

Aproximación al concepto de apoyo familiar como variable en el tratamiento de las drogodependencias.

Llitrà y Virgili, E.

Psicólogo y biólogo. Diplomado en Gestión de Proyectos y Servicios Sociales. Gabinete de Estudios y Planificación. Departamento de Bienestar Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona (España).

Resumen

Este estudio presenta una aproximación bibliográfica a la cuestión del apoyo familiar en el tratamiento de las drogodependencias, y expone los resultados obtenidos a partir de una encuesta enviada a los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias de la red pública y concertada de Cataluña (España).

Se propone, en definitiva, una reflexión sobre la utilización y la importancia real de este recurso, así como sus posibilidades de mejora y de una mayor solidez en la conceptualización del término.

Palabras Clave

Drogodependencias, apoyo familiar, variable, conceptualización proceso terapéutico.

Summary

This paper presents a bibliographic approximation to the question of the familiar support in the drug addictions treatment, and exposes the results of an inquiry sent to the professionals of the services drug addictions care in the Catalonia public network.

It finally proposes a reflection on the use and actual significance of this recourse, as well as the possibilities to improve it and a soundest conceptualization of its definition.

Key Words

Drug addiction, familiar support, variable, definition, therapeutic process.

— **Correspondencia a:**

Esteve Llitrà i Virgili. Dep. Benestar Social de la Generalitat de Catalunya. Gabinet d'Estudis i Planificació. Pça. Pau Vila, 1. 08039 Barcelona (España).



Résumé

Cette étude présente un rapprochement bibliographique à la question de l'appui de la famille dans le traitement des droguedépendances, et nous exposons les résultats obtenus dans une enquête envoyée aux spécialistes de l'assistance aux droguedépendants du service public en Catalogne.

En définitive, nous proposons une réflexion sur l'usage et l'importance réelle de cette ressource, ainsi que les possibilités de son amélioration puis une conceptualization plus précise de sa définition.

Mots clé

Droguedépendances, appui de la famille, variable, définition, procès thérapeutique.

I. MARCOTEÓRICO

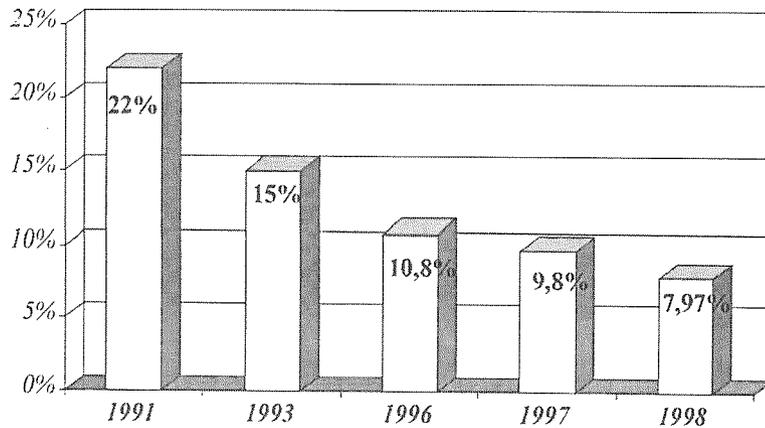
El apoyo familiar, y más ampliamente el apoyo social, es una variable del tratamiento de los drogodependientes contemplada ampliamente en la bibliografía que pueda consultarse en el ámbito de las drogodependencias, pero poco detallada y analizada en cuanto a especificar qué actitudes, actuaciones y recursos incluye la misma. No existe una sistemática delimitación y conceptualización de esta variable que nos permita establecer algún tipo de conclusión o comparación en relación a su uso por parte de los profesionales. Las causas de ello a buen seguro no deben ser en absoluto gratuitas, sino que pueden radicar posiblemente en la extrema dificultad que tienen los equipos terapéuticos para abordar y controlar tanto a nivel idiográfico como a nivel de todo el entramado social la utilización de forma rigurosa del apoyo social y familiar dentro de sus protocolos terapéuticos. En este sentido, se considera positivo realizar un intento de relacionar y agrupar todas las actuaciones, intervenciones o atenciones que pueden tener cabida en el concepto de apoyo familiar y social

en el contexto del abordaje de todo el programa terapéutico, y no sólo -como sucede habitualmente- en una fase ya avanzada del tratamiento, como es la de reinserción. Se trataría, por tanto, de investigar la relevancia y uso del apoyo familiar que hacen los profesionales en las diferentes etapas del tratamiento de las personas drogodependientes. Es conocido el interés de los profesionales del tratamiento ambulatorio en contactar con las familias, pero el resultado y dificultades de este proceso no suele quedar reflejado en los estudios publicados sobre terapia de las drogadicciones.

El objetivo de este estudio es contribuir a delimitar más la variable de apoyo familiar en la práctica cotidiana de la terapia en drogodependencias, su relevancia actual y la que debería tener. Se trataría, pues, de encontrar un espacio conceptual de acuerdo con la realidad y a través del punto de vista experto de los profesionales, y en este sentido intentar un apunte de posibles áreas de mejora en relación al uso de esta variable de apoyo familiar. Este planteamiento global puede desagregarse en los siguientes objetivos:



Gráfica 1.- Evolución del porcentaje de familiares en grupos en relación al número total de visitas individuales en los centros de atención ambulatoria a drogodependientes de Cataluña.



Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los informes anuales del Organismo Técnico de Drogodependencias de Cataluña. Los datos consignados para el año 1998 son los correspondientes al primer trimestre del año.

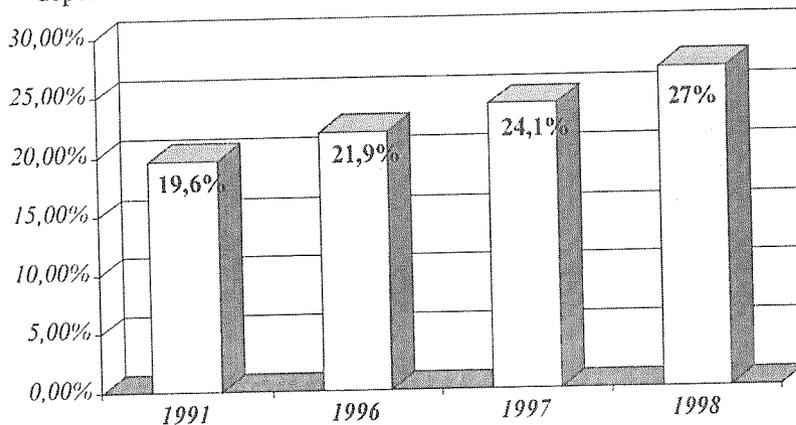
- Delimitación conceptual de la variable de apoyo familiar.
- Sondeo del manejo de la variable por parte de los profesionales.
- Sondeo de opinión de los profesionales y detección de áreas de mejora.
- Detección de diferencias de la variable para las diferentes drogas y las diferentes fases de tratamiento.

Obviamente, los profesionales terapeutas utilizan la variable de apoyo familiar, siempre que ello es viable y lo creen conveniente según el paciente y los recursos disponibles. En una rápida consulta a los informes anuales y trimestrales del Organismo Técnico de Drogodependencias de la Generalidad de Cataluña puede comprobarse la importancia que se da a este tema como componente del trata-

miento ambulatorio y también en la recogida de datos. Así, a nivel de actuaciones desarrolladas por los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de carácter ambulatorio de Cataluña se registra el parámetro número de familiares en grupos, y también las derivaciones a unidades hospitalarias de desintoxicación y a comunidades terapéuticas por falta del suficiente apoyo familiar. Si observamos las Gráficas 1, 2 y 3 se pone de manifiesto, sin embargo, un significativo descenso del número de familiares en grupos en relación al número total de visitas individuales, lo cual correlaciona asimismo con un aumento de las derivaciones a unidades hospitalarias y a comunidades terapéuticas cuya causa principal es la falta del apoyo familiar. En este sentido, se podrían hipotetizar posibles razones en la evolución de las estructuras

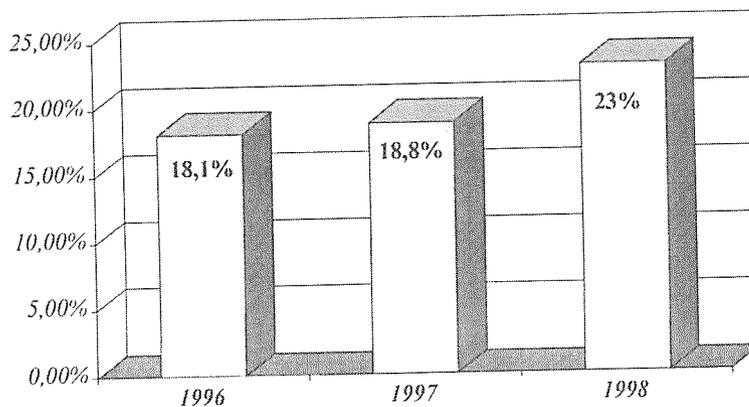


Gráfica 2.- Evolución del porcentaje de derivaciones a unidades hospitalarias de desintoxicación por falta de apoyo familiar en los centros de atención ambulatoria a drogodependientes de Cataluña.



Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los informes anuales del Organismo Técnico de Drogodependencias de Cataluña.

Gráfica 3.- Evolución del porcentaje de derivaciones a comunidades terapéuticas por falta de apoyo familiar en los centros de atención ambulatoria a drogodependientes de Cataluña.



Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los informes anuales del Organismo Técnico de Drogodependencias de Cataluña.



sociofamiliares y a nivel de escala de valores, en posibles fracasos en el abordaje terapéutico del ámbito familiar, etc.

Espina et al. (1996) ha estudiado las pautas parentales de crianza en toxicómanos, y en sus estudios ha puesto de manifiesto un predominio en las familias de adictos del vínculo control sin afecto en relación al grupo de referencia. Estos resultados sugieren que ciertas conductas de los padres pueden estar asociadas a un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos o psiquiátricos, en el campo de las toxicomanías, y que a nivel terapéutico sería conveniente incluir intervenciones familiares para conseguir un tipo de vínculo más adecuado.

Existen programas de deshabituación que contemplan la atención a los padres de los drogodependientes desde el punto de vista instrumental, en el sentido de que adquieran conocimiento y habilidades para ayudar a sus hijos a dejar las drogas. Pero también hay que tener presentes los grupos de autoapoyo que se centran en los padres como centro de la intervención, que facilita el desarrollo de su propia realización como persona (Pulido y Aranda, 1997). Independientemente del objetivo prioritario de estos grupos, es indudable que la mejora en la estabilidad personal de los padres puede redundar en beneficio de los hijos drogodependientes.

Es también necesario reconocer la utilidad que tienen las guías para padres, que sirven para orientar o en todo caso para evitar conductas contraproducentes en su relación con hijos drogodependientes (Montino, 1997).

