

Sánchez Juárez, Elena, TFG

por Elena Sánchez Juárez

ARCHIVO	17348_ELENA_SÁNCHEZ_JUÁREZ_SÁNCHEZ_JUÁREZ__ELENA__TFG_969036_1462790488.PDF (1.04 M)		
HORA DE LA ENTREGA	26-ABR-2017 11:35P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	14348
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA805443288	SUMA DE CARACTERES	81305



Trabajo Fin de Grado

Intervención Educativa para el familiar del paciente alcohólico en el CAD de Villaverde

Alumno: Elena Sánchez Juárez

Director: Jesús Morente López

Madrid, mayo de 2017

Índice

1. Resumen	5
2. Presentación	7
3. Estado de la cuestión	8
3.1. Definiciones y epidemiología	8
3.1.1. El Alcohol	8
3.1.2. Síndrome de Dependencia Alcohólica	9
3.1.3. El alcoholismo	10
3.1.4. Patología Dual	11
3.2. Patrones de consumo y características sociodemográficas	12
3.3. Factores que determinan el alcoholismo	14
3.3.1. Factores internos del individuo	14
3.3.2. Factores externos al individuo	14
3.4. Recursos disponibles vs tratamientos realizados.....	15
3.5. Principales barreras en el tratamiento del alcoholismo	17
3.6. Repercusiones del consumo excesivo de alcohol.....	17
3.6.1. Repercusiones del alcoholismo para el individuo consumidor	18
3.6.2. Repercusiones del alcoholismo en el entorno familiar	18
3.6.3. Consumo excesivo de alcohol y menores en el entorno familiar	20
3.7. La enfermería en el alcoholismo	20
3.7.1. Intervención de enfermería desde el CAD/CAID.....	20
3.7.2. Intervención de enfermería desde AP.....	22
3.8. Intervenciones educativas con las familias.....	25
3.9. Justificación.....	26
4. Población y Captación.....	28
4.1. Población diana	28
4.2. Captación	29

5. Objetivos	30
5.1. Objetivos generales	30
5.2. Objetivos específicos	30
6. Contenidos	31
7. Sesiones	32
7.1. Sesiones y grupo	32
7.2. Lugar de realización de los talleres	32
7.3. Técnicas de trabajo	33
7.4. Materiales a emplear	34
7.4.1. Recursos humanos	34
7.4.2. Recursos materiales	35
7.4. Planificación de las sesiones	35
7.4.1. Primera sesión	35
7.4.2. Segunda sesión	37
7.4.3. Tercera sesión	39
7.4.4. Cuarta sesión	41
7.4.5. Quinta sesión	43
7.4.6. Sexta sesión	44
8. Evaluación	46
8.1. Evaluación de la estructura y proceso	46
8.2. Evaluación de los resultados	46
9. Bibliografía	47
Anexo I. Cartel divulgativo	53
Anexo II. Díptico informativo	54
Anexo III. Correo informativo a los profesionales de AP	55
Anexo IV. Guion observador	58
Anexo V. Cuestionario de evaluación a largo plazo	61

Glosario de abreviaturas

AP	Atención Primaria
APA	American Psychiatric Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAD	Centro de Atención a las Drogodependencias
CAID	Centro de Atención Integral a Drogodependientes
CIE-10	Clasificación Internacional de enfermedades décima versión
CRAFT	Programa de Reforzamiento Comunitario y entrenamiento Familiar
DA	Dependencia alcohólica
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (cuarta edición)
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (quinta y última edición)
FP	Factores de Protección
FR	Factores de Riesgo
INE	Instituto Nacional de Estadística
NESARC	National Epidemiologic survey on Alcohol and Related Conditions
OMS	Organización Mundial de la Salud
PD	Patología Dual
SA	Síndrome de abstinencia
SDA	Síndrome de Dependencia al alcohol
SEPD	Sociedad Española de Patología Dual
SNS	Sistema Nacional de Salud
UBE	Unidad de Bebida Estándar

1. Resumen.

En España, como a nivel europeo, el alcoholismo representa una de las patologías de mayor prevalencia, siendo una causa considerable de mortalidad prematura.

Socialmente el consumo de alcohol en los últimos años ha ido adquiriendo mayor importancia debido a los graves problemas de salud y la gran dependencia que crea, considerándose actualmente a nivel sanitario uno de los principales problemas de salud pública.

Las repercusiones que causa el alcoholismo son múltiples y muy complejas, de tal manera que no sólo se ve perjudicado el propio enfermo, sino que además con el tiempo es la familia quien resulta más gravemente afectada.

Sin embargo, existiendo actualmente recursos suficientes para proporcionar ayuda a dichos familiares, se ha detectado una minoría de familias que solicitan apoyo para hacer frente a esta situación. La tendencia a dar prioridad al enfermo sin proporcionar en muchas ocasiones la importancia que tiene a su entorno, a su familia, es uno de los principales motivos de la escasa búsqueda de recursos y apoyo por parte de dichos familiares.

Por consiguiente, este proyecto educativo va dirigido al familiar del paciente alcohólico. Se trata de una intervención educativa de duración corta que tiene como objetivo principal lograr una mejora en la calidad de vida de estas personas a través del desarrollo de conocimientos básicos sobre la patología alcohólica y el aprendizaje de una serie de habilidades y actitudes para el manejo de situaciones problemáticas en el entorno familiar.

El proyecto se llevará a cabo a lo largo de seis semanas, en el Centro de Atención a las Drogodependencias de Villaverde, entre los meses de septiembre y octubre del 2017.

Palabras clave: alcoholismo, terapia familiar del alcoholismo, dependencia alcohólica, intervención enfermería.

Abstract

In Spain, as at European level, alcoholism represents one of the most prevalent pathologies, a considerable cause of premature mortality.

Socially the consumption of alcohol in recent years has become more important due to the serious health problems and the great dependence that creates, being considered at the sanitary level one of the main problems of public health.

The repercussions caused by alcoholism are multiple and very complex, in such a way that not only the patient himself is harmed, but over time it is the family that is most seriously affected.

However, at present there are sufficient resources to provide assistance to such relatives, a minority of families have been identified as requesting support to deal with this situation. The tendency to give priority to the patient without providing in many occasions the importance that he has to his environment, his family, is one of the main reasons for the poor search for resources and support by the family members.

Consequently, this educational project is aimed at the family member of the alcoholic patient. It is a short-term educational intervention whose main objective is to achieve an improvement in the quality of life of these people through the development of basic knowledge about alcoholic pathology and the learning of a series of skills and attitudes for the management of Situations in the family environment.

The project will be carried out over a period of six weeks, at the Villaverde Drug Center, between September and October 2017.

Keywords: alcoholism, family therapy alcoholism, alcohol dependence, nursing intervention.

2. Presentación

El interés por tratar el tema del alcoholismo en el presente trabajo surge como consecuencia de mi experiencia personal como familiar de paciente alcohólico. Dicha vivencia, no sólo me ha permitido conocer la problemática que esta enfermedad provoca en todos los niveles de la persona que la padece, sino que además me ha posibilitado detectar ciertas carencias existentes a nivel sanitario a la hora de prestar un cuidado y una atención de calidad a sus familiares.

Atención que por otro lado son estas mismas familias quienes muchas veces no solicitan, en unos casos por falta de conocimientos, otras veces porque la sobrecarga a nivel físico y emocional a la que están sometidos no les permite la mayor parte del tiempo pensar con claridad, por miedo a ser pre-juzgados y, en ocasiones también porque a nivel sanitario los más cercanos al enfermo nos pasan inadvertidos, descuidando así la enorme atención que requieren.

El hecho de ser estudiante de enfermería por supuesto, ha contribuido también a que me interese más por el tema y conocer la enfermedad desde otra perspectiva, la del profesional de la salud. La enfermería puede contribuir en gran medida en el progreso de los cuidados a estas familias eliminando poco a poco las barreras que impiden que sean atendidos y reciban el apoyo que merecen.

Agradecer a mi pareja, Luis, por todos estos años de amor y apoyo incondicional, por ser siempre paciente y por alimentar cada día mis ganas de aprender.

Dar también las gracias a Jesús Morente López, director del presente trabajo, por sus constantes ánimos, su disponibilidad en todo momento y por su habilidad para facilitarlo todo.

Y, por supuesto, a ti, que aunque ya no estés sigues conmigo y me has guiado en todo momento; y porque, en definitiva, todo esto lleva tu esencia y tu nombre. De alguna manera también eres mi impulso a ayudar a los demás.

3. Estado de la cuestión

3.1. Definiciones y epidemiología

3.1.1. El Alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol es una sustancia psicoactiva que posee cualidades suficientes para producir dependencia en la persona que lo consume. Se conoce también como alcohol etílico o etanol (C_2H_5OH), es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas por lo que se puede utilizar este primer término para referirnos a cualquiera de ellas.

En el 2015, la OMS realizó una estimación de alrededor de un 5,1% de la morbilidad mundial y de las lesiones atribuibles al consumo de alcohol en la población.

El alcohol es la sustancia psicoactiva que se consume con mayor frecuencia entre los estudiantes de entre 14 y 18 años. El 79% declara haberlo consumido alguna vez en su vida, mientras que el 68,2% (2 de cada 3) reconoce que ha tomado alcohol en los últimos 30 días (ESTUDES, 2015). Según los datos expuestos por dicha encuesta, la edad de inicio en el consumo se sitúa por debajo de los 14 años y en cuanto a las diferencias entre géneros, son las mujeres las que despuntan en el consumo de alcohol, principalmente en el consumo durante los últimos 12 meses.

En cuanto al consumo en la población adulta, los datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2015 y (EDADES, 2015), muestran que el 65,5% de 15 años o más ha bebido alcohol de forma periódica en los últimos 12 meses (54,3% mujeres frente a un 77,5% de los hombres).

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2016 más de un 21% de la población española mayor de 16 años consumía bebidas alcohólicas semanalmente y un 15,21% lo hacía a diario, perteneciendo este último grupo a población de entre 45 y 64 años; destacando como bebidas más consumidas por ambos sexos la cerveza, seguida del vino o el cava (INE, 2016). Estas diferencias entre sexos se pueden apreciar en todos los grupos de edad, siendo más ligeras en edades inferiores (14-18 años).

Una de las principales diferencias observadas en la prevalencia de consumo se encuentra en la clase social alta, mucho más destacada en las mujeres donde se observa un 71% de aquellas que tenían estudios universitarios frente a un 27,9% sin estudios (SNS, 2015;).

A pesar de llevar más de 50.000 años conviviendo con nosotros y de ser conocido por los numerosos efectos que tiene en la persona que lo consume, el alcohol se ha convertido en uno de los principales enemigos de la salud pública, tanto a nivel nacional como europeo (Marín Mayor, Ponce Alfaro & Rubio Valladolid, 2011).

3.1.2. Síndrome de Dependencia Alcohólica

La dependencia supone experimentar la necesidad de algo o alguien para poder seguir adelante o sobrevivir. Si lo extrapolamos al alcohol, el término dependencia conlleva la necesidad de beber para evitar encontrarse mal o lo que es lo mismo, para lograr sentirse bien.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10), el Síndrome de Dependencia al alcohol es un "conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo". Pueden observarse en la tabla 1, los criterios necesarios para el diagnóstico de dependencia según la CIE-10.

Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) como la American Psychiatric Association (APA), completan esta definición añadiendo que la persona ante una situación de dependencia, presenta un deterioro del control sobre el consumo responsable de la sustancia psicoactiva con una disminución de la función psicosocial, manteniendo dicho consumo a pesar de las consecuencias adversas que ello conlleva. En cuanto a las manifestaciones cognitivas y comportamentales, se hablará de las mismas más adelante, en el apartado de repercusiones.

Según Fernández & Ubago (2008), aunque todos los consumidores excesivos no desarrollan este temido cuadro de dependencia, todo aquél que lo desarrolla ha consumido durante un periodo de tiempo prolongado.

Tabla 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA SEGÚN LA CIE-10

Deberá presentar 3 o más de los siguientes síntomas durante los 12 meses previos:

-
- I.Experimentar un deseo intenso e incontrolable de consumir la sustancia.
 - II.Reducción de la capacidad para controlar el consumo (tanto para controlar el inicio como para lograr terminar de consumir).
 - III.Síntomas de abstinencia* cuando se suspende o se reduce la ingesta o reanudar la misma para evitar los síntomas de abstinencia.
 - IV.Aparición de tolerancia**.
 - V.Abandono paulatino de otras fuentes de placer, ocio, aficiones, etc. Por motivo de consumir la bebida alcohólica; aumento del tiempo necesario para ingerir u obtener la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
 - VI.Continuación de la ingesta a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.
-

Elaboración propia a partir de Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10).

Hay que subrayar que, aunque los anteriores son criterios que establece la CIE-10 para el diagnóstico de dependencia, ésta se presenta de manera diferente en cada persona siendo las anteriores las diferencias más llamativas entre ambos sexos de manera que no siempre están presentes todos los criterios y tampoco aparecen éstos en la misma proporción.

Así, por ejemplo, un estudio realizado con una población en México compuesta por hombres y mujeres que acudían a dos centros de atención especializada en pacientes con problemas de consumo excesivo de alcohol, reveló que los hombres reportaban con mayor frecuencia los criterios de “aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos” y “pérdida del control”; mientras que las mujeres destacaban más frecuentemente en los indicadores de “deseo persistente o esfuerzos inútiles de dejar la sustancia”, “abstinencia” y “pérdida del control” (Mariño & Medina-Mora, 2005).

3.1.3. El alcoholismo

El término alcoholismo lleva aparejada la intoxicación continuada o de manera periódica debido a los niveles de ingesta alcohólica que realiza la persona y generalmente existe una acusada tolerancia, así como un síndrome de abstinencia al interrumpir dicho consumo.

Esto hace que el concepto de alcoholismo se encuentre tan ceñido al de “Adicción”, el cual implica que el consumo de alcohol supone un daño, no sólo para la persona, sino también para la sociedad, pues la necesidad de ingesta llega a ser una obsesión y supera cualquier

otra expectativa que el individuo pudiera tener previamente, llegando a rechazar cualquier tipo de actividad y responsabilidades que puedan ocupar espacio en su vida (OMS, 2008).

En realidad, el término alcoholismo como tal, no se encuentra registrado en ninguna de las dos principales clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (la CIE-10, desarrollada por la OMS en 1992, y el DSM-IV por la Asociación de Psiquiatría Americana en 1994); por el contrario, estas dos clasificaciones diferencian de manera más concreta y pormenorizada cada uno de los problemas que guardan relación con el consumo nocivo de alcohol. Esto es, un intento de sostener que los problemas relacionados con este tipo de consumo pueden ser muchos y muy diversos y no es posible englobarlos todos en un mismo concepto como es el de alcoholismo, o alcohólico, cuando nos referimos a la persona que lo padece (Canedo, 2011).

Con todo, a día de hoy y en la práctica sanitaria, no son pocos los profesionales que continúan utilizando el concepto de “Adicto” para referirse al consumidor; concepto que como se ha explicado la OMS ha intentado durante décadas eliminar y sustituir por el de “Dependiente de alcohol”.

La asociación patológica con el alcohol viene dada por la aparición de una serie de síntomas físicos y psíquicos relacionados con la continuada intoxicación a la que la persona se expone. En unos 5-15 años estas alteraciones se consideran subclínicas; posteriormente aparecen de manera paulatina las alteraciones psíquicas (Duarte, Ferrao, Irigaray, Oliveira & Rigoni, 2014).

3.1.4. Patología Dual

Al referirnos a este término estamos hablando de manera general de la coexistencia, sea simultánea o no (a lo largo del ciclo vital), de algún tipo de adicción con un trastorno mental. Dichas adicciones pueden ser a un tipo de sustancia o bien tratarse de adicciones comportamentales como lo son la cleptomanía o la ludopatía. Por su parte los trastornos mentales pueden ser muchos y muy diversos; entre algunos de ellos se encuentran ansiedad, trastