanto al entorno social de sus familiares.

La *vida amistosa del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas* (Tabla 22), ocupa el 50% del total de esta dimensión.

Tabla 22

Vida amistosa del consumidor antes de iniciarse en el consumo de drogas

CAT. 19	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	TOAA	6	85,71	2	100	3	100	1	100	3	100	15	93,75
	CAA	1	14,28	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,25
		7	100	2	100	3	100	1	100	3	100	16	100

En esta primera categoría, *tiempo de ocio que pasaba el consumidor con sus amigos antes de iniciar el consumo* (TOAA) ha sido el tema más comentado, concretamente en un 93,75% del total, siendo a su vez el código más utilizado entre los 6 que completan la *dimensión social* de las entrevistas realizadas. El 100% de los consumidores pasaban tiempo de ocio con sus amigos.

“Pues bien, normal, con los niños jugaba y, y... normal, bien.”

(E9, Sujeto 5, 31)

“No le gustaba mucho relacionarse, a no ser que fuera con sus amigos, a parte, él sólo.”

(E6, Sujeto 2, 9-11)

Incluso más que con la familia.

“...la infancia me consta por boca de él que ha sido muy callejero. Ha estado más tiempo en la calle que... que en la casa.”

(E10, Sujeto 3, 33-34)

En algunos de ellos, el tiempo de ocio con sus amigos se basaba en el consumo recreativo de drogas legales.

“Cuando tenía que trabajar, trabajaba, y después pues a salir por ahí a discotecas, sus copas, su esto... a divertirse.”

(E7, Sujeto 1, 56-57)

“...se iba a tomarse sus copas con sus amigos...” (E6, Sujeto 2, 28-29)

“Han sido amigos desde siempre, también han consumido, entonces ellos se han acompañado en todo momento.”

(E8, Sujeto 4, 36-37)

En una gran minoría, el código que trata sobre la *comunicación que establecía el consumidor con sus amigos antes de iniciar el consumo* (CAA) se ha comentado en un 6,25% con respecto al total de la categoría 19. En este código nos encontramos con la abstención de cuatro de las cinco participantes y con tan sólo un comentario con respecto a ello, aunque no se aclara el aspecto comunicativo en la relación entre iguales.

“Él tenía buenos amigos, él tenía una reunión que tenía buenos amigos, por lo menos cuando yo lo conocí y eso, sus amigos eran buenos.”

(E7.2, Sujeto 1, 23-24)

La *vida amistosa del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas* (Tabla 23) conforma la categoría 20 con un 40,62% del total de la *dimensión social*.

Tabla 23

Vida amistosa del consumidor durante la etapa de consumo habitual de drogas

CAT. 20	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	TOAD	1	100	3	60	2	100	1	100	3	75	10	76,92
	CAD	0	0	2	40	0	0	0	0	1	25	3	23,07
		1	100	5	100	2	100	1	100	4	100	13	100

El código *tiempo de ocio que pasaba el consumidor con sus amigos durante el periodo de consumo* (TOAD) es el más comentado de dicha categoría con 76,92% con respecto al total de la misma. Se ha de resaltar que el 100% de las participantes coinciden en que el tiempo de ocio con sus amigos lo dedicaban al consumo.

“Beber, todo el tiempo. Beber y tomar droga. Es seguro vamos, yo tampoco estaba allí para verlo, pero lo sé vamos (...) sólo quedaban para eso, ya está, no hacían nada bueno vamos.”

(E6.3, Sujeto 2, 16-20)

“Seguía con los mismos, ir al bar, estar en el bar y... y era lo que hacía.”

(E8.3, Sujeto 4, 22)

Aunque el 80% de ellas destacan que no eran amigos, sino compañeros de consumo.

“...son compañeros al final de consumo, porque es que quedan, siempre que quedaban es para eso, es para ir a beber, para ir al bar a... Sí, al final son amistades, aunque sean buenas personas, pero son amistades de consumo. No les verás tú quedar para tomar un café ni para...”

(E10.4, Sujeto 3, 60-63)

“Es que no son amigos con los que estaba. Estaba con los que eran como él. De sus amigos de verdad, con ellos no estaba, a lo mejor se podía encontrar con ellos y tomarse una cerveza, pero después cogía el camino, el coche y se encontraba con los cuatro como él y se iba por ahí.”

(E7.4, Sujeto 1, 47-51)

“Pues yo pienso que eran solo compañeros de beber. Nadie pensaba en él y ellos sabían el problema que tenía y al revés, parecía que lo incitaban más a seguir con esto.”

(E6.2, Sujeto 2, 3-5)

Por lo que se puede comprobar en un 80% el gran desplazamiento del consumidor con respecto a su grupo de iguales durante el periodo de consumo.

“Es que claro, los amigos ya... Si no consumían pues ya los amigos no querían nada con él ni él con los amigos, porque claro no iba ya a su rollo.”

(E9.3, Sujeto 5, 56-57)

En una minoría, el código *comunicación que establecía el consumidor con sus amigos durante el periodo de consumo* (CAD) se comenta en un 23,07% en dicha categoría. Con la abstención de tres de las participantes, encontramos comentarios que corroboran una falta de comunicación con el grupo de iguales.

“...ese más amigo a lo mejor le decía cosas también, le reñía, pero es que tampoco puede... O sea, a lo mejor se han ajuntado en romerías y eso sí, pero ya está, después así a día a día así... A lo mejor se ven en la calle, a lo mejor se saludan, se hablan un poco...”

(E9.4, Sujeto 5, 4-8)

La categoría 21 hace referencia a la *vida amistosa del consumidor tras la rehabilitación* (Tabla 24) y conforma el 9,37% del total de la dimensión social. A su vez, esta categoría ha sido la menos comentada a lo largo de todo el análisis de las entrevistas. Cabe resaltar que encontramos varias abstenciones de las participantes, pues únicamente dos de los consumidores se han rehabilitado por completo.

Tabla 24
Vida amistosa del consumidor tras la rehabilitación

CAT.	Cód.	E1		E2		E3		E4		E5		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
21.	TOADE	0	0	1	100	1	100	1	100	0	0	3	100
	CADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	1	100	1	100	1	100	0	0	3	100

El código más mencionado ha sido el de *tiempo de ocio que pasa el consumidor con sus amigos tras ser rehabilitado* (TOADE) y conforma el 100% de los comentarios de esta categoría, a pesar de la abstención de dos de las participantes. En algunas participantes se asegura que el tiempo de ocio con sus amigos durante o tras la rehabilitación es nulo.

“Si, lo que pasa es que claro, no sale con sus amigos, aunque siga teniendo los mismos amigos, pero no se relaciona con ellos como para salir por ahí, pero sí, sigue manteniendo buena relación.”

(E8.4, Sujeto 4, 51-53)

Existen situaciones que tras una larga temporada de consumo, los consumidores pierden contacto con su grupo de iguales y evitan en el periodo de rehabilitación el contacto con su grupo de consumidores.

“Una vez que estaba bien, ya con esa gente no quedaba. Es más, no salía, porque él sabía que si salía iba a caer otra vez en beber o en lo que sea. No salía, salía con nosotras a lo mejor, pero sólo por ahí no.”

(E6.5, Sujeto 2, 24-26)

Por lo que tienden a buscar un nuevo grupo para ocupar el tiempo de ocio.

“...ahora dedica más tiempo al deporte, o se va a jugar al baloncesto, o se va a jugar al fútbol. Saca tiempo... ha procurado de buscarse otras amistades que no tengan que ver con... con ese tipo de vida que llevaba antes, aunque todavía mantiene algunas amistades antiguas, pero ha intentado siempre de buscar otros... otros entornos y otros hobbies que no tengan que ver con ese mundo.”

(E10.6, Sujeto 3, 20-24)

En cuanto el código *comunicación que establece el consumidor con sus amigos tras ser rehabilitado* (CADE) no se ha hallado ningún comentario, pues el 100% de las participantes o no han vivido esta situación o desconocen esta información.

6. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Este trabajo ha pretendido descubrir los factores de ayuda familiar en distintos casos de rehabilitación frente a la drogodependencia. Para profundizar sobre dichos factores, hemos realizado una revisión teórica que ha sustentado los pasos dados para la determinación de los factores de ayuda a la persona drogodependiente y al rol de acompañamiento de la familia en dicho proceso.

Dentro de esta recopilación de información, la investigación se ha centrado en tres aspectos o dimensiones claves, siendo estos la dimensión personal, dimensión familiar y dimensión social de los consumidores.

En primer lugar, se han encontrado coincidencias entre la afirmación de Laparra, Zugasti y Martínez (2015) y los resultados encontrados en la investigación, ya que las condiciones de vida que fomentan la exclusión social, así como la separación del individuo en los ámbitos de

empleo y las relaciones sociales y familiares se ven fuertemente erosionadas con el consumo de drogas. Como se puede comprobar en los resultados de la investigación, más de un 50% de los consumidores muestran un mayor desinterés tanto en el empleo como en la búsqueda activa de ocupaciones durante un periodo de consumo de drogas prolongado.

Asimismo, se ha comprobado en el 100% de los casos que la vida familiar empeora gravemente, tanto en la comunicación, tiempo de ocio y relaciones intrafamiliares debido principalmente al aislamiento en el hogar y a las discusiones frecuentes. Por otro lado, la relación social con los amigos también se agrava, pues en el 100% de los casos esta relación con los iguales pasa a un segundo plano por priorizar a las compañías de consumo frente a los anteriores, además de darse inicio a una comunicación entre iguales basada en las discusiones.

Por ello, se podría afirmar que el consumo de drogas aumenta el riesgo de exclusión social de los ciudadanos y por consiguiente, la separación del individuo con respecto a los diferentes ámbitos que componen la dimensión social y económica de su vida. Esto a su vez, tiene una gran influencia en el bienestar familiar, ya que, como aparece en el análisis de los resultados de las entrevistas, los familiares no prestan atención a los comentarios del entorno, pero son conscientes de que aparecen numerosas especulaciones con respecto al perfil familiar debido a las consecuencias que se desencadenan tras el consumo continuado de drogas.

Se han encontrado grandes coincidencias con el Informe AROPE (2019), ya que las participantes entrevistadas aseguran que el consumo de drogas se inició en sus familiares antes de la mayoría de edad, por lo que el 100% de ellos se iniciaron en el mundo de las drogas en el periodo más frecuente a nivel nacional, entre los 16 y 29 años.

Asimismo, las características que llevan al individuo a iniciarse en el consumo de drogas están estrechamente relacionadas con las comentadas por Picado y Salgado (2018). Como se ha mencionado anteriormente, el 100% de los consumidores han tenido conductas adictivas precoces, pues todos ellos comenzaron el consumo siendo menores de edad. Por otro lado, más de la mitad de los participantes, en concreto, el 60% de ellos eran policonsumidores, por lo que hacían abuso de más de una droga, mientras que el 100% de ellos consumían alcohol como droga de inicio de forma recreativa.

Siguiendo con las características de Picado y Salgado (2018), algunos de los consumidores han tenido una red de relaciones en un entorno delictivo y de drogadicción, aunque en una gran minoría. A su vez, un 80% de ellos son procedentes de familias desestructuradas, en las que la falta de cariño y las discusiones intrafamiliares se daban de forma frecuente. Por último, casi la mitad de ellos, en concreto en un 40%, han tenido un estilo de crianza permisivo en el seno familiar, ya que, como se comenta en los resultados, conseguían todo lo que pedían.

Como se ha demostrado en el análisis de resultados y coincidiendo con las afirmaciones de Valero, Ortíz, Parra y Jiménez (2013), los consumidores presentan grandes conflictos con sus familiares cercanos, en especial con sus padres, hermanos y parejas. Se ha demostrado que en el 100% de los consumidores se presenta un descenso en la comunicación y en el tiempo de ocio, así como en las relaciones intrafamiliares durante el periodo de consumo de drogas. Asimismo, aumentan las conductas desviadas en el seno familiar por parte del consumidor, todas ellas relacionadas con la delincuencia y aparecen actitudes desagradables como el maltrato psicológico y la manipulación, entre otros.

Encontramos ciertas discrepancias con respecto a las aportaciones de Valero, Ortíz y Jiménez (2013), ya que estos afirman que la mayoría de consumidores han sufrido abusos emocionales o físicos, mientras que el 0% de los consumidores participantes del estudio han comentado situaciones similares o han hecho referencia a ello. Otra contradicción encontrada con estos autores se basa en el perfil familiar de consumidores, pues ellos acuñan el abuso de drogas en familiares directos mientras que en el estudio se ha comprobado que únicamente en un 20% de consumidores se ha dado el abuso de drogas previo en el seno familiar.

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y conductas delictivas, encontramos una gran contradicción con respecto a la afirmación de Chambers (1974). Este autor asegura que la conducta delictiva es precedente del consumo de drogas, mientras que en los resultados obtenidos en la investigación se ha demostrado que únicamente un 20% de los participantes han tenido conductas delictivas anteriores al consumo de drogas. Por otro lado y relacionado con la delincuencia y la drogadicción, encontramos semejanzas con respecto a la relación entre el consumo de drogas y la conducta delictiva de los autores Rodríguez, Paíno, Herrero y González (1997), pues el 80% de los participantes, una vez habituados al consumo de drogas

han demostrado signos de delincuencia significativos, sobre todo ocasionados en su entorno más próximo.

La asociación del disfrute del tiempo de ocio con el consumo recreativo de alcohol ha sido un tema señalado por Espada, Méndez, Griffin y Botvin (1997) con el que se han encontrado coincidencias. En al menos un 80% de participantes se ha relacionado el tiempo de ocio durante la adolescencia con el consumo recreativo de sustancias ilegales, destacando el alcohol como la predominante entre ellas.

Teniendo en cuenta las afirmaciones de Pallarés y Martínez (2013), dependiendo de la experiencia familiar con el consumo de drogas, la visión, comunicación y prevención que establecen los familiares con sus hijos varía. Se ha comprobado a lo largo de la investigación la influencia del consumo de drogas en familiares con respecto a estos aspectos señalados, y con respecto a aquellas familias que no han tenido experiencias con las drogas, tanto la visión como la comunicación y el estilo preventivo siguen las directrices señaladas por estos autores. Estos estigmatizan a los consumidores reconociéndolos como delincuentes y problemáticos y utilizan la prohibición como principal medida preventiva frente al consumo en sus hijos.

Por el contrario y siguiendo las afirmaciones de Pallarés y Martínez (2013) los familiares que son consumidores son más flexibles con el consumo de sus hijos, sobre todo si la droga de consumo es coincidente. A su vez, no sienten preocupación por el consumo de sus hijos mientras que sigan cumpliendo con sus responsabilidades, lo cual se puede apreciar en el análisis de resultados en el caso de una de las participantes en concreto.

Cabe resaltar las recomendaciones de Bellver (2013) sobre la correcta dinámica familiar para evitar influencias negativas del entorno en relación al consumo. Esta autora destaca la necesidad de que la familia promueva el desarrollo de la autoestima en sus hijos, que establezcan una comunicación fluida y organicen tiempos de ocio con la familia de forma frecuente. Estas recomendaciones han de tenerse en cuenta, ya que podrían establecerse como principales medidas preventivas, pues, como se señala en el análisis de resultados, el 100% de los participantes tenían escasa autoestima antes de iniciar el consumo, la comunicación intrafamiliar era escasa en el 80% de ellos, y el tiempo de ocio era poco frecuente en más de la mitad de los participantes, en concreto en un 60% de ellos.

Una vez realizadas estas consideraciones, pasaremos a presentar la incidencia de diversos factores (personales, familiares y sociales) que propiciarían la prevención de futuras drogodependencias o la reinserción de la persona drogodependiente, dando respuesta así al primer objetivo planteado de nuestro trabajo.

6.1. Factores personales de riesgo frente al inicio del consumo de drogas

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados, se han recopilado una serie de factores personales perjudiciales anteriores al consumo y coincidentes entre la mayoría de los consumidores a los que hemos hecho referencia.

Los principales factores personales que perjudican a la población frente al inicio del consumo de drogas aluden al abandono prematuro de la formación académica e inicio en el mundo laboral de forma instantánea. Este cambio en las responsabilidades suele ocasionar la creación de nuevas rutinas basadas únicamente en el trabajo y en el tiempo de ocio, el cual puede estar fuertemente ligado al consumo de drogas de forma recreativa en compañía de personas de su nuevo entorno. Esta situación puede estar muy condicionada por las escasas alternativas ofrecidas por los Ayuntamientos locales o corporaciones, pues si no se ofrecen actividades o alternativas de ocio a los niños y adolescentes, el tiempo libre se invertirá en frecuentar bares y se relacionará con el consumo de drogas en algún momento.

En cuanto a las actitudes personales que perjudican el inicio en el consumo, cabe resaltar la tendencia al aislamiento en el seno del hogar. Esto puede estar estrechamente relacionado con la dificultad en las relaciones sociales intrafamiliares y por consiguiente, en una mayor dificultad en las relaciones sociales con los iguales. Por ello, las actitudes personales relacionadas con la introversión favorecen el consumo de drogas de forma significativa. A su vez, las actitudes que promueven la introversión como son la baja autoestima, la inseguridad y la falta de demostración de afecto son otros de los factores o señales de alarma frente a un posible inicio en el consumo.

Cabe resaltar que la inhabilidad para la toma de decisiones se demuestra como otro de los factores personales perjudiciales frente al inicio del consumo, el cual está a su vez muy relacionado con la inseguridad personal anteriormente comentada.

Teniendo en cuenta las cinco entrevistas, cabe destacar que el inicio del consumo de drogas de forma recreativa y precoz, es decir, siendo menores de edad y sin tener ningún tipo de información sobre ellas resulta uno de los factores que inciden en el consumo de drogas de forma problemática en la adolescencia.

6.2. Factores personales protectores frente al inicio del consumo de drogas

Cabe resaltar que los factores personales protectores frente al inicio del consumo de drogas están relacionados con los factores de riesgo, ya que la no coincidencia con los factores comentados en el apartado anterior, denota una clara personalidad protectora frente al consumo de drogas. Sin embargo, no se puede asegurar que las personas con características protectoras se mantengan al margen del consumo.

Asimismo, algunas de las características personales protectoras frente al inicio en el consumo de drogas son las siguientes:

- a) Tener información sobre las drogas y el consumo.
- b) Continuidad en la formación académica y evitación del inicio en el mundo laboral de forma prematura.
- c) Rutinas marcadas con tiempo de ocio moderado y alejado del consumo.
- d) Actitudes de cercanía en el hogar y relaciones sociales sanas.
- e) Extroversión.
- f) Seguridad personal.
- g) Demostración de afecto.
- h) Toma de decisiones de forma autónoma.
- i) Alta autoestima.

6.3. Factores personales como señales de alarma frente al consumo de drogas

Durante la etapa de consumo, la personalidad del individuo varía en gran medida y como resultado se producen cambios en todos los aspectos que engloban su vida. Encontramos señales de alarma laborales como las ausencias temporales en el empleo, la dejadez ante la búsqueda de nuevas ocupaciones y las malas relaciones con los compañeros como principales características ocupacionales que denotan un claro comportamiento adictivo. De este modo, la separación del individuo de la esfera económica y/o laboral resulta de las señales de alarma más claras.

Otras de las señales de alarma podrían ser las salidas frecuentes y el aislamiento en el hogar acompañado por signos de delincuencia anteriormente inexistentes. En cuanto a la apariencia, se comprueba una notoria decadencia del aspecto físico, acompañado de grandes cambios de humor y signos de agresividad en el comportamiento habitual. Esto incide en malos comportamientos y actitudes con los miembros de la unidad familiar en especial, los cuales afirman a su vez un aparente nerviosismo e intranquilidad constante en la persona drogodependiente.

La negativa hacia el aprendizaje o la falta de interés acompañada por la dejadez en cuanto al cumplimiento de responsabilidades se manifiestan de forma clara durante el consumo prolongado, por lo que podrían corresponderse con señales de alarma claras. Asimismo, la negativa a tomar decisiones se corresponde con otro de los cambios y señales de consumo.

Por último, cabe destacar la evidencia de una baja autoestima y autoconocimiento en los consumidores, por lo que cualquier signo relacionado con ello podría alarmar al entorno de un posible consumo.

6.4. Factores personales protectores frente al consumo de drogas

Existen algunos factores personales que favorecen la rehabilitación de los consumidores, siendo el primero de ellos el reconocimiento del problema del consumo. Mientras que los consumidores no asientan que tienen un problema con el consumo de drogas, los intentos de rehabilitación no serán muy eficaces, pues estos no conciben su modo de vida como perjudicial y por lo tanto, no sienten interés por cambiarlo. Por este motivo, el reconocimiento del problema de la adicción favorece el éxito en la rehabilitación de forma significativa. Asimismo, el reconocimiento del problema trae consigo la ayuda inmediata de los agentes de su entorno, lo cual protege al consumidor frente a las posibles recaídas.

Otro factor personal protector frente al consumo es el interés en la rehabilitación y la preocupación por la situación del consumo. Este interés en el cambio traerá consigo la búsqueda de profesionales e instituciones de ayuda adecuados y adaptados a sus necesidades, ya sea de régimen interno o externo. Gracias a esta búsqueda e inclusión en terapias de rehabilitación, los profesionales implicados les servirán de ayuda para promover el desarrollo personal de los mismos y la creación de un nuevo estilo de vida alejado del consumo como pautas troncales de rehabilitación y reinserción. Cabe destacar que la creación de una nueva

rutina estable en los consumidores forma parte de todas las ayudas institucionales como principal medida en el tratamiento de adicciones.

6.5. Factores personales como señales de alarma frente a las recaídas en el consumo de drogas

Los factores personales de riesgo frente a la aparición de un nuevo consumo tras la rehabilitación están muy relacionados con los comentados en apartados anteriores. Las señales de alarma dentro de los factores personales siguen siendo las mismas tras la rehabilitación, ya que el consumo trae consigo un cambio en el comportamiento, por lo que la conducta se repite de forma igualitaria e independientemente de la droga de consumo.

6.6. Factores personales protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas

Los factores personales protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas se basan en las actitudes predominantes y habituales que caracterizan a las personas con una óptima salud mental:

- a) Cumplimiento de las responsabilidades laborales.
- b) Interés por el aprendizaje.
- c) Actividades recreativas alejadas del consumo de sustancias.
- d) Estilo de vida saludable, así como alimentación equilibrada y práctica de ejercicio físico.
- e) No presentar signos de delincuencia.
- f) Actitud proactiva, desempeño eficaz de la comunicación y expresión de emociones.
- g) Alta autoestima y autoconocimiento.
- h) Asunción de responsabilidades y toma de decisiones efectiva.

6.7. Factores familiares de riesgo frente al inicio del consumo de drogas en los hijos

Uno de los principales factores de riesgo frente al consumo en el que intervienen los familiares es en la implantación de un estilo de crianza perjudicial sus hijos. El estilo de crianza autoritario trae consigo la creación de un ambiente familiar muy exigente con reglas de comportamiento muy marcadas e inamovibles. La obligación de que hijos estudien lo que los familiares impongan o que comiencen en el mundo laboral en el momento que ellos vean conveniente son dos ejemplos claros de este estilo educativo. Las consecuencias de ello se

pueden resumir en que hijos e hijas se abstienen de decidir por ellos mismos, privándoles de esta oportunidad del aprendizaje de toma de decisiones autónoma y responsable, además de promover una frustración personal permanente.

Del mismo modo, aquellos padres y madres que utilizan un estilo de crianza permisivo también están afectando a sus hijos y desencadenando riesgos de consumo futuros. Con este estilo de crianza los familiares satisfacen todo tipo de demandas, por lo que conceden todo tipo de caprichos a sus hijos y no imponen normas claras en las ocasiones que son necesarias. Esto dificulta el desarrollo personal en habilidades como la madurez y la autonomía.

Otros factores familiares de riesgo engloban las relaciones familiares desestructuradas. Aquellas familias en las que existe escasa comunicación o relaciones tóxicas entre los miembros, así como en aquellas que se dan discusiones de forma frecuente son consideradas como perjudiciales para sus hijos frente al inicio del consumo de drogas.

Asimismo, la escasa o nula dedicación de tiempo de ocio común se considera como otro de los factores de riesgo familiares, ya que, en este caso, el tiempo de ocio pasa a relacionarse únicamente con la esfera de los iguales y con las actividades que estos lleven a cabo.

Cabe destacar que la actitud que posee la familia frente a la droga influye en gran medida en la prevención o incitación al consumo en sus hijos. Suelen concebirse como factores de riesgo el hecho de que los familiares tengan actitudes positivas frente al consumo, es decir, que ellos mismos sean consumidores o que simplemente no asimilen el consumo como una enfermedad. Por ello, el desconocimiento de la familia hacia la droga supone otro factor de riesgo, pues si los familiares no conocen el alcance ni las consecuencias del consumo, difícilmente podrán hacer ver a sus hijos que es algo que les perjudicará.

Otros de los factores de riesgo frente al consumo es pretender prevenir a través de la coerción de conductas, es decir, prohibiendo el consumo de forma radical. Este es uno de los estilos de prevención más antipedagógicos, ya que no promueve un entendimiento o un cambio de actitud, sino la erradicación de una conducta.

6.8. Factores familiares protectores frente al inicio del consumo de drogas en los hijos

Cabe resaltar que los factores familiares protectores frente al inicio del consumo de drogas en sus hijos están relacionados con los factores de riesgo, ya que la no coincidencia con los factores comentados en el apartado anterior, denota una clara actitud protectora frente al consumo de drogas en los descendientes. Sin embargo, no se puede asegurar que las familias con características protectoras puedan mantener a sus hijos al margen del consumo de forma directa.

Algunas de las características familiares protectoras frente al inicio en el consumo de drogas en sus hijos son las siguientes:

- a) Permitir a los hijos e hijas participar en la toma de decisiones familiares y personales.
- b) Implantar un estilo educativo democrático.
- c) Pasar tiempo de ocio en familia de forma frecuente.
- d) Relaciones familiares sanas, con una comunicación fluida y conflictos moderados.
- e) Actitud negativa hacia el consumo.
- f) Conocimiento de la droga en cuestión.
- g) Prevenciones basadas en la comunicación y el entendimiento.
- h) Consideración del consumo de drogas como una enfermedad.

6.9. Factores familiares que desprotegen al consumidor frente al consumo de drogas

Como se ha comentado en apartados anteriores, varios de los factores familiares que desprotegen al consumidor frente al inicio en el consumo vuelven a mencionarse.

El hecho de que los familiares no tengan información sobre la droga de consumo o las consecuencias que estas conductas acarrear desprotegen al consumidor, ya que la ayuda que pueden ofrecer sin formación de ello es muy escasa durante el periodo de consumo. A su vez, si los familiares no saben cómo actuar o cómo desenvolverse frente a una adicción, tampoco pueden influir en sus familiares de forma constructiva.

Cabe destacar que una relación familiar desestructurada, con escasa comunicación o frecuentes discusiones ocasiona la separación del consumidor con respecto a este ámbito. Por ello, la mala relación familiar desprotege al consumidor frente al consumo por motivos de

aislamiento y falta de apoyo en el seno familiar. Si a su vez, el tiempo de ocio familiar es poco frecuente o inexistente, el consumidor se separa cada vez más de esta esfera.

El consumo entre los miembros de la familia también supone un factor de riesgo frente al consumo del drogodependiente en cuestión, pues si la droga forma parte de su día a día y es consumida por sus propios referentes, la desconexión con respecto a este mundo se dificulta.

Por último, la falta de reconocimiento del problema de consumo en los familiares también resulta un gran factor de riesgo. Si los propios familiares ocultan o no ven un problema en el consumo del drogodependiente, se alejan de la protección que deben asegurar, encubriendo el consumo y favoreciendo su prolongación en el tiempo.

6.10. Factores familiares protectores frente al consumo de drogas

La intervención de los familiares en el proceso de ayuda a la reinserción resulta fundamental para el éxito en las rehabilitaciones. La recuperación de los consumidores se basa en un trabajo diario y de por vida, por lo que resulta un gran factor de protección que la ayuda de los familiares sea permanente. Sin más, el trabajo de los familiares debe ser paralelo al del consumidor.

Por ello, resulta un gran factor de protección familiar la asistencia a terapias familiares y la constancia en la ayuda para la evitación del consumo, tanto durante la intervención como después de ella para la prevención de recaídas. A su vez, el cumplimiento de las pautas de ayuda impuestas por asociaciones a familiares deben ser estrictamente seguidas para asegurar la protección ante el consumo, aunque en ocasiones, no se esté de acuerdo con ellas.

Algunas de las pautas de ayuda que se deben cumplir para asegurar el éxito de la ayuda familiar son las siguientes:

- a) Prohibición del consumo en el entorno.
- b) Prohibición de todo tipo de posesión de drogas en el entorno.
- c) Control del cumplimiento de reglas impuestas en consumidores.
- d) Trabajo en el desarrollo de habilidades socioemocionales.
- e) Cumplimiento de las indicaciones de los profesionales.

La asistencia a terapias familiares por lo tanto, resulta imprescindible para favorecer tanto la protección del consumidor como la del familiar, ya que en las intervenciones con familias, además de regir una serie de pautas de ayuda, se han de trabajar con los propios familiares para asegurar su bienestar en el proceso de ayuda, lo cual incide de forma directa en el éxito de la reinserción de consumidores. En las terapias familiares además, se debe asegurar el apoyo entre los miembros del grupo como factor protector ante la familia y por consiguiente, ante el consumidor.

Cabe resaltar que en ocasiones resulta necesaria la contención de la ayuda familiar, sobre todo, en casos en los que los familiares se vean altamente perjudicados por el consumo del drogodependiente y las pautas de ayuda no hayan sido suficientes para cambiar la actitud de consumo. En estas situaciones, el abandono del hogar resulta una de las últimas estrategias protectoras a utilizar, ya que en estos casos tan extremos, se puede llegar a generar una reacción positiva sobre la rehabilitación en el consumidor como consecuencia del miedo a la soledad.

6.11. Factores familiares protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas

Algunos de los factores familiares protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas se basan en las actitudes predominantes y habituales que caracterizan a las familias estructuradas y con un óptimo funcionamiento:

- a) Actitud proactiva entre los miembros.
- b) Tiempo de ocio frecuente.
- c) Buena relación familiar, así como comunicación fluida y confianza.

En el apartado de “Factores familiares protectores frente al inicio del consumo de drogas en los hijos” se muestran los factores protectores restantes, ya que para evitar una recaída se deben implementar estrategias de prevención.

6.12. Factores sociales de riesgo frente al inicio del consumo de drogas

La dimensión social ha sido el tema menor comentado a lo largo de las entrevistas, por lo que las recomendaciones encontradas han sido más escasas. En su mayoría, los factores de riesgo sociales hacen referencia a la dedicación del 100% del tiempo de ocio con el grupo de

iguales, alejando a la familia del disfrute del tiempo libre y relacionando este ocio con el consumo recreativo absoluto.

El tiempo de ocio con el grupo de iguales y el consumo recreativo suele estar muy ligado en la sociedad actual. Aquellas personas que compartan tiempo de ocio con iguales consumidores se enfrentan a situaciones de riesgo, ya que las probabilidades de iniciar el consumo son mayores. A su vez, si el grupo de iguales relaciona el ocio con el consumo recreativo, la persona en cuestión asimilará esta regla social y tendrá bastantes probabilidades de consumir, ya sea por la aceptación o por la continua incitación a ello.

Se ha demostrado que la escasa comunicación con el grupo de iguales es otro de los factores de riesgo frente al inicio del consumo de drogas.

6.13. Factores sociales de protección frente al inicio del consumo de drogas

Los factores sociales protectores frente al inicio del consumo de drogas están relacionados con los factores de riesgo, ya que la no coincidencia con los factores comentados en el apartado anterior, denota una clara actitud protectora frente al consumo de drogas entre el grupo de iguales. Sin embargo, no se puede asegurar que los grupos sociales con características protectoras puedan mantener a los iguales al margen del consumo de forma directa.

Asimismo, algunas de las características sociales protectoras frente al inicio en el consumo de drogas son las siguientes:

- a) Tiempo de ocio moderado y complementario al tiempo de ocio familiar.
- b) Tiempo de ocio apartado del consumo recreativo.
- c) Comunicación eficaz entre los miembros del grupo.

6.14. Factores sociales que desprotegen al consumidor frente al consumo de drogas

Durante el periodo de consumo, uno de los factores sociales que desprotegen a los consumidores es la permanencia en un grupo de consumidores. Las compañías de consumo suponen el mayor factor de riesgo frente al consumo, por lo que la separación con los iguales no consumidores favorecen esta desprotección.

Como consecuencia, resulta un gran factor de riesgo implicar el 100% del tiempo de ocio con iguales dedicado al consumo, al igual que no mantener ningún tipo de comunicación entre los miembros.

6.15. Factores sociales que protegen al consumidor frente al consumo de drogas

Como con todos los factores protectores, su relación con los factores de riesgo es directa, ya que evitando el riesgo se protege en gran medida. Asimismo, cabe resaltar que no se puede asegurar que los grupos sociales con características protectoras puedan mantener a los iguales al margen del consumo de forma directa.

Algunos de los factores protectores sociales frente al consumo son los siguientes:

- a) Tiempo de ocio alejado del consumo.
- b) Evitar compañías de consumo.
- c) Apegarse al grupo de iguales no consumidores.
- d) Comunicación eficaz entre el grupo de iguales.

6.16. Factores sociales protectores frente a las recaídas en el consumo de drogas

Los factores sociales protectores frente a recaídas coinciden con los comentados en el apartado “Factores sociales que protegen al consumidor frente al consumo de drogas”, pues resultan como protección el alejamiento de las compañías de consumo, la toma de contacto con el grupo de iguales o la búsqueda de un nuevo grupo de iguales no consumidores, además de una comunicación eficaz entre los miembros del grupo.

6.17. Propuesta de intervención

Desde el reconocimiento de la importancia del papel de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogodependientes, y fruto de las consideraciones anteriormente descritas, se han determinado una serie de sugerencias susceptibles de ser integradas en una intervención dirigida a aquellas personas que han sufrido en sus familias las consecuencias del consumo de drogas. Asimismo, en ella se incluyen recomendaciones para sobrellevar la tarea de acompañamiento en el proceso de rehabilitación del consumo, cumpliendo de esta forma con el segundo objetivo del trabajo.

Con el trabajo y el estudio de los resultados obtenidos, se ha llegado a la conclusión de que la ayuda familiar está muy condicionada por el estado socioemocional de los propios miembros de esta unidad. Asimismo, los datos más numerosos y relevantes hacen referencia al bienestar socioemocional de los familiares de los consumidores, ya que se destacan situaciones en las que se comenta la destrucción mental a la que están sometidos como fruto del consumo continuado de drogas en sus parientes.

Teniendo en cuenta que se quiere asegurar la participación familiar en la rehabilitación de drogodependientes, se ha de procurar el bienestar de los miembros durante el periodo de rehabilitación del consumidor. Por este motivo, se ve necesaria la instauración de un programa de intervención en el que se trabaje el desarrollo socioemocional de los familiares de consumidores. En esta intervención se deberían perseguir los siguientes objetivos:

- Favorecer el desarrollo de habilidades socioemocionales para asegurar el bienestar de las familias durante el proceso de ayuda en la rehabilitación de la drogodependencia.
 - Promover el desarrollo del autoconocimiento y por consiguiente el desarrollo de la confianza en sí mismos.
 - Facilitar el desarrollo de la autorregulación emocional, así como el control del estrés, la ansiedad y los trastornos depresivos.
 - Favorecer el desarrollo de la autonomía para prevenir y paliar con los efectos de la dependencia emocional.
 - Desarrollar empatía cognitiva para favorecer la comprensión de las actitudes frente a las fases de deshabitación de la drogodependencia.
 - Promover una actitud de colaboración entre los miembros como núcleo de apoyo intrafamiliar.

Este programa de intervención estaría compuesto por una acción formativa con la que se desarrollaría un curso constituido por 9 sesiones de aprendizaje. Estas sesiones estarían dirigidas a cumplir con los objetivos propuestos, por lo que se favorecería el desarrollo socioemocional de los miembros de la unidad familiar. Cabe destacar que el desarrollo socioemocional traerá consigo la mejora de la atención familiar en la rehabilitación frente al consumo de drogas de forma directa.

El programa de intervención estaría dividido en cuatro competencias troncales: aprender a ser, aprender a hacer, aprender a aprender y aprender a convivir, las cuales engloban el desarrollo de las habilidades socioemocionales comentadas con anterioridad.

Desde la perspectiva de aprender a ser, se pretendería que los beneficiarios de esta intervención adquieran formación sobre el autoconocimiento, así como el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto. Una vez adquirido este cuerpo de conocimiento podríamos desarrollar la competencia de aprender a hacer, con el que se pretendería el desarrollo de la autorregulación emocional de los participantes. Con la competencia de aprender a aprender, los beneficiarios desarrollarían su autonomía personal y social. Por último, nos encontramos con el aprender a convivir, con el cual se pretendería el aprendizaje en la mejora de la empatía y la colaboración en los beneficiarios de dicha intervención.

Para cada una de las competencias se dedicarían 2 sesiones, a excepción de la última a la que se dedicarían 3 sesiones. Cada sesión consta de una hora dedicada para su aprendizaje.

A continuación se adjunta un cronograma con la programación de dicha intervención (Tabla 25).

Tabla 25
Cronograma de intervención familiar

NÚMERO DE SESIÓN	FORMACIÓN	FECHA
SESIÓN 1	Autoconocimiento	03/06/2020
SESIÓN 2	Autoconocimiento	10/06/2020
SESIÓN 3	Autorregulación	17/06/2020
SESIÓN 4	Autorregulación	24/06/2020
SESIÓN 5	Autonomía	01/07/2020
SESIÓN 6	Autonomía	08/07/2020
SESIÓN 7	Empatía	15/07/2020
SESIÓN 8	Empatía	22/07/2020
SESIÓN 9	Colaboración	29/07/2020

Algunas de las actividades que podrían aplicarse en dicha intervención son representadas en la Tabla 26 y 27.

Tabla 26
 Actividad para aplicar en la intervención familiar

SESIÓN DE AUTOCONOCIMIENTO	
Nombre	El circo
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar la autoimagen y la heteroimagen. - Aumentar la comunicación entre los miembros del grupo. - Promover la confianza y el bienestar grupal
Materiales	Folios y bolígrafos.
Duración	30 minutos.
Descripción y pasos a seguir	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo se divide en dos o tres subgrupos (dependiendo del número de asistentes), y el coordinador explica una situación. “Ante la pandemia del coronavirus, los circos han desaparecido por falta de sustento. He recibido una llamada de una empresa que nos quiere contratar para actuar en el Circo del Sol de Sevilla”. - Tras exponer la situación, cada miembro del grupo apunta en un folio los papeles que se reparten en un circo y debe establecer una relación entre ellos y sus compañeros. De este modo, cada participante le elige un papel a cada uno de sus compañeros y a sí mismo. - Cuando todos hayan terminado, deben leer en voz alta los papeles que le han acuñado a cada participante y exponer el motivo. - Cuando todos hayan expuesto los papeles de los compañeros, uno a uno lee en voz alta el que se había acuñado a sí mismo y el motivo, además de comentar los papeles que les han acuñado los demás.
Sugerencias	Se pueden incluir disfraces en la actividad, lo cual llevaría más tiempo.

Fuente: Gerza (2020)

Tabla 27
 Actividad para aplicar en la intervención familiar 2

SESIÓN DE AUTORREGULACIÓN	
Nombre	Globos mensajeros.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover una visión objetiva de los sucesos y acontecimientos pasados. - Trabajar la autorregulación emocional.
Materiales	5 globos, rotuladores de colores, esterillas y un espacio amplio.
Duración	1 hora.
Descripción y pasos a seguir	<ul style="list-style-type: none"> - Cada uno de los participantes se sienta en su esterilla correspondiente. Cuando todos estén colocados, el coordinador lanza un primer globo con una palabra escrita “RELAJACIÓN”. El globo se pasa de uno a uno hasta que todos hayan leído la palabra. Después de esto, todos se tumban en las esterillas y se da comienzo a un ejercicio de relajación, en el que el coordinador, con una música relajante de fondo, enseña los pasos de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. Los participantes deben seguir las instrucciones tumbados y con los ojos cerrados. Para esta actividad se emplearán unos 30 minutos. - Todos los participantes se vuelven a sentar y el coordinador lanza un segundo globo con la palabra “PERDÓN” y lo lee en voz alta. Cada participante que coja el globo debe responder de forma abierta a las siguientes preguntas: “¿Hay algo que aún no me he perdonado?” y “¿Hay algo que me está costando perdonar?”. Después de las respuestas debe lanzar el globo a otro compañero. - El coordinador lee y lanza un tercer globo con la palabra “AGRADECIMIENTO”. Como con el globo anterior, cada participante que lo coja debe exponer con qué se siente agradecido, ya puede ser algo del pasado o algo que le ha ocurrido en su día. Después de la respuesta debe lanzar el globo a otro compañero.

SESIÓN DE AUTORREGULACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> - El coordinador lee y lanza un cuarto globo con la palabra “INTENCIÓN”. Cada participante debe coger el globo y exponer su verdadera intención del por qué se encuentra en la sala, así como qué piensa que le puede aportar estar ahí. Como con los globos anteriores, el turno de palabra se pasa a través del lanzamiento del globo. - El coordinador lee un último globo con las palabras “NO EXPECTATIVAS” y comenta que la forma más fácil de decepcionarnos en la vida es teniendo expectativas sobre otras personas. Después de esta breve explicación, el coordinador lanza el globo y de uno en uno, debe comentar las expectativas que tenían sobre otras personas y la decepción que esta ha supuesto. - Antes de finalizar la actividad, el coordinador aconseja que se sigan estos 5 pasos antes de ir a dormir y haciendo referencia al mismo día. De esta forma se relajarán antes de dormir, se perdonarán a ellos mismos y a los demás, agradecerán alguna situación, serán conscientes de las intenciones individuales y personales y no generarán expectativas hacia otras personas.
Sugerencias	Si hay personas muy mayores es conveniente que se coloquen cojines o se sienten en sillas, para evitar el dolor muscular tras una hora sentados o tumbados en una superficie muy plana y dura.

Fuente: Gaviria (2018)

7. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Durante la investigación se han encontrado numerosas limitaciones que han puesto en peligro la elaboración del trabajo. En primer lugar, pocas han sido las voluntarias para participar en la investigación, pues han puesto bastantes trabas para hablar sobre su vida en relación con el consumo de sus parientes. En un comienzo eran 8 las posibles participantes, pero 5 de ellas se negaron en un último momento, por lo que tuve que acudir a una nueva búsqueda y confirmación de futuras participantes frente a esta escasez de voluntarias.

En este momento me encontré con mi segunda limitación, ya que únicamente tenía tres voluntarias y tuve que esperar al inicio de las prácticas universitarias para hacerme con nuevas participantes. A pesar de mi insistencia en los talleres familiares de la Asociación Estuario (centro donde he realizado las prácticas) sobre la participación como familiares de consumidores en esta investigación, únicamente se unieron al estudio dos nuevas familiares, lo cual descolocó mis previsiones en cuanto al número de experiencias a estudiar.

Por otro lado, se elaboró una primera entrevista (Anexo 1) con la que pensé que se podría trabajar, pero debido a las limitaciones en el vocabulario de algunas de las participantes y de la escasa profundidad con la que comentaron sus experiencias, tuve que elaborar una nueva entrevista (Anexo 2) más explícita para completar la información recogida. Para la aplicación de esta segunda entrevista encontré una nueva limitación, dado que no pude reunirme con dos de las participantes hasta pasadas más de dos semanas de su elaboración, por lo que la pérdida de tiempo fue una traba.

La situación que ocasionó la pandemia del Covid-19 en un principio no me afectó de manera significativa, hasta que tuve que utilizar el programa AQUAD7 nunca manejado anteriormente. Con la ayuda de tutorías online con mi tutor académico pude llevar esta práctica con éxito, aunque en un principio me resultó muy costoso aprender a utilizar esta herramienta de forma telemática.

En cuanto a la prospectiva de la investigación, sería interesante abrir nuevas líneas de trabajo relacionadas con la ayuda de familiares a drogodependientes, ya que es un asunto poco estudiado y como resultado, poco tenido en cuenta en las rehabilitaciones.

A su vez, este estudio podría ser utilizado para elaborar nuevos programas de prevención en adolescentes y adultos, sobre todo en aquellos que presenten en su entorno situaciones de riesgo de consumo y exclusión social.

Por último, se podrían abrir nuevas líneas de investigación que complementen el elaborado así como la investigación para la aplicación de nuevos recursos y nuevas herramientas preventivas hacia las recaídas en el consumo de drogas, tanto de drogodependientes en programas de rehabilitación como en aquellos que han sido rehabilitados.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROPE (2019). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018 (9). Recuperado de:
https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf
- Bellver, M. C. (2013). Prevenir la exclusión social, Valencia, España: Tirant Humanidades.
- Bofarrull, I. (1995). *Ocio y tiempo libre: un reto para la familia*. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona.
- Cabrera, R. y Torecilla, J. M., coord. (1998). *Manual de drogodependencias*. Cauce Editorial. Madrid.
- Chambers, C.D. (1974). Narcotic addiction and crime: an empirical review. En Iniciardi y Chambers (Eds.), *Drugs and the criminal justice system*. (125-142). Beverly Hills: Sage
- Cuarin, P. (2009), *Estrategia renovadas para familias diferentes*. Barcelona: Congreso Hablamos de Drogas.
- Díaz, L. y González, I. (1999). Drogodependencia. Una opinión. *Revista de Información Científica*, 21 (1), 1-6. Recuperado de:
[file:///C:/Users/ECC/Downloads/Dialnet-DrogodependenciaUnaOpinion-6143795%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ECC/Downloads/Dialnet-DrogodependenciaUnaOpinion-6143795%20(1).pdf)
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Edwards, M. E. y Steinglass, P. (1995). Family Therapy Treatment Outcomes For Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (4), 475-509.
- Elzo, J., Lidon, J.M. y Urquijo, M.L. (1992). *Delincuencia y Drogas. Análisis Jurídico y Sociológico de Sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Espada, J., Botvin, G., Geiffin, W. y Méndez X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23, (84), 9-17.
- Escámez, J. (Ed.) (1990). *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dycinson.

- Fals-Stewart, W., y O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 432-442.
- Farrow, J.A. y French, J. (1986). The drug abuse-delinquency connection revisited. *Adolescence*, 21, 951-960.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Londres: Routledge.
- Gaviria, J. P. (2018) [Juan Pablo Gaviria]. (2018, febrero 19). Autoconocimiento. 5 trucos y consejos para conocerte y mejorar tu día [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=rNENwWmNEQY&t=141s>
- Gerza. (2020). Dinámica: el circo. Recuperado de: https://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas_dina/el_circo.html
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Evolución de la pobreza en España. Recuperado de: https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf
- Gómez, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evolución y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Guerri, M. (s.f.). Definición y características de las drogas [Mensaje en un blog]. Psicoactiva. Recuperado de: <https://www.psicoactiva.com/blog/definicion-y-caracteristicas-de-las-drogas/>
- Isorna, M. (2008). Importancia de la asertividad. *Padres y maestros*, (313), 39-40.
- Johnson, B.D., Wish, E.D., Schneider, J. y Huizinga, D.H. (1991). Concentration of delinquent offending: serious drug involvement and high delinquency rates. *The Journal of Drug Issues*, 21, 205-209.
- Laparra, A., Zugasti, N. y Martínez, L. (2015). El reto de la pobreza y la exclusión social severas y la necesidad de garantizar unos ingresos suficientes en España. En Aragón Medina, J. y Lezcano, F. (Ed.) *¿Estamos saliendo de la crisis? Cambios económicos y sociales en tiempos de incertidumbre* pp. 383-406.
- Llano, J. C. (2019). El Estado de la Pobreza. Seguimiento del Indicador de Pobreza y Exclusión Social en España (2008-2018). [Gráfico]. Recuperado de

https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf

- Llano, J. C. (2019). El Estado de la Pobreza. Seguimiento del Indicador de Pobreza y Exclusión Social en España (2008-2018). [Tabla]. Recuperado de https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_EL_CONTEXTO_NACIONAL.pdf
- Martínez, D. P., Pallarés, J., Barruti, M. y Espluga, J. (2010). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació Igenus.
- Martinón, R. (2006). *Las políticas de drogas en España (1982-1996) a través del marco de las coaliciones promotoras. Un estudio del cambio en las políticas públicas (Tesis inédita de doctorado)*. Departamento de Ciencia Política y Sociología de la Universidad Carlos III de Madrid.
- McBride, D.C. y McCoy, C.B. (1981). Crime and drug-using behavior: an areal analysis. *Criminology*, 19, 281-302.
- Miller, A. (2018). *El binomio ocio-familia desde el enfoque del ocio humanista el caso de las familias de la caja de compensación familiar del Huila Neiva-Colombia* (Tesis doctoral). Universidad de Deusto, España.
- Mugford, S. (1992). Licit and illicit drug use, health costs and the crime connection in Australia: Public views and policy implication. *Contemporary Drug Problems*, 19 (2), 351-385.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima, Perú: Centro de Información y Educación para a prevención del abuso de drogas.
- Pallarés, J. y Martínez, D. P. (2012). *¿La experiencia es un grado?* Barcelona: Fundació Igenus.
- Pallarés, J. y Martínez, D. P. (2013). La familia también cuenta. En Martínez, D. P. y Pallarés, J. (Ed.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (pp. 55-69). Lleida, España: Milenio.
- Picado, E. M. y Salgado, A. (2018). Perfil de las características y factores de riesgo de la drogodependencia. *Revista española de drogodependencias*, 43 (2), 29-47.
- Rodríguez, F.J., Paíno, S. G., Herrero, F. J. y González, L. M. (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9 (3), 587-598.
- Stockley, D. y Kolektiboa, E. (1997). *Guía ilustrada para Agentes de Policía*. Centro de recursos comunitarios. Bilbao.

- Valero, L., Ortíz, M., Parraa, M. M. y Jiménez, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de psicología*, 29 (1), 38-47.
- Usó, J. C. (2013). Políticas de drogas en España. En Pere, D. y Pallarés, J. (Ed.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (pp. 55-69). Lleida, España: Milenio.

9. ANEXOS

Anexo 1. Drogodependencia e impacto en el entorno sociofamiliar

Categoría 1: Perfil del drogodependiente

1. ¿Qué parentesco tienes con tu familiar drogodependiente?
2. ¿Qué consumía o consume tu familiar?
3. ¿A qué edad comenzó a consumir tu familiar?
4. ¿Qué edad tenía tu familiar cuando reconoció que tenía un problema con la droga?

Categoría 2: Impacto de la droga en la familia

5. ¿Cómo influyó esta noticia en la relación que tenías con él o ella?
6. ¿Cómo te sentiste cuando supiste que tu familiar tenía un problema con las drogas?
7. ¿Cómo influyó esta noticia en el resto de la familia?
8. ¿Quiénes han sido un apoyo para ti en este proceso?
9. ¿Quiénes te han ayudado cuando tu familiar ha sufrido alguna recaída?
10. ¿Te has sentido juzgado por las personas de tu entorno (pueblo o barrio) cuando conocieron la situación?

Categoría 3: Terapia a drogodependientes para su rehabilitación

11. ¿Él o ella ha asistido a algún tipo de terapia para eliminar el consumo?
12. ¿Qué pautas tenía que seguir este en el proceso de rehabilitación?
13. ¿Quién fue la persona que le recomendó esta terapia?
14. ¿Durante cuánto tiempo asistió a la terapia?

Categoría 4: Ayuda proporcionada por el familiar para la rehabilitación

15. ¿Crees que es importante que los drogodependientes tengan ayuda por parte de su familia para llevar a cabo el proceso de rehabilitación?
16. ¿Has asistido a algún tipo de terapia paralela a la de él o ella?
17. ¿Durante las terapias familiares te enseñaron cómo podías ayudarlo durante el proceso?
18. ¿Cómo le ayudabas durante el proceso de rehabilitación?
19. ¿Veías que tu ayuda daba resultados positivos?

20. ¿Encontraste alguna carencia por tu parte en el proceso de ayuda o ha habido alguna ocasión en la que no sabías cómo ayudarle?
21. ¿Qué te ha servido de esta terapia para ayudar a tu familiar?
22. ¿Te sentiste satisfecho/a con la ayuda que pudiste prestar a tu familiar?

Categoría 5: Ayuda profesional destinada únicamente a familiares

23. ¿Crees que los familiares necesitan ayuda profesional para sobrellevar esta situación?
24. ¿En estas terapias se trabajaba algún aspecto que tuviera que ver con el bienestar de los familiares?
25. ¿Qué trabajaron contigo para que te sintieras motivado durante el proceso?

Anexo 2. Evolución del consumo, cambios y consecuencias

Antes:

1. ¿Cómo era él antes de iniciarse en el mundo de la droga?
2. ¿Cómo lo veías tú? ¿Qué pensabas de él?
3. ¿Cómo era su día a día?
4. ¿Cómo fue su vida en general?
5. ¿Cómo era él con su familia (padres y hermanos)?
6. ¿Qué actitud tenía la familia con respecto a la droga?
7. ¿Pasaba tiempo con su familia?
8. ¿Qué hacía con sus amigos?
9. ¿Qué relación tenía con sus amigos?
10. ¿Cómo le iba en los estudios o en el empleo?
11. ¿Qué pensaba la gente de él?

Durante:

1. ¿En qué cambió él cuando el problema del consumo apareció?
2. ¿Cómo lo veías tú? ¿Qué pensabas de él?
3. ¿Cómo era su día a día?
4. ¿En qué cambió su vida en general?
5. ¿Cambió la relación que tenía con su familia?
6. ¿Pasaba tiempo con su familia?
7. ¿Qué actitud tuvo su familia?

8. ¿Qué hacía con sus amigos?
9. ¿Qué relación tenía con sus amigos?
10. ¿Cómo le iba en los estudios o en el empleo?
11. ¿La gente cambió su visión con respecto a él?

Después:

1. ¿En qué cambió cuando dejó el consumo?
2. ¿Cómo lo ves tú ahora? ¿Qué piensas de él?
3. ¿Cómo es su día a día?
4. ¿Cómo es su vida ahora?
5. ¿Ha cambiado la relación que tenía con su familia?
6. ¿Qué actitud tiene su familia con respecto a él?
7. ¿Pasa tiempo con su familia?
8. ¿Qué hace con sus amigos?
9. ¿Qué relación tiene con sus amigos?
10. ¿Cómo le va en su empleo?
11. ¿Qué visión tiene la gente de él ahora?

Anexo 3: Ejemplo de transcripción y codificación

A continuación muestro a modo de ejemplo dos de las entrevistas transcritas y codificadas con el programa de análisis de datos AQUAD7:

Memo de	a	Código	Princ.
0	1	EMD	7
0	14	18 CC	960
0	14	18 IE	960
0	21	23 CC	1514
0	21	23 CDPDE	1514
0	24	26 CC	1719
0	24	26 EV	1719
0	27	31 AUTDE	1881
0	27	31 CDPDE	1881
0	32	33 ALIMDE	2262
0	34	36 CC	2364
0	34	37 DEDE	2364
0	38	44 DFDE	2593
0	45	50 FDE	3115
0	51	54 DLDE	3521
0	54	62 AFDDE	3796
0	54	62 EV	3796

1) ¿Y cómo le iba en el empleo? ¿Ha seguido siendo responsable en su trabajo

2) mientras consumía o flaqueó un poquito?

3) La verdad es que él ha sido siempre muy trabajador, nunca... nunca han tenido

4) quejas en el trabajo en cuanto a rendimiento ha sido muy corriente, pero sí es

5) verdad que ha ayudado mucho que aquí en España estén las normativas estas

ya,

6) estas inspecciones laborales, estas normativas de que no se puede trabajar bajo

7) efectos del alcohol. Antiguamente tú te ibas a almorzar o te ibas y la gente se

8) tomaba sus cubatas, se tomaba sus cervezas y después volvía otra vez al trabajo

9) e iban ya con una media borrachera. Ahora ya el tema de riesgos laborales, eso

10) está muy regulado y eso está super prohibido, entonces eso a él si le ha venido

11) bien, porque...

12) Si no hubiera sido... hubiera sido de otra forma.

13) Claro... sí.

14) ¿Y la gente cambió su visión con respecto a él? La gente del pueblo.

15) La gente del entorno suyo cercano sí, como lo que es su familia directa sí,

16) porque han visto mucho la mejora y la evolución de responsabilidad, de... de no

17) meterse en los. Eso sí, pero después del entorno de amistades tampoco, no sé

18) yo hasta qué punto han visto ese cambio en la personalidad o las mejoras.

19) Bueno, pues ahora te voy a hacer preguntas sobre después de que él

consumiera,

20) ¿vale? A ver, en primer lugar:

21) ¿En qué cambió él cuando dejó el consumo?

22) Hombre, su actitud ya era otra, eh... cambia el descanso, cambia la

23) alimentación, cambia la actitud contigo mismo... instantáneamente.

24) ¿Y cómo lo ves tú ahora? ¿Qué piensas de él?

25) Hombre que ha dado un cambio, un giro de 180°, es que no es ni el reflejo de

no

26) que era.

27) ¿Piensas que ya está más alto de autoestima, está igual?

28) Sí está más alto. No digo que tenga la autoestima todavía todo lo que hay que

29) trabajarla, pero sí está... porque tiene ahora ya otra visión y otra idea, ya

30) es capaz de pensar por sí mismo, o sea, tiene ya la mente... ya si tiene

31) capacidad de... de ver las cosas con claridad.

32) ¿Y piensas que se conoce a sí mismo ahora?

33) Se está conociendo, está en ese proceso.

34) ¿Y en cuanto a tomar decisiones, sabe ya tomar decisiones, le cuesta un

poquito

35) más...?

36) Eh... le va costando un poquito menos, pero todavía hay... todavía le queda un

37) buen trabajo por hacer.

38) ¿Y físicamente? ¿Ha cambiado desde que dejó el consumo?

39) Físicamente claro que ha cambiado, es que ahora tiene un poquito de más

carne,

40) ahora come más. Antes con el consumo le mataba mucho el hambre, y a parte

ba

Memo de	a	Código	Prnc.	
0	1	6	CDPD	7
0	1	6	IF	7
0	1	6	RFD	7
0	1	6	RUD	7
0	1	6	VFD	7
0	7	16	CDPD	413
0	7	16	IF	413
0	7	16	VFD	413
0	9	14	RFD	599
0	10	11	EV	710
0	17	26	EV	1221
0	27	31	AUTD	1996
0	27	31	EV	1996
0	32	39	AUMD	2277
0	32	39	DEA	2277
0	32	39	DED	2277
0	34	34	PDD	2418
0	35	39	VFA	2518
0	35	39	VFD	2519
0	40	45	TOAA	2884
0	40	45	VFA	2884
0	46	51	CFD	3370
0	46	51	DEA	3370
0	46	51	DED	3370
0	52	60	DFD	3842
0	61	64	FD	4523
0	63	64	IF	4722
0	64	66	IF	4816
0	64	66	RUD	4816
0	64	66	VFD	4816

{ 1} ¿Y de forma personal cambió en algo, de su forma de ser, notabas tú algún
{ 2} cambio?
{ 3} Distante, distante. Tenía dos vidas, su vida donde se divertía estaba en la
{ 4} calle, y en casa pues era lo que es... dormir, comer, ducharse. Se convirtió...
{ 5} la vida en casa era la vida de un hostel. Donde te lo hacían todo, yo era
{ 6} pues... Tenía el papel de su madre.
{ 7} ¿Y cómo lo veías tú, qué pensabas de él cuando consumía?
{ 8} Cuando consumía me daba pena. Me daba mucha pena porque era... se veía
can...
{ 9} tan indefenso, tan de esto, y... y yo actuaba como madre, riéndole, y
{ 10} quitándole... Haciendo que no cogiera dinero, y controlándolo. Mi vida ya te
{ 11} digo, pasó a ser la de una madre. Yo lo que hacía más que nada era controlar,
{ 12} yo contaba el dinero. Yo iba a comprar y contaba el dinero que me quedaba,
por
{ 13} si me daba las vueltas y me cogía algo, saber lo que me había cogido, saber lo
{ 14} que... Y así me he llevado años, años controlándolo siempre, para tener cierta
{ 15} idea de que ¿falta dinero?, a ver lo que está haciendo, ¿habrá sido sólo
{ 16} alcohol? A ver... Y mi vida ya fue así.
{ 17} ¿Y en cuanto su autoestima, durante el periodo de consumo, veas que había
{ 18} algún cambio, tenía más autoestima, menos?
{ 19} Es que las personalidades de estas personas son muy complicadas, porque ellos
{ 20} se crean, o dan a entender de que son muy fuertes, de que hacen lo que ellos
{ 21} quieren, de que valen más que nadie, nadie les va a decir lo que tienen que
{ 22} hacer, y esa es la imagen que dan, y además es que no consenten que les
diga
{ 23} nada. Ellos saben lo que hacen, "yo sé muy bien lo que hago", eso me lo ha
{ 24} dicho muchísimas veces, pero que lo sepan de verdad, desde luego que no.
Nunca
{ 25} van las consecuencias, su mundo son ellos mismos, no hay nadie más. No les
{ 26} importa nada más.
{ 27} Entonces de autoestima.
{ 28} Es que la palabra autoestima es complicada, ya te digo de que ellos da la
{ 29} impresión de que sí, de que ellos piensan que se comen el mundo.
{ 30} Pero tú veas que no.
{ 31} Que va, el mundo se los come a ellos, totalmente.
{ 32} ¿Y piensas que se conocía a sí mismo?
{ 33} Sus límites no, sus límites no. Yo creo que era una persona que no... cómo lo
{ 34} digo. Que pensaba que tenía que poder con todo porque él era un hombre y
tenía
{ 35} que hacerlo, pero en definitiva era un niño pequeño al que había que marcarle
{ 36} todas las pautas porque yo creo que se las marcaron durante toda la vida, ha
{ 37} estado siempre, a lo mejor, demasiado controlado en el sentido de, no de lo
que
{ 38} hacía, porque él sala y hacía lo que le daba la gana, sino... es que es muy
{ 39} difícil de explicar.
{ 40} Que siempre le han regido unas pautas en su vida y él se limitaba a seguiras.

Entrevista 7.3 mano

[Cerrar](#)
[Ayuda](#)

Códigos

Buscar

Sustituir

Palabra clave

Buscar

Vista

Línea de tiempo

Resultados