Alonso et al. (1998) afirma que es fundamental la intervención en la familia, tanto de forma individual de cada miembro como a

través de los grupos informativos y terapéuticos de padres, pues sirve como eficaz complemento y apoyo al proyecto terapéutico individualizado que se presta a cada persona drogodependiente.

Desde el Programa Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia (Durán et al., 1996) se promueven dos tipos de actuaciones con los padres de drogodependientes: los grupos informativos y los grupos terapéuticos. A través de la intervención grupal se pretende informar, asesorar y proporcionar a los padres recursos para afrontar el largo proceso de la deshabituación y la rehabilitación del hijo/a drogodependiente. Para ello es básico conocer las actitudes y relaciones del sistema familiar: Mediante un cuestionario previo donde se recoge la información en relación a las actitudes de los padres, del papel que se atribuyen ellos mismos en el tratamiento del hijo/a, así como de las relaciones familiares actuales, se puede orientar el trabajo de intervención, tanto desde el programa de grupos como desde la intervención familiar individual. Esto proporciona información sobre los componentes afectivos y cognoscitivos de las actitudes, cuyo conocimiento es fundamental si se cree que la implicación de los padres en el proceso de tratamiento incrementa la eficacia del mismo y reduce el número de abandonos.

Cambiar el concepto que tienen los padres de la toxicomanía como una enfermedad por el de una forma de vida que genera enfermedades y conflictos psicológicos y sociales es un objetivo a conseguir en los citados grupos informativos. A partir de aquí, los padres pueden interiorizar la complejidad del tratamiento, y ello ya constituye una base para implicar a los padres en el proceso de cam-



bio de la forma de vida del hijo drogodependiente: cambio de actitudes, de valores, de comportamientos, etc. Conviene que conciencen que se trata de un proceso que requiere probablemente un cambio de actitudes de todo el sistema familiar; unas determinadas actuaciones familiares, un tiempo, y que no es una curación rápida realizada por los otros.

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo con los familiares de toxicómanos revelan como dato más significativo la extraordinaria densidad de sus relaciones parentales, que se oponen a la imagen mítica del toxicómano en ruptura con su familia, y la poca autonomía que de hecho poseen éstos a pesar de frecuentar las separaciones temporales.

Las experiencias en centros de tratamiento de familias de toxicómanos constatan las siguientes características:

- a) Patología familiar previa al consumo: aproximadamente alrededor del 50% de las personas drogodependientes.
- b) Ausencia de representaciones parentales auténticas: alrededor del 25% de las personas con problemas de drogodependencia.
- c) Ceguera familiar: los padres son los últimos en enterarse.
- d) Fratria: desplazamiento de síntomas entre hermanos, de alteraciones de la conducta en general.
- e) El mito de la armonía familiar:
- f) Transgresiones de la ley y normas morales.

El desarrollo del Plan Municipal contra las Drogas de Madrid (1995) contempla la familia como objeto de intervención, agente te-

rapéutico, cauce de normalización y mediador social dentro del proceso de rehabilitación y prevención de las drogodependencias. También se ha preocupado de establecer criterios, estrategias y modalidades de intervención familiar a realizar desde los centros ambulatorios.

El tercer Plan de actuación social 1997-2001 de Cataluña (1997) y en la misma línea el documento ¿Qué pueden hacer los servicios básicos de atención social primaria frente a las drogodependencias? (Alonso et al., 1998), dan especial relevancia a la cuestión del seguimiento y el apoyo del entorno sociofamiliar de la persona drogodependiente en tratamiento, y también a su influencia en el proceso de integración social una vez finalizado el tratamiento.

Alonso, Duran y Larriba (1998) ofrecen unas pautas de actuación según el nivel de intervención de los servicios básicos donde se apuntan, entre otras, las de informar sobre el papel de la familia fomentando actitudes que favorezcan el cambio, motivando a la familia para que haga un trabajo terapéutico de análisis del problema, y participen en la búsqueda de soluciones y superación del deterioro del ambiente familiar:

El Plan trienal de drogodependencias 1996-1998 del Gobierno Vasco (1996), de gran envergadura y alcance, plantea como uno de los objetivos generales posibilitar que el tratamiento de las personas drogodependientes se realice en su entorno familiar y social; no obstante, en su apartado de criterios para la asistencia, donde se plantea un esquema de abordaje exhaustivo de la persona drogodependiente, no se destaca la importancia como recurso del entorno afectivo y emocional de la persona en proceso de rehabili-



tación, hecho constatable en la mayoría de planes de actuación nacionales, autonómicos y locales, y las publicaciones que puedan consultarse en este sentido. No obstante, el Plan trienal del País Vasco sí dedica algunos programas específicos que contemplan la variable familiar, como el de intervención con familiares de bebedores problemáticos, el de centros monográficos de tratamiento ambulatorio (donde, entre otras, se realizan actividades de tratamiento psicoterapéutico familiar y intervenciones pos cura familiar) y el de comunidades terapéuticas (en el que se prevén actividades de terapia familiar).

A nivel preventivo, la mayoría de planes de actuación en drogodependencias sí que destacan de forma masiva y específica el papel fundamental que puede desarrollar la familia, pero después ésta parece perder todo su protagonismo, como si de forma inconscientemente consensuada se le adjudicase una etiqueta de fracaso en su función y que, como consecuencia, la solución forzosamente deba encontrarse en otro ámbito. Igualmente, la mayor parte de planes de intervención plantean una red de estructuras de actuación y asistencia que pueden ser de vital importancia en las diferentes fases de rehabilitación, con equipos multiprofesionales habitualmente muy preparados, pero que en el momento de la verdad pueden ser insuficientes sin un entorno afectivo que dé apoyo y estimule a la persona drogodependiente, un entorno afectivo que puede ser reconstruido o incluso, en ocasiones, creado de nuevo, al objeto de dar el apoyo óptimo a las personas drogodependientes en proceso de rehabilitación y reinserción.

No obstante, también se detecta una progresiva sensibilización por parte de los pro-

fesionales, y en este sentido Vallejo (1998) manifiesta la necesidad de la adaptación de los recursos a la mutación de los perfiles de los adictos en tratamiento, diferenciando las personas con una larga historia de consumo y con una desestructuración personal y familiar importante, de las personas con consumos más bajos y ocasionales y con una estructura familiar poco erosionada, pero intentando en ambos casos que vayan a dormir a sus casas al objeto de no romper con el entorno familiar y no convertir las comunidades terapéuticas en guettos.

El Plan Municipal sobre Drogodependencias del Ayuntamiento de Murcia (1997), por su parte, contempla en su apartado dedicado a la asistencia y en un epígrafe especial la asistencia directa al entorno familiar de la persona drogodependiente, como factor de refuerzo que mejora las condiciones de la atención. Como objetivo específico contempla potenciar la formación de familiares relacionados con el problema mediante actividades de intervención familiar.

Algunos autores (en Casas y Gossop, 1993) destacan en sus estudios la importancia del entorno social y familiar como sistema de apoyo para el compromiso de cambio de la persona drogodependiente en proceso de rehabilitación y de reinserción (Gossop, Saunders y Caballero). A menudo, para el clínico es difícil abordar el ambiente social de los pacientes, que con frecuencia puede ser la causa de la recaída. Hay que tener presente que si la presión ambiental es muy alta para el consumo de drogas, las intervenciones pierden fuerza y hacen falta más intervenciones de tipo social. Perry y Jasser afirman que no reconocer la necesidad de cambios macroambientales y distales, mientras se



subraya simultáneamente la responsabilidad personal frente a la salud, parece equivalente a culpar a la víctima. El consumo de drogas es un acto social, y conviene no olvidarlo. Así, en el emergente campo terapéutico de las técnicas de prevención de recaídas (Casas y Gossop, 1993) se está dando cada vez más relevancia a los factores de soporte social y afectivo. Por ejemplo, se pone de manifiesto que la probabilidad de recaer aumenta cuando se puntúa bajo en las escalas de satisfacción familiar y laboral. La familia y los amigos se destacan como factores protectores frente a las posibles recaídas y también respecto al compromiso de cambio conductual del paciente. Se señala, también, que determinadas actitudes asistenciales pueden tener repercusiones en el proceso terapéutico posterior; y en este sentido se recomienda implicar en el tratamiento a las familias o amistades más próximas. Por otro lado, las razones para desintoxicarse más manifestadas son las consecuencias negativas de la dependencia (salud y estilo de vida) y la presión de algún miembro familiar o de alguna persona de su entorno. Además, se manifiesta que el apoyo familiar; las relaciones de ayuda, en definitiva, el apoyo psicosocial, se pueden considerar un buen predictor de éxito terapéutico.

Funes (1995) plantea el debate entre integración, inserción e incorporación, en el sentido de contemplar la coexistencia de diferentes grado de integración, y que en todo caso siempre es más recomendable hablar de incorporación, más adecuado a cada proceso y al propio entorno social y familiar de cada drogodependiente.

En otros trabajos, como el de Royo (1990), se destaca la importancia del entorno afectivo en todo el proceso que vive la persona

que desea dejar el hábito de la drogadicción, y se remarca el papel fundamental del familiar o persona de referencia que ayuda, anima y acompaña al adicto, no sólo durante el programa de desintoxicación sino durante todo el proceso de tratamiento. Cuando no existe un entorno favorable debe provocarse como elemento básico para el proceso de recuperación, y encontrar el modo de gestionar los mecanismos que conducen a modelar y favorecer el entorno posible más conveniente.

En el estudio sociológico sobre rehabilitación de la drogodependencia en España, realizado por el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid (1987) a partir de un cuestionario pasado entre diciembre de 1986 y febrero de 1987, los padres de drogadictos se manifestaban ante la rehabilitación de sus hijos en un 75% de desacuerdo con la afirmación "nada puede hacerse por la rehabilitación de mi hijo", lo cual nos indica que la expectativa y mentalización en relación a la evolución de sus hijos es fuertemente positiva. No obstante, sólo el 41% expresa su desacuerdo en relación a la afirmación "una persona que ha probado la droga, nunca volverá a ser la misma". Es decir, los padres piensan en general que la rehabilitación es posible, pero que de alguna manera la adicción tendrá consecuencias inevitables en la futura evolución personal de sus hijos. En este mismo estudio se destaca el papel no suficiente pero sí esencial de la familia en el proceso de rehabilitación, y también el papel de la terapia grupal en reuniones con los familiares. Asimismo, se considera como un factor insoslayable de la fase de rehabilitación el hecho de que el medio familiar colabore activa y conscientemente, hecho reconocido por los



mismos drogodependientes, como un lugar de ayuda para solucionar su problema. Este estudio también concluye en sus resultados que el 85% de las familias buscan solución al problema de los hijos drogadictos, una muestra de lo cual es el gran movimiento asociativo de los padres de personas drogodependientes.

En otro estudio más reciente sobre la epidemiología del consumo y su evolución desde el año 1989 al 1992 referido a la población adolescente de Galicia (Luengo et al., 1994), promovido por la Xunta de Galicia, y en relación en concreto a la evolución de las opiniones sobre el grado de eficacia de los programas de orientación y asistencia familiar como medida en la lucha contra la droga, el porcentaje de los adolescentes que opinaba que era muy eficaz ha aumentado progresivamente del 58% el año 1989, el 60,4% en 1990, el 63,6% en 1991 hasta el 66,4% en 1992, lo que representa un incremento de 1989 a 1992 de alrededor del 15%, sólo superado por medidas como las campañas de información y la legalización de las drogas. Los centros de asistencia y la represión de los traficantes continúan, no obstante, en los primeros lugares como medidas más eficaces. En consecuencia, puede hablarse de un incremento de la percepción por parte de los adolescentes de la relevancia del entorno familiar en cuanto a actuación a tener en cuenta frente al problema de las drogas. Por otra parte, en este estudio se encontró relación entre todas las variables familiares seleccionadas (de consumo y afectivas) y el consumo de drogas del adolescente. Así, mientras las conductas de consumo de los miembros de la familia correlacionan positivamente con el consumo del adolescente, los aspectos afectivos positivos (comunicación, confianza,

relaciones padres) se asocian negativamente con todos los tipos de consumo. Es decir, el consumo de familiares actúa como facilitador y el apego a la familia inhibe el consumo. Se confirma, pues, que la ausencia de armonía familiar entre los padres y la falta de comunicación y confianza entre padres e hijos son correlatos importantes del consumo del adolescente.

En una encuesta realizada el año 1996, los andaluces opinan (Navarro, 1997) que los centros especializados en toxicomanías son los que ofrecen la ayuda más eficaz para dejar las drogas (58,4%), pero en segundo plano y con cierta importancia mencionan a la familia como recurso (17,2%), por delante de las asociaciones de ex drogadictos, y otras actuaciones ya son mencionadas muy minoritariamente.

En otra encuesta efectuada en la Comunidad Valenciana (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1997) sobre una muestra representativa y estratificada de toda la población, pasada durante el mes de noviembre de 1996, llama la atención la opinión del 24% que cree que la familia ayuda a dejar la droga, situándola como recurso en segundo lugar. Además, se cita la armonía familiar como un importante factor de protección ante el abuso del alcohol, los psicofármacos y otras drogas.

Izquierdo y Caro (1995) han construido un instrumento que puede permitir inferir un pronóstico para drogodependientes en tratamiento. Como parte de las variables a tener en cuenta estos autores contemplan las familiares: núcleo de convivencia (grado de estructuración) y la figura del familiar responsable (según exista o no esta figura, y su grado de vinculación en el proceso).



Díaz y Villaverde (1997) apuntan el papel fundamental del apoyo proporcionado por la familia, especialmente el prestado por las madres y también por las compañeras o mujeres. En su grupo de estudio la mayoría de personas en tratamiento por drogodependencia reconocen que este apoyo ha sido lo más importante en su proceso de recuperación. Estos profesionales, y también Alonso, Duran y Larriba (1998), ponen de manifiesto el valor de presión que ejercen las familias, así como la percepción ambivalente de este hecho en la experiencia de las personas drogodependientes. Además, destacan la existencia de muchas familias con más de un miembro drogodependiente, con la consiguiente mayor complejidad de las situaciones. Díaz y Villaverde (1997) plantean la colaboración con la familia en diferentes niveles de actuación:

- a) Tratamiento ambulatorio: siempre se busca, si es posible, el apoyo de la familia.
- b) Cursos de formación para madres de personas drogodependientes.
- c) Coordinación estable e institucionalizada entre los recursos públicos y la red de apoyo informal, para que no dependa tanto de la voluntad o conocimiento de cada profesional.

Por su parte, Pinto (1997) ha elaborado y desarrollado específicamente un programa educativo dirigido a adolescentes que consumen drogas de síntesis. Este proyecto tiene como uno de sus principios fundamentales el papel de importancia prioritaria de la familia como marco esencial en el que se desarrolla el crecimiento del adolescente y como plataforma desde la que se puede llevar a cabo el seguimiento del proceso. Asi-

mismo recoge, entre otros, un paquete de objetivos generales en relación a la familia, como son:

- a) Reasunción de los roles familiares y replanteamiento de los límites dentro de la familia.
- b) Mejora de la comunicación intergeneracional e intrageneracional.
- c) Identificación, por parte de la propia familia, de los conflictos y problemas que puedan surgir dentro de la misma.
- d) Ayuda a la familia a encontrar fórmulas propias de elaboración de soluciones ante los conflictos.
- e) Definición de criterios y pautas educativas que favorezcan un estilo de vida saludable.

El modelo de intervención que propone Pinto recoge un programa específico para las familias que contempla seminarios y grupos informativos, entrevistas unifamiliares, dinámicas de grupo de padres/hijos y escuela de padres. Como objetivo global de esta escuela de padres se pretende facilitar a la familia un espacio de reflexión sobre su problemática personal, familiar y social, así como los recursos necesarios para afrontar de forma positiva el proceso evolutivo de sus hijos.

Pinto, en sus conclusiones, deja patente el éxito de su proyecto, pero no deja de señalar en relación a las familias ciertas dificultades de posicionamiento de los padres en el ambiente familiar y ciertas tentaciones de delegar sus decisiones en el equipo terapéutico.

Matellanes, Berdullas y González (1994) han estudiado la evolución de los tratamientos ambulatorios para drogodependientes y



señalan el auge actual de los modelos integradores, que contemplan la drogodependencia como un fenómeno de etiología multicausal en el que participan factores sociales, económicos, culturales, individuales y familiares, entre otros, y que por tanto, su superación supone la adopción de un estilo de vida diferente que afecta a los niveles afectivo, intelectual, relacional, familiar, etc. Los modelos integradores, en consecuencia, deben provocar cambios tanto a nivel individual, como del entorno. Y en concreto, estos autores detallan que las intervenciones integrales deben producirse, además de sobre el individuo, también sobre la esfera familiar (pareja, hijos, etc.), entorno relacional y medio social.

Por otra parte, debe recordarse igualmente la utilización que se efectúa de la familia como instrumento del tratamiento en todo el campo de la terapia sistémica. A modo de ejemplo, se cita el porcentaje de utilización de familias como medio propio del tratamiento, entre el 52% y el 69% según el año analizado (Ruiz-Prados y Carrera, 1996). En la monografía sobre intervención coordinada por Matellanes (1996), se pone de manifiesto la importancia de la terapia familiar como técnica de intervención en drogodependencias desde la perspectiva sistémica-relacional, asumiendo la necesidad de que la familia forme parte activa en el tratamiento, dado que la problemática adictiva se fundamenta en el marco evolutivo del individuo. Además, se afirma que los factores que determinan una demanda de las personas con drogodependencia vienen dados por la naturaleza y las características que configuran la constitución familiar. Se defiende, asimismo, la relevancia de la terapia familiar en este ámbito como

un intento deliberado de modificar el síntoma y reordenar la estructura de relaciones familiares al objeto de obtener una solución rápida del problema adictivo.

Cañuelo (1997), cuando plantea los problemas de abordaje de la intervención en drogodependencias, enumera los siguientes por parte de la familia: vergüenza social (tendencia a esconderlo); acuden cuando lo perciben como situación límite; miedo a la recidiva; resistencia a colaborar en el proceso; codependencias, a veces más patológicas que el propio alcoholismo del familiar; y patología familiar concomitante. El mismo autor destaca en cuanto a la actuación con la familia los siguientes puntos:

- a) Es necesario concienciar a la familia de la importancia que tiene el núcleo familiar en el proceso terapéutico.
- b) La familia es importante en el proceso como colaboradora o como sujeto del tratamiento.
- c) Cada miembro de la familia debe responsabilizarse e implicarse en función de sus posibilidades y de su capacidad personal.

Para ello, Cañuelo utiliza la terapia didáctico-informativa, mediante técnicas de motivación de la participación en el proceso, desdramatización de la situación, estimulación del esfuerzo personal y del cambio de actitudes, y de contacto con los profesionales implicados en el tratamiento. Y ante la recaída, establece con la familia una dinámica de aceptación de la recaída como hecho previsible dentro del proceso terapéutico, aunque no deseable, y concienciando de la necesidad de continuar con el proceso terapéutico.

Girón y Cruz (1997) señalan que en el trabajo con alcohólicos se detecta frecuente-



mente tras el logro de la abstinencia la producción de una serie de situaciones en el entorno familiar; que muchas veces resultan una invitación implícita para retornar al consumo. La perspectiva sistémica ayuda a comprender estos fenómenos. En este sentido, se puede comprobar cómo la conducta alcohólica juega un papel substancial en el sustento de determinado status quo familiar; es decir, en la homeostasis del sistema relacional familiar. El alcoholismo sería una propuesta de solución a un conflicto que pone en crisis la continuidad de este sistema, se trata de un producto elaborado por la familia para afrontar la crisis. Cuanto mayor es el temor a un mal desenlace mayor será la dificultad para deshacerse de la conducta sintomática, dada su finalidad positiva para la historia de este sistema familiar.

De forma genérica, Steinglass (en Girón y Cruz, 1997) propone un protocolo terapéutico que tiene cuatro etapas, que vienen definidas por sus objetivos asociados:

- 1) Diagnóstico del alcoholismo y definición como problema de la familia.
- 2) Eliminación del alcohol del sistema familiar: la desintoxicación para conseguir la abstinencia.
- 3) El desierto emocional: se trata de ayudar a la familia que tolere esta etapa de sensación de vacío por su anterior adaptación a la situación de alcoholismo.
- 4) Reestabilización de la familia y organización de ésta: cuando se alcanza un nuevo plano homeostático, que puede incluir terapia conyugal, donde el problema ya no es el alcohol sino los problemas subyacentes, y donde incluso se puede llegar a una situación de divorcio negociado como solución óptima.

En el libro de Soto (1998) las madres manifiestan en relación a los tratamientos ambulatorios que necesitan un apoyo familiar muy fuerte -del que los adictos carecen en muchas ocasiones- y que el perfil de usuario real no encaja con el preestablecido por este tipo de tratamientos. También afirman que aunque muchas veces existe conflictividad familiar, es fundamental el apoyo de la familia, madres, hermanas y compañeras a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Cuando se analiza la influencia del entorno, tanto a nivel estructural como a nivel de personas que lo conforman, y tanto a nivel preventivo como desencadenante o como coadyuvante en el proceso de recuperación y reinserción, se debería tener presente qué factores entran en juego cuando a la persona se la separa de su medio habitual y se la sitúa en una comunidad terapéutica. En efecto, en esta situación la persona se encuentra con otras personas que padecen su mismo problema y a partir de aquí se pueden establecer unas relaciones de ayuda mutua muy importantes, y por supuesto con unas intervenciones profesionales eficaces, pero también es cierto que según sea la dinámica y composición del grupo puede establecerse un tipo de relación, de comunicación, de lenguaje, de mutua dependencia, muy similar al que pueda producirse en los grupos de colegas del barrio y, que en este sentido, la supuesta rotura de estructuras relacionales y de hábitos asociados a la drogadicción no sean en absoluto tan marcados como pensamos. Se ha citado además, como inconveniente de las comunidades terapéuticas, la posibilidad de que pueda darse con mayor facilidad un desentendimiento familiar (Sánchez Orantes, 1996). Creemos, por tanto, que cuando se



produce el ingreso en una comunidad terapéutica conviene, siempre que sea posible, seguir trabajando con la familia.

Según Martín y Suárez (1998) la familia no discrimina fácilmente las señales o indicios que llevan al drogodependiente a los consumos esporádicos o recaídas. Por este motivo, estas autoras pretenden intervenir psicosocio-educativamente con las familias de los drogodependientes que se encuentran en tratamiento y en fase de incorporación social, con el fin de poder ayudar y orientar a la familia en su proceso de desarrollo y crecimiento hacia una mejor calidad de vida, así como para facilitar el acceso a la información, ofrecerles pautas de actuación que les permita prevenir las recaídas y preparar la vinculación de la familia con las redes sociales comunitarias para poder alcanzar los objetivos terapéuticos y la incorporación sociolaboral del drogodependiente. Su proyecto de intervención se centra en los niveles individual, grupal y comunitario, y se estructura en iniciación y formación básica, terapias unifamiliares (abordaje psicosocial y la frecuencia en función de la evolución de la propia familia), terapias grupales multifamiliares (aprendizaje de estrategias, búsqueda de alternativas) e intervención domiciliaria (planeamiento más acertado en función de la realidad del usuario y de la familia) y seguimiento (mantener el contacto con la familia).

Sánchez (1995) analiza el papel del trabajador social en el trabajo grupal desarrollado con los padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias, y en este sentido caracteriza la familia como elemento significativo para el abordaje del fenómeno y la necesidad de intervención con la familia, consi-

derando a ésta como recurso asistencial y preventivo en drogodependencias.

En la misma línea, García y Sebastián (1995) también defienden desde el trabajo social la conveniencia del trabajo grupal con los familiares de drogodependientes que realizan tratamiento ambulatorio, como una intervención para contribuir a que la familia asuma su función y participe a lo largo del proceso de tratamiento, dentro de un espacio grupal creado expresamente para los familiares.

Conviene remarcar que el objetivo último de todo proceso de recuperación y de reinserción que tenga en cuenta la variable del entorno familiar/afectivo debería garantizar que el equilibrio de la persona ex drogodependiente no dependiera únicamente y de forma esencial de una única persona (madre, padre, pareja, amigo, etc.), sino de la adquisición de una manera de entender el entorno y las relaciones por parte de la persona en tratamiento que la dotase de habilidades cognitivas y conductuales suficientes para saber buscar y provocar las condiciones del entorno que ella sabe que le son más favorables. De hecho, estamos afirmando que el objetivo tiene que ser lógicamente que la persona madure, supere su historia personal (no que la olvide) y aprenda a gobernar su propia vida. Esto sería, en definitiva, el final de un camino y el principio de otro. Pero antes es necesario que la persona en tratamiento reconozca y aprenda cuáles son las condiciones del entorno que la ayudan en su equilibrio, y para ello es imprescindible apoyarse en el ambiente o personas que le puedan ofrecer un soporte fiable y de calidad.

Un tratamiento, por innovador y costoso que sea, que no tenga en cuenta en el proceso de rehabilitación el entorno que se en-



contrará el ex drogodependiente (el entorno de llegada, no el de origen) como una parte fundamental del mismo tratamiento, está destinado al fracaso.

Sería positivo articular el apoyo familiar/entorno afectivo como una parte más del tratamiento, que debería sistematizarse y recogerse en los protocolos terapéuticos para optimizarlo como recurso por parte de todos los profesionales, y no como una alternativa utilizada de forma complementaria y heterogénea. Se pretende, pues, destacar el papel de la familia como agente mediador y como recurso de apoyo en la rehabilitación de personas drogodependientes; es decir, la relevancia de la participación familiar y su necesaria consideración en los procesos rehabilitadores.

De hecho, cuando se considera la cuestión familiar en el abordaje de las drogodependencias pueden inferirse diferentes funciones y roles que la familia es susceptible de desarrollar. Así, las familias pueden ser tanto objeto de intervención como agente terapéutico, y con un enfoque amplio incluso las dos cosas simultáneamente; como también pueden ejercer simplemente de cauce de normalización o de mediador social. No obstante, en nuestro estudio nos interesa destacar especialmente su papel como agente terapéutico, si bien no siempre se podrá aislar este rol cuando la misma familia es objeto de intervención.

2. METODOLOGÍA

Se realiza una encuesta de 34 preguntas, de las cuales 24 son cerradas, 7 semiabiertas y 3 abiertas (ver Modelo de encuesta), enviada por correo y dirigida a los todos los

centros especializados en el tratamiento que forman parte de la red pública o concertada de atención a las drogodependencias de Cataluña: Centros de Atención y Seguimiento (CAS), Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD), comunidades terapéuticas, centros de día de actividades y servicios residenciales de atención a drogodependientes (pisos). La encuesta puede ser cumplimentada por uno o varios profesionales de cada centro. El contenido de la misma se adecua y delimita al máximo al objeto de estudio y los profesionales expertos a los que se dirige. El pase se ha realizado durante el mes de noviembre de 1998 por correo ordinario.

En bastantes preguntas se indica que puede señalarse más de una opción, por tanto es frecuente que en el análisis de datos la suma de porcentajes parciales supere el 100%.

El proceso de vaciado de las encuestas y análisis cuantitativo de los datos se ha realizado con la ayuda del soporte informático Microsoft Excel. En relación a la conceptualización del apoyo informal (pregunta 29) se ha realizado un inicial análisis de frecuencias, a partir del cual se han asociado y categorizado conceptos, para posteriormente modelar una propuesta de proceso explicativo del fenómeno del apoyo familiar.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 96 encuestas enviadas a los centros especializados en el tratamiento de drogodependencias de Cataluña, se ha obtenido respuesta de 31 encuestas, es decir, de más del 32% del total. El grado de calidad de los registros ha sido muy alto, tanto en lo que se refiere a la interpretación de la práctica totalidad de las cuestiones planteadas, como



en el grado de detalle plasmado en las respuestas a las preguntas abiertas y semiabiertas. Algún caso concreto de dificultad se comenta en el apartado correspondiente. Cabe reseñar aquí el esfuerzo y espíritu de colaboración de todos los profesionales que nos han tramitado la encuesta cumplimentada.

Es de destacar la variedad de profesionales que han intervenido en la cumplimentación de las encuestas: 11 trabajadores/as sociales, 11 psicólogos/as, 7 médicos y 2 educadores, categorías profesionales que conforman el núcleo de los profesionales cualificados de atención a las drogodependencias.

Se ha obtenido, además, una distribución de las respuestas según el tipo de centro o servicio muy próxima a la distribución tipológica inicial de los 96 centros a los que se ha encuestado. En este sentido, se ha recibido respuesta de 20 CAS, 3 UHD, 3 comunidades terapéuticas, 2 servicios residenciales y 3 centros de día de actividades.

La distribución geográfica de las encuestas contestadas, por lo que respecta a las cuatro provincias catalanas, es la siguiente: 20 de Barcelona, 4 de Tarragona, 4 de Girona y 3 de Lleida. Asimismo, por la ubicación de los centros desde donde se ha tramitado la respuesta se pueden clasificar 15 de ámbito metropolitano, 9 de ámbito urbano y 7 de ámbito rural o semirural.

Dado el nivel de respuesta, tanto en su aspecto cuantitativo como cualitativo y la positiva distribución de la misma comentada en los párrafos precedentes, pensamos que el grado de fiabilidad, validez y significación de los resultados es alto para casi todas las cuestiones planteadas. A continuación se enu-

meran y comentan los resultados concretos obtenidos para las 34 preguntas que se proponían a los profesionales de atención a las drogodependencias de la red pública de Cataluña.

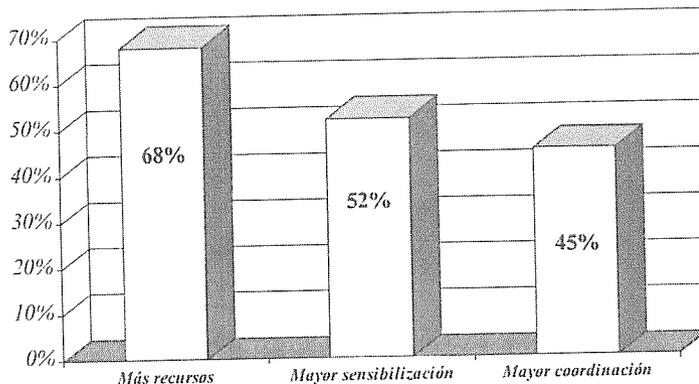
El 100% de los profesionales que han respondido la encuesta consideran que se podría mejorar la variable de apoyo familiar con el objetivo de optimizar los tratamientos.

En relación a los factores que podrían influir en esta mejora se manifiesta en un 68% de las respuestas la conveniencia de disponer de más recursos, un 52% de mayor sensibilización y un 45% de mayor coordinación. Además, hay tres profesionales que destacan específicamente la necesidad de disponer de más tiempo para atender a los usuarios y sus familias, y otros profesionales, a su vez, también manifiestan las carencias de información, de formación y de espacio disponible para los tratamientos como obstáculos para la mejora del recurso de apoyo familiar (Gráfica 4).

El 71% de los profesionales afirma que los protocolos de intervención que utilizan prevén sistemáticamente los contactos con la familia o entorno afectivo de la persona drogodependiente.

En relación a la cuantificación de los contactos que se producen por término medio a lo largo de un proceso terapéutico con la familia o entorno afectivo para las principales diferentes drogadicciones, se ha obtenido un nivel de respuesta bajo. Únicamente se pueden considerar válidas para proceder a su cuantificación la respuesta de 7-8 profesionales. Nos parece que este bajo nivel de respuesta es significativo en relación a la ausencia de control de la utilización del apoyo

Gráfica 4.- Factores de mejora del apoyo familiar en el tratamiento de las drogodependencias*



* En porcentajes de respuesta absolutos.

familiar en el tratamiento. Es indudable que la mayoría de profesionales recurren al apoyo familiar siempre que ello es posible y lo interpretan como favorable para el pronóstico de la adicción, pero probablemente casi siempre de forma complementaria. No se registran por tanto de forma sistemática los contactos realizados para cada tratamiento, cuestión de otro lado bastante comprensible dada la variabilidad y complejidad de cada situación en el ámbito de las drogodependencias. No obstante, de acuerdo con las respuestas que se han podido cuantificar tendríamos como promedio 16 contactos en las adicciones al alcohol, 11 contactos con la familia para cada tratamiento en el caso de la heroína, y 7 contactos para la cocaína, el cannabis y las drogas de diseño.

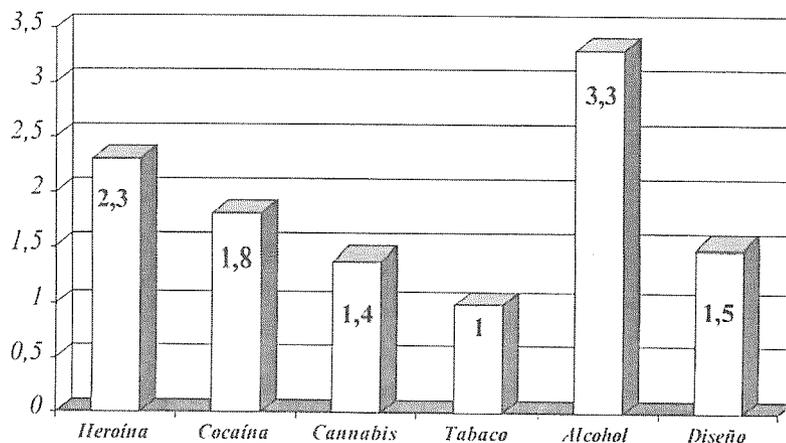
El 52% de los profesionales sostiene que los contactos con la familia experimentan un

incremento en el caso de adictos que hayan pasado ya por anteriores procesos terapéuticos. Sorprendentemente el 39% opina justamente todo lo contrario, es decir, que los contactos experimentan un descenso. Estos resultados pueden interpretarse como que realmente el hecho de haber pasado por anteriores tratamientos no tiene una excesiva influencia en la utilización del recurso familiar; bien que se han producido dificultades de interpretación por una deficiente redacción de la pregunta, o bien por una falta de registro y control de este aspecto por parte de los agentes terapéuticos.

Según las respuestas obtenidas, los contactos con la familia se producen habitualmente a instancias de los terapeutas o de las familias, y muy residualmente la iniciativa parte del propio paciente o bien de otros profesionales. Se puede afirmar que prácticamente



Gráfica 5.- Indicador ponderado del grado de facilidad para conseguir la colaboración familiar según el tipo de drogodependencia*



* Se pondera en función del grado de colaboración más bajo (el tabaco), que se toma como valor 1.

te siempre el profesional intenta contactar con la familia, mientras que la familia busca este contacto en un 75% de los casos, aproximadamente. El paciente únicamente parece estar interesado inicialmente en que este contacto se produzca en alrededor del 25% de las ocasiones.

En lo que concierne a la mayor o menor facilidad para conseguir la colaboración familiar según el tipo de drogodependencia de que se trate, y después de construir una escala para ponderar las diferentes intensidades o grados de colaboración, los resultados indican que si el tabaco tiene el nivel de colaboración mínimo ponderado como valor 1, se situarían con una baja intensidad de colaboración el cannabis (1,4), las drogas de diseño (1,5) y la cocaína (1,8) y con una alta intensidad de colaboración familiar se situarían la heroína (2,3) y el alcohol, con el máxi-

mo nivel de colaboración familiar con un valor de 3,3 (Gráfica 5).

Los profesionales de atención a las drogodependencias consideran mayoritariamente (68%) que el apoyo familiar o del entorno afectivo de la persona drogodependiente es un factor clave desde el punto de vista de su enfoque terapéutico, mientras que un 32% de estos profesionales cree que es más bien un factor complementario.

De los profesionales que consideran el apoyo familiar un factor clave, el 64% opina que dicho aspecto está suficientemente contemplado en su práctica terapéutica habitual, mientras que el 36% restante piensa que no lo contempla suficientemente.

En cuanto al tipo de contacto que se establece mayoritariamente con la familia o entorno afectivo al fin de utilizarlo como recur-



so de apoyo al tratamiento, se prioriza en un primer lugar muy destacado las entrevistas, mientras en un segundo plano se sitúan los contactos por teléfono y las reuniones de grupos, en tercer lugar los contactos esporádicos y por último y de forma muy accidental los seminarios y los cursos.

Los contactos se establecen en una mayoría de situaciones con la pareja o con la madre de la persona drogodependiente (en más del 90% de las situaciones), en segundo lugar con el padre (alrededor del 50%, de forma probablemente complementaria), en tercer lugar con los hermanos (en una de cada cuatro situaciones) y en cuarto lugar y de forma muy puntual con los amigos/as (aproximadamente en el 7% de las situaciones).

El 77% de los profesionales que nos han tramitado su respuesta utiliza la familia o entorno afectivo, cuando es posible, como instrumento para realizar el seguimiento del usuario a lo largo del tratamiento, mientras el 16% de los mismos no utiliza la familia para esta tarea.

Casi la totalidad de los profesionales que nos han remitido su respuesta (97%) se manifiestan positivamente en relación a la utilización de la familia o entorno afectivo, cuando es posible, como recurso propio del tratamiento.

Por otro lado, el 90% de los profesionales piensa que la búsqueda y el contacto con la persona más idónea del entorno familiar o afectivo de la persona drogodependiente se ha de efectuar, en caso de ser factible, lo más pronto posible.

Como actuaciones específicas para contactar lo más rápidamente posible con el entorno familiar, los profesionales efectúan llama-

das directas a la familia en el 52% de las situaciones, se coordinan también con los servicios sociales en este sentido (42%) y lo realizan asimismo a través del propio paciente (32%).

El 68% de los profesionales opina que el apoyo familiar debería constituir una variable a recoger de forma sistemática en los protocolos de intervención, el 29% piensa que debería ser una variable a considerar según cada situación, y sólo el 3% sostiene que debería ser una variable a considerar según la práctica de cada profesional.

El ambiente familiar y afectivo del paciente muy a menudo puede ser la causa tanto de la recaída (como factor de riesgo) como del éxito del tratamiento (como factor de protección) para el 77% de los profesionales que nos han enviado su respuesta, mientras que el 3% de los mismos minimiza la importancia del factor familiar:

En relación a las dificultades que se encuentra el terapeuta en el abordaje de la cuestión del ambiente familiar o afectivo de las personas drogodependientes, a partir de lo manifestado por los profesionales, un 90% señalan la desestructuración familiar como principal fuente de dificultades, y ya con porcentajes bastante inferiores se cita las carencias de coordinación (29%), la propia resistencia del paciente (19%), la resistencia de la familia (13%) y finalmente la ausencia de protocolos (10%) (Gráfica 6).

El 39% de los profesionales que ha respondido la encuesta piensa que sería positivo protocolizar en el seguimiento de los adictos en tratamiento y también una vez finalizado el mismo, unos contactos telefónicos o directos con algún familiar de forma periódica.



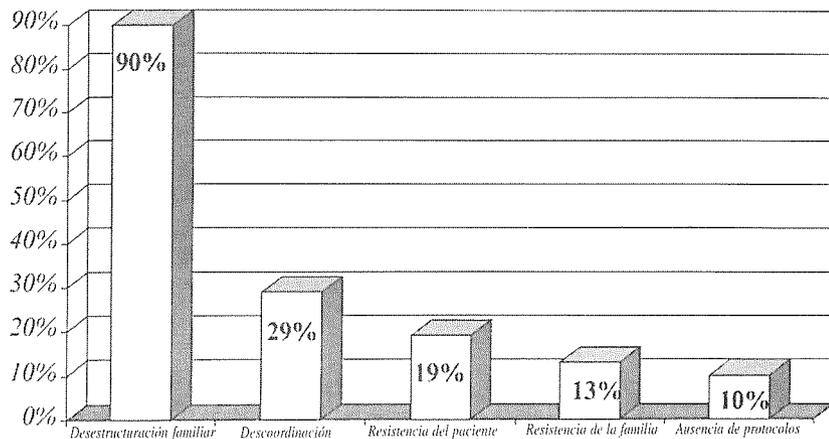
ca, mientras que justamente otro 39% de los profesionales cree que ello no es conveniente. Por otra parte, un 16% más pone de manifiesto que ya vienen realizando dicha actuación. En consecuencia, se detecta una mayoría leve que se decanta por la bondad de este tipo de intervención, pero las conclusiones en esta línea han de ser prudentes.

En relación al intento de nuestro estudio de construir una aproximación al perfil de la persona principal que da apoyo informal a los pacientes adictos en tratamiento, cabe concluir en primer término la deficiente especificación en la redacción de la pregunta de la encuesta. Sólo a este motivo se puede deber la falta de adecuación del tipo de respuesta, en general muy inespecífico, al objetivo inicial de la pregunta. Algunas respuestas en blanco tal vez sean producto también de una ausencia de registro de esta cuestión por

parte de los profesionales. No obstante, algunos profesionales sí nos han plasmado el perfil habitual asignado a las personas que constituyen el principal apoyo informal a los drogodependientes. Así, a nivel de vínculo, y como se puede deducir de una anterior cuestión ya comentada, prevalecen las figuras de la pareja y la madre. Como intervalos de edad se citan mayoritariamente los de 25-45, 30-50 y 40-60 años. Además, bastantes profesionales destacan la trascendencia de la convivencia en un mismo domicilio para poder realizar la tarea de apoyo familiar.

Por lo que concierne a los motivos por los cuales se habla poco del apoyo informal en libros y revistas del ámbito de las drogodependencias, se responde en un 42% por la utilización poco sistemática de este recurso, según la práctica de cada profesional, en un 19% por la falta de estudios específicos, en

Gráfica 6.- Dificultades en el abordaje del ambiente familiar en el tratamiento de las drogodependencias*



* En porcentajes de respuesta absolutos.



un 10% por ser un recurso poco utilizado y un 10% por otras razones.

El 61% de los profesionales afirman que actualmente ya establecen pautas y orientaciones de seguimiento para detectar e intervenir en posibles situaciones con incremento del riesgo de recaída a través de la familia, mientras un 32% cree que es viable realizar dicha actuación y un 3% no lo cree viable.

La colaboración de la familia o entorno afectivo en el tratamiento de las personas con drogodependencia es vista por los profesionales preferentemente como básica en un 55% de sus respuestas, como complementaria en un 32%, y como recomendable en un 10%. Ningún profesional la considera inviable o no conveniente (Gráfica 7).

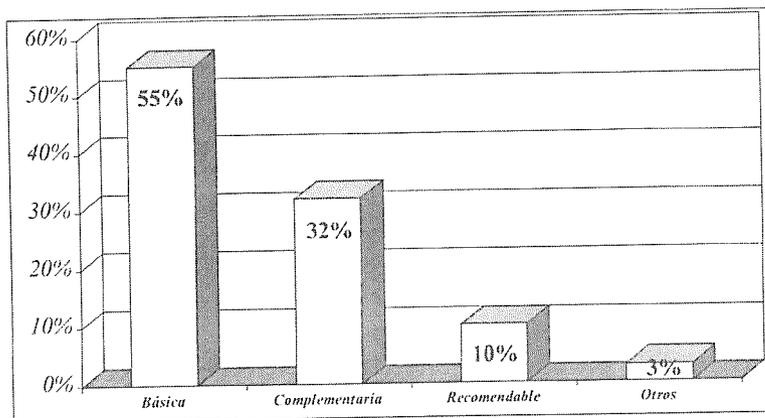
Respecto al papel adjudicado a la familia o entorno afectivo por los actuales abordajes terapéuticos, los profesionales piensan preferentemente que es mejorable en un 55%

de las respuestas, mientras que un 19% piensa que es insuficiente, un 10% que es correcto y otro 10% que no está definido (Gráfica 8).

En relación a la pregunta de cuáles son las fases del tratamiento donde la colaboración familiar puede ser más decisiva, el 58% de los profesionales manifiesta que lo es en todas las fases del mismo, mientras que el 29% señala la fase de deshabitación, el 19% la reinserción y también el 19% el seguimiento, el 13% la fase de desintoxicación y el 6% la rehabilitación. Hay, por tanto, una clara mayoría que se decanta por considerar la colaboración familiar relevante en todas las fases del tratamiento, matizada por una serie de profesionales que destacan específicamente algunas fases concretas, especialmente la deshabitación, la reinserción y el seguimiento (Gráfica 9).

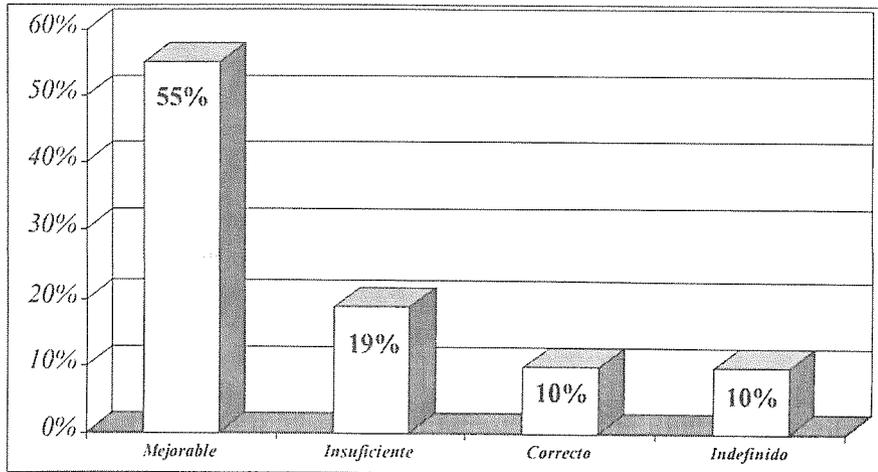
Según los profesionales, el tipo de proble-

Gráfica 7.- Opinión de los profesionales del tratamiento de las drogodependencias en relación a la importancia de la colaboración familiar.

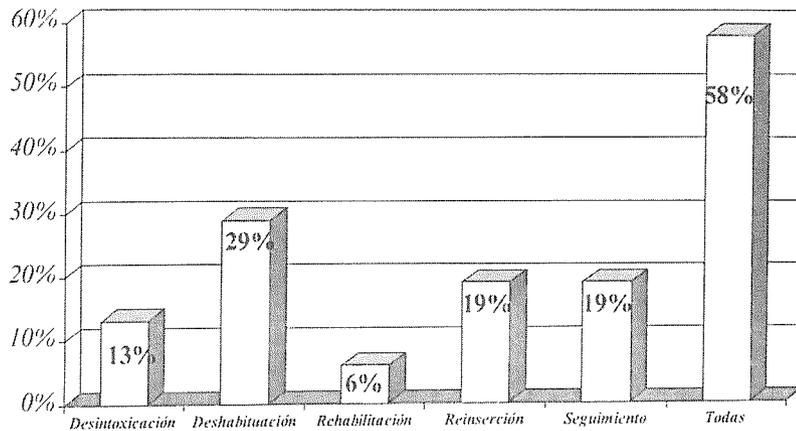




Gráfica 8.- Opinión de los profesionales del tratamiento de las drogodependencias en relación al papel de las familias en los abordajes terapéuticos.



Gráfica 9.- Fases del tratamiento de drogodependencias donde la colaboración familiar puede ser más decisiva*



* Porcentajes de respuesta absolutos



ma o situación que se trabaja más con las familias de las personas drogodependientes en tratamiento es en un 74% de sus respuestas el cambio de actitudes y en un 71% la mejora de las relaciones familiares. Puntualmente, algunos profesionales encuestados señalan el trabajo específico en cuestiones más concretas como el establecimiento de límites y normas, las pautas comportamentales y de relación, la creación de relaciones de ayuda (ofreciendo apoyo, reduciendo el nivel de angustia), las orientaciones sintomáticas, las prescripciones y orientaciones durante el período de desintoxicación, etc. (Gráfica 10).

Las modalidades de intervención familiar realizadas en los centros de asistencia a las personas drogodependientes, y de acuerdo con las respuestas de los profesionales encuestados, son preferentemente las terapias familiares (84%), mientras que las terapias psicodinámicas sólo son destacadas por el 13% de los profesionales. Además, un 29% también señala la relevancia de otros enfoques terapéuticos (terapias de grupo, terapias cognitivas, etc.).

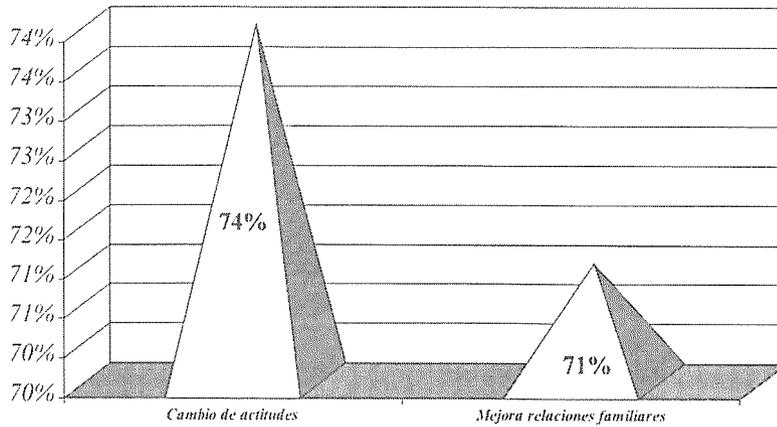
El 61% de los profesionales afirma que cuando se ingresa un usuario en una comunidad terapéutica se continúa trabajando con la familia, y un 16% manifiesta todo lo contrario. De la forma en que se ha redactado la pregunta no podemos inferir si los profesionales que dicen que no se continúa trabajando con la familia lo hacen desde la comprobación de la imposibilidad de trabajar con ella, desde un enfoque terapéutico determinado o bien por la constatación de la práctica habitual en los ingresos en algunas comunidades terapéuticas.

El objetivo de solicitar a los profesionales de atención a las drogodependencias una

relación de comportamientos o actitudes de la familia o entorno afectivo que pudieran asociarse en el concepto de apoyo familiar era, básicamente, realizar un intento de aproximación a una mayor delimitación, clarificación y definición precisamente de dicho concepto. Las respuestas obtenidas nos han ofrecido afortunadamente una considerable riqueza de conceptos y matices y nos ha permitido agrupar, categorizar y destacar los principales componentes del concepto de apoyo familiar en el ámbito de las drogodependencias de acuerdo con el punto de vista de los profesionales de dicho ámbito. En total, los profesionales han propuesto hasta 79 conceptos, 29 de los cuales son diferentes. De acuerdo con el material proporcionado, se ha podido configurar el cuadro esquemático que se representa en la Figura 1, donde se presentan los conceptos utilizados y entre paréntesis su frecuencia (número de profesionales que lo han incluido en su respuestas), asociados según su vinculación con las funciones principales que desarrolla hipotéticamente el apoyo informal de las familias o entorno afectivo de personas drogodependientes, para establecer una propuesta de base que comprende actitudes, emociones y conductas, como componentes de carácter más activo o más pasivo, que posibilitan una auténtica implicación en el tratamiento. A su vez, dicha implicación puede permitir la consecución de una comprensión y aceptación de la situación y de la necesidad de cambiar; una positiva relación y comunicación y la búsqueda de un consenso sobre los límites, normas y roles a establecer que puedan favorecer los cambios tanto en el paciente como en todo el sistema familiar que se pacen como objetivo del tratamiento. Como puede comprobarse, los conceptos más cita-

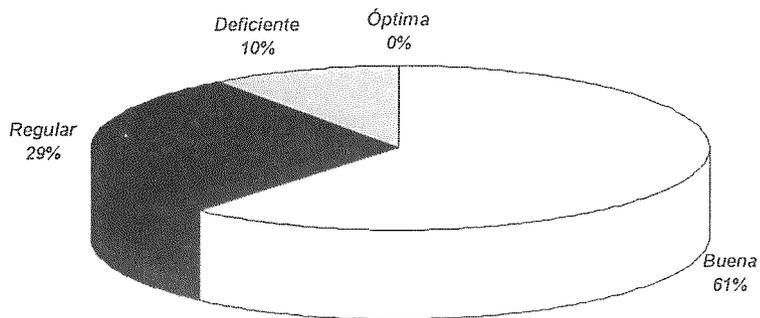


Gráfica 10.- Cuestiones que se trabajan más con los familiares de personas drogodependientes en tratamiento*



* Porcentajes de respuesta absolutos.

Gráfica 11.- Calificación de la coordinación de los centros de atención a las drogodependencias con los servicios básicos de atención social primaria.

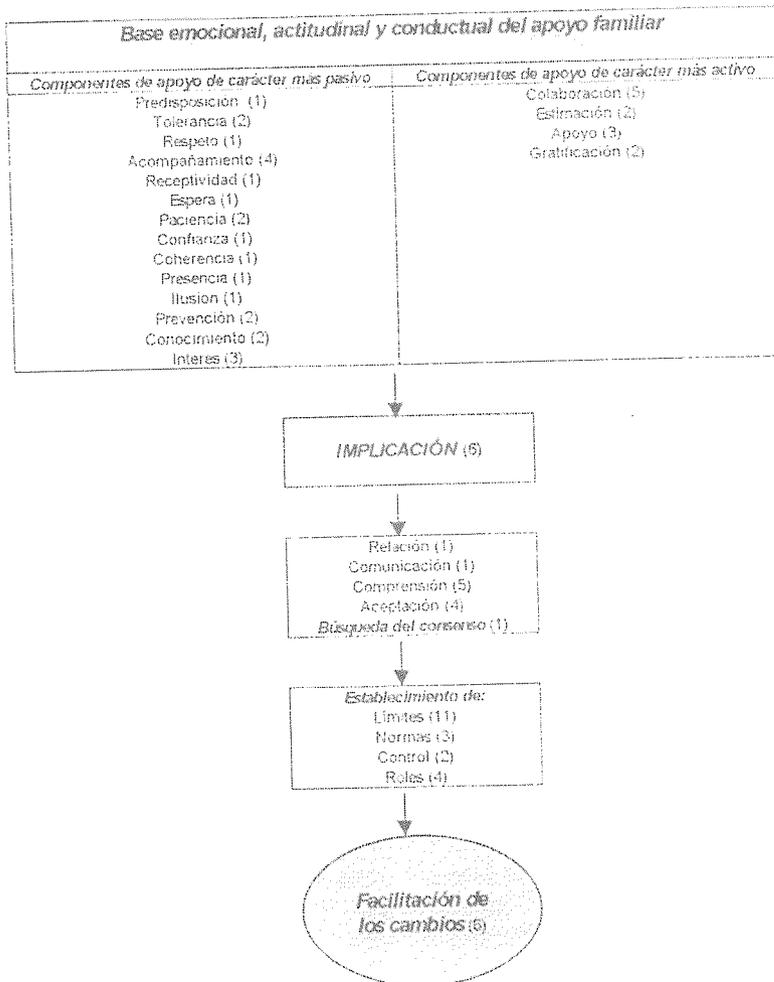




dos por los profesionales son los siguientes: límites (11), cambios (6), implicación (6), colaboración (5), comprensión (5), aceptación (4), acompañamiento (4) y establecer roles (4).

La coordinación con los servicios básicos de atención social primaria es buena para el 61% de los profesionales que nos han retornado la encuesta cumplimentada, regular para el 29% y deficiente para el restante 10%. Nin-

Figura 1. Propuesta de modelo del proceso de apoyo familiar en tratamiento de drogodependencias.





gún profesional ha considerado esta coordinación como óptima (Gráfica 11).

Los profesionales especializados en la atención a personas drogodependientes piensan en un 61% que el trabajo de los servicios básicos de atención social primaria puede ser tan importante durante todo el tratamiento como en la última etapa de inserción y seguimiento, mientras el restante 39% por el contrario remarca la mayor relevancia del trabajo de la atención social primaria en la fase de inserción y seguimiento. Parece que los primeros puedan responder a un enfoque más integrador y globalizador de la intervención, y los segundos a una visión más fragmentada de todo el proceso terapéutico.

Según el 39 % de los profesionales de los centros encuestados que nos han facilitado su respuesta, el seguimiento del usuario y de sus familias, una vez finalizado el tratamiento, se ha de hacer coordinadamente desde los CAS y desde los Equipos Básicos de Atención Social Primaria (EBASP); el 29% de estos profesionales opina que este seguimiento deben hacerlo específicamente los EBASP y el 19% se decanta por los CAS. Un profesional destaca también el posible papel a jugar en el seguimiento por las asociaciones de afectados (Gráfica 12).

A continuación se relacionan los principales aspectos a mejorar con el objetivo de optimizar el recurso de apoyo familiar, que los profesionales nos han detallado en las respuestas facilitadas:

- Aumento de recursos: tiempo de atención (por visita y en frecuencia de visitas), infraestructuras y espacios disponibles, profesionales, recursos económicos, a fin de mejorar la calidad de la intervención. El 35%

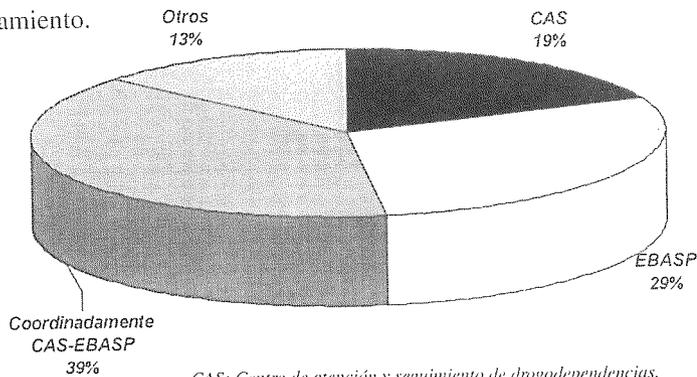
de los profesionales citan especialmente la necesidad de un mayor tiempo de atención para poder desarrollar este tipo de intervención.

- Mejora de la coordinación. Cuestión destacada también por el 23% de los profesionales. Se habla de la coordinación a lo largo de todos los circuitos asistenciales y otros recursos asociados, y muy especialmente con los servicios sociales.
- Formación de los profesionales para aumentar su valoración de las relaciones familiares en el tratamiento, y especialmente en terapia familiar sistémica.
- Concienciación de las instituciones de la importancia del apoyo familiar.
- Campañas informativas.
- Elaboración de protocolos.
- Mayor asistencia a nivel grupal.
- Mayor consideración del trabajo con la familia por parte de los profesionales.
- Creación de espacios para la familia de forma continuada, y no sólo en las crisis.
- Efectuar cambios de concepción en los abordajes terapéuticos.
- Integrar la actuación con la familia en todo el circuito asistencial.
- Mayor concienciación de la familia de que el usuario es un enfermo y que necesita cambiar hábitos.

Finalmente, por lo que se refiere a otras observaciones de interés, se reproducen sintéticamente las aportaciones facilitadas por los profesionales en este sentido, señalando que aunque se trate en algunos casos de afirmaciones puntuales de un único profesional se reproducen al objeto de incrementar la riqueza de aportaciones a este estudio:



Gráfica 12. Opinión de los profesionales del tratamiento de las drogodependencias sobre quién debe realizar el seguimiento del usuario y sus familias una vez finalizado un tratamiento.



CAS: Centro de atención y seguimiento de drogodependencias.
EBASP: Equipo básico de atención social primaria.

La efectividad del apoyo familiar depende de la demanda y del consentimiento por parte del paciente. Se vuelve a insistir en la necesidad de mucho más tiempo para poder trabajar con las familias. Algún profesional sostiene el carácter crónico de la enfermedad y por tanto el consecuente carácter indefinido de su tratamiento. Se remarca el diferente enfoque del apoyo familiar según el tipo de drogadicción, ya que no es igual la situación problemática del alcohólico que la del heroínómano. Algún profesional considera esencial el papel de la familia en los tratamientos ambulatorios y más secundario en los otros tipos de tratamiento. La intervención con la familia a menudo depende de la orientación teórica del terapeuta. Cuando se contempla el apoyo familiar debe tenerse presente la confidencialidad paciente-terapeuta. Hay poca sensibilización de los profesionales de la salud para abordar el recurso familiar de forma sistemática.

4. CONCLUSIONES

No se ha pretendido ofrecer alternativas estructuradas de tratamiento a las que ya se están utilizando, sino únicamente crear un contenido de reflexión a los profesionales de la intervención en el ámbito de las drogodependencias en relación a la conveniencia o no de sistematizar y considerar más la variable de apoyo familiar en el desarrollo de sus propuestas terapéuticas. Con este objetivo destacamos las siguientes conclusiones.

1) En relación a la conceptualización del apoyo familiar, y de acuerdo con los resultados de la encuesta, podríamos definir el apoyo familiar en el tratamiento de las drogodependencias como aquel proceso en el que a partir del desarrollo de determinados elementos emocionales, actitudinales y conductuales se produce una auténtica implicación del sistema familiar que posibilita la búsqueda de un consenso y de un establecimiento de límites y de roles que facilitan los cambios



planteados por el enfoque terapéutico como objetivo del tratamiento.

2) El apoyo familiar como variable dentro del tratamiento en drogodependencias es conceptualizado por los profesionales como básico, pero mejorable a nivel de sistematización, concienciación y de recursos. La mayoría de profesionales utilizan los contactos con la familia a lo largo de los procesos terapéuticos que desarrollan, y destacan los aspectos relacionados con los límites, el cambio y la implicación.

3) Se pone de manifiesto un bajo nivel de sistematización y de utilización del apoyo familiar como recurso a integrar en el tratamiento de personas drogodependientes, reflejado en el bajo registro de datos sobre aspectos relacionados con esta variable y por el grado de variabilidad detectado en ciertas respuestas por parte de los profesionales.

4) Al objeto de mejorar dicha variable se propone prioritariamente más tiempo de atención, espacios adecuados y una mayor coordinación, integrando la actuación con la familia en todo el circuito asistencial.

5) Mayoritariamente, se considera que la colaboración familiar es relevante en todas las fases del tratamiento y, por tanto, conviene dirigirse hacia aquellos modelos de intervención integradores que la contemplan.

6) El alcohol y la heroína, por este orden, son las drogas en cuyo tratamiento se contacta más con la familia, y también en las que se detecta una mayor intensidad en la colaboración familiar.

7) La mayor dificultad para abordar el apoyo familiar es la desestructuración familiar y después las deficiencias de coordinación.

8) Los profesionales en relación al apoyo familiar trabajan fundamentalmente el cambio de actitudes y la mejora de las relaciones familiares.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J.M.; Durán, A.M.; Larriba, J. (1998). *Què poden fer el serveis bàsics d'atenció social primària davant les drogodependències?* Barcelona: Promoció i Desenvolupament Social.

Cañuelo, B. (1997). Manejo clínico del alcoholismo en la atención primaria. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía. Sevilla.

Casas, M.; Gossop, M. (1993). *Tractaments psicològics en drogodependències. Recaiguda i prevenció de recaigudes*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Díaz, M.; Villaverde, P. (1997). *La incidencia del barrio en las drogodependencias*. Madrid: Fundación Crefat.

Domènech, R.; Freixa, F. (1988). *Drogodependències: Serveis Socials i Sanitat. Drogodependències i Ciències Socials*. Barcelona: INTRESS.

Durán, A. et al. (1996). *Familia y Drogodependencias*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencias. Ajuntament de València.

Espina, A. et al. (1996). La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1997). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Funes, J. (1995). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Una*



revisión conceptual y metodológica pensando, en la Atención Primaria. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaria de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Gabinete de Estudios y Planificación (1998). *III Plan de Actuación Social: Evaluación de Programas 1997*. Barcelona: Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña.

García-Natal, R.; Sebastián, P. (1995). Experiencia grupal con familiares de drogodependientes en tratamiento. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8.

Generalitat de Catalunya (1992). *Informe anual 1991*. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (1994). *Informe anual 1993*. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (1997). *Informe anual 1996*. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (1997) *Tercer Pla d'actuació social 1997-2001*. Barcelona: Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya. (p 118).

Generalitat de Catalunya (1998) *Informe anual 1997*. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (1998) *Informe trimestral gener-març 1998*. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Girón, S.; Cruz, S. (1997). Abordaje familiar de los trastornos por uso de alcohol. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía. Sevilla.

Gobierno Vasco (1996). *Tercer Plan Trienal de Drogodependencias 1996-1998*. Vitoria: Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

Instituto de Sociología Aplicada (1987). *El desengache de la droga*. Madrid: Unión española de asociaciones de asistencia a toxicómanos (UNAT).

Izquierdo, J.; Caro, F. (1995) Mirar i veure les drogodependències. El diagnòstic de llindar: un instrument per al pronòstic. *Alimara. Revista de Treball Social*, 36: 55-61.

Luengo, A.; Otero, J.M.; Miron, L.; Romero, E. (1994). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Comisionado del Plan Autonómico sobre drogodependencias. Xunta de Galicia.

Martín, A.R.; Suárez, M.D. (1998). *La intervención familiar en la prevención de recaídas*. Cádiz: Comisionado para las Drogas. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

Matellanes, M.; Berdullas, M.; González, J.C. (1994). Evolución de los tratamientos ambulatorios para drogodependientes. *Intervención Psicosocial*, 9: 43-52.

Matellanes, M. (coord.) (1996). *Intervención en drogodependencias: áreas y técnicas*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.



Montino, C.; Portillo, L. (1997). *Guía para madres y padres*. Madrid: Fundación CREFAT.

Navarro, J. (1997). *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogas.

Pinto, E. (1997). Un programa educativo con adolescentes que consumen drogas de síntesis. IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

Plan Municipal contra las Drogas de Madrid. (1995) *Familia y Drogodependencias*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Plan Municipal sobre Drogodependencias (1997). Ayuntamiento de Murcia.

Pulido, M.; Aranda, M. (1997). *Grupos de autoapoyo con proyección social para familiares de drogodependientes*. Madrid: Fundación CREFAT.

Royo, J. (1990). Programes de tractament lliure de drogues a l'SPOTT. 10 anys d'atenció a les drogodependències. Ponències de les Jornades de revisió i estudi. Vic, novembre de 1990. Ajuntament de Vic.

Ruiz-Prados, J.M.; Carrera, V. (1996). Intervenciones sistémicas breves en Drogodependencias. III Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

Sánchez, M.L. (1995). El trabajo social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de un método. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8.

Sánchez Orantes, J.M (1996). *El mundo de las drogas*. Madrid: San Pablo.

Soto, J. (1998). *Madres contra la droga*. Vigo: Asetil.

Vallejo, J. (1998). Reestructuración del grupo de apoyo. *Nuestras Voces-Proyecto Hombre*, 17.

Este artículo constituye una parte de un proyecto de investigación realizado en el marco del Curso de Posgrado Atención Primaria en los Servicios Sociales 1998/99, organizado por la Facultad de Ciencias Económicas y la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona.



MODELO DE ENCUESTA

Noviembre 1998

La presente encuesta forma parte de un estudio sobre el apoyo familiar y del entorno afectivo en el ámbito del tratamiento de las personas con drogodependencia, y se ha pasado a todos los profesionales que trabajan en los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias, unidades hospitalarias de desintoxicación, centros de día, comunidades terapéuticas y centros residenciales de la red pública o concertada de Cataluña. Puede responder la encuesta más de un profesional por centro de forma individualizada o bien conjuntamente indicando las profesiones de todos los que han participado.

Se garantiza la absoluta confidencialidad de los datos, los cuales sólo serán utilizados de forma agregada y a efectos de explotación estadística. Este estudio se realiza en el marco del Posgrado de Atención Primaria en los Servicios Sociales 1998/99, organizado por la Facultad de Ciencias Económicas y la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona.

Responsable del estudio: Esteve Llitrà i Virgili, DNI 36934258, Tel. 93 307 05 20.

Agradecemos sinceramente vuestra colaboración en este proyecto de investigación. Para la buena marcha del mismo sería conveniente nos enviáseis la respuesta en el plazo de una semana, si esto es posible.

ETIQUETA

⇒ Profesión de la persona que responde el cuestionario:

1. ¿Consideras que se podría mejorar la variable de apoyo familiar para optimizar los tratamientos?

SI (1) NO (2)

2. ¿Qué factores podrían influir en esta mejora? (podeis señalar más de uno y añadir más factores)

Más coordinación (1) Más recursos (2) Sensibilización (3)

3. ¿Vuestros protocolos de tratamiento prevén sistemáticamente los contactos con la familia/entorno afectivo?

SI (1) NO (2)

4. ¿A lo largo de un tratamiento cuántos contactos se producen con la familia o entorno afectivo por término medio y para las diferentes drogadicciones?

Heroína (1)	Cocaína (2)	Cannabis (3)	Tabaco (4)	Alcohol (5)	Diseño (6)	Otros (7)



5. En el caso de adictos que hayan pasado por anteriores tratamientos, los contactos con la familia o entorno experimentan, en general un:

Incremento (1)	Disminución (2)
----------------	-----------------

6. Habitualmente los contactos con la familia o entorno se producen a iniciativa de:

Terapeuta (1)	Paciente (2)	Familia (3)	Otros profesionales (4)
---------------	--------------	-------------	-------------------------

7. Numerar las adicciones por orden de mayor a menor facilidad en conseguir la colaboración familiar.

Heroína (1)	Cocaína (2)	Cannabis (3)	Tabaco (4)	Alcohol (5)	Diseño (6)	Otros (7)

8. Desde vuestro enfoque terapéutico consideráis que el apoyo familiar o del entorno afectivo del drogadicto es un factor:

Clave (1)	Complementario (2)
-----------	--------------------

9. Si lo consideráis un factor clave, creéis que está suficientemente contemplado como tal en vuestra práctica terapéutica habitual?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

10. Priorizar por orden el tipo de contacto que se establece mayoritariamente con la familia o el entorno afectivo al objeto de utilizarlos como recurso de apoyo al tratamiento.

Entrevistas (1)	Teléfono (2)	Reuniones grupo (3)	Seminarios (4)	Cursos (5)	Contactos esporádicos (6)

11. ¿Mayoritariamente con quien establecéis los contactos? (podéis señalar más de uno)

Pareja (1)	Madre (2)	Padre (3)	Hermanos (4)	Parientes (5)	Amigos (6)	Otros (7)
------------	-----------	-----------	--------------	---------------	------------	-----------

12. ¿Utilizáis la familia/entorno afectivo, cuando es posible, como instrumento para realizar el seguimiento del usuario a largo del tratamiento?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

13. ¿Utilizáis la familia/entorno afectivo, cuando es posible, como un recurso del mismo tratamiento?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

14. ¿Pensáis que la búsqueda y el contacto con la persona más idónea del entorno familiar o afectivo del drogadicto se ha de realizar, en caso de ser factible, lo más pronto posible?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

15. ¿Qué actuaciones específicas hacéis en este sentido? (podéis señalar más de uno)

Llamadas directas (1)	Coordinación servicios sociales (2)	Coordinación policía (3)	Contactos con los vecinos (4)		
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--	--



16. Según vuestra opinión el apoyo familiar tendría que ser:

Una variable a recoger de forma sistemática en los protocolos de intervención (1)
Una variable a tener en cuenta según el caso (2)
Una variable a considerar según la práctica de cada profesional (3)

17. ¿El ambiente familiar y afectivo del paciente puede ser con frecuencia la causa de la recaída o, por el contrario, del éxito del tratamiento?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

18. ¿Qué dificultades se encuentra el terapeuta para abordar la cuestión del ambiente familiar o afectivo de los drogadictos? (podéis señalar más de una y añadir más)

Desestructuración familiar (1)	Falta de coordinación (2)	Falta de protocolos (3)			
--------------------------------	---------------------------	-------------------------	--	--	--

19. ¿Pensáis que sería positivo protocolizar en el seguimiento de los adictos en tratamiento y una vez finalizado el mismo, unos contactos telefónicos o directos con algún familiar o persona de referencia (tutor, responsable) y con una periodicidad establecida (semanal, mensual)?

SÍ (1)	NO (2)	Ya se está haciendo (3)
--------	--------	-------------------------

20. ¿Qué perfil asignaríais a la persona principal que da apoyo informal a los pacientes en tratamiento?

Vínculo: (1)	Intervalo de edad: (2)	Convivencia: (3)
--------------	------------------------	------------------

21. ¿Por qué se habla tan poco del apoyo informal en los libros y revistas del ámbito de las drogodependencias? (podéis señalar más de una y añadir más)

Recurso poco utilizado (1)
Ausencia de estudios específicos (2)
Utilización poco sistemática, según práctica de cada profesional (3)

22. ¿Creéis que es viable establecer pautas y orientaciones de seguimiento a través de la familia para detectar e intervenir en posibles situaciones con incremento de riesgo de recaída?

SÍ (1)	NO (2)	Ya se está haciendo (3)
--------	--------	-------------------------

23. Consideráis que la colaboración de la familia o entorno afectivo en el tratamiento de personas con drogodependencia es:

básica (1)	complementaria (2)	inviable (3)	recomendable (4)	inconveniente (5)
------------	--------------------	--------------	------------------	-------------------

24. Pensáis que el papel adjudicado a la familia o entorno afectivo en los actuales abordajes terapéuticos es:

correcto (1)	mejorable (2)	insuficiente (3)	Indefinido (4)	inconveniente (5)
--------------	---------------	------------------	----------------	-------------------

25. ¿En qué fases del tratamiento puede ser más decisiva la colaboración familiar?

Desintoxicación (1)	Deshabitación (2)	Rehabilitación (3)	Reinserción (4)	Seguimiento (5)	Todas (6)
---------------------	-------------------	--------------------	-----------------	-----------------	-----------

26. ¿Qué tipo de problema o situación se trabaja más con las familias? (podéis señalar más de una y añadir más)

Mejora relaciones familiares (1)	Cambio de actitudes (2)		
----------------------------------	-------------------------	--	--



27. ¿Qué modalidades de intervención familiar realizáis en los centros de asistencia? (podéis señalar más de una y añadir más)

Terapias familiares (1)	Terapias psicodinámicas (2)		
-------------------------	-----------------------------	--	--

28. ¿Cuando se ingresa el usuario en una comunidad terapéutica se continúa trabajando con la familia?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

29. Relacionar cinco comportamientos o actitudes de la familia o entorno afectivo que pensáis que pueden englobarse en el concepto de apoyo familiar/afectivo:

--

30. La coordinación con los servicios básicos de atención social primaria es:

Óptima (1)	Buena (2)	Regular (3)	Deficiente (4)
------------	-----------	-------------	----------------

31. ¿En qué momento pensáis que es más importante el trabajo de los servicios básicos de atención social primaria?

Durante el tratamiento (1)	En la fase de inserción y seguimiento (2)	En ambos (3)
----------------------------	---	--------------

32. El seguimiento del usuario y de sus familias, una vez finalizado el tratamiento, se ha de hacer desde:

CAS (1)	EBASP (2)	Coordinadamente (3)
---------	-----------	---------------------

33. ¿Qué aspectos se han de mejorar para optimizar el recurso de apoyo familiar?

--

34. Otras observaciones que puedan ser de interés para este estudio:

--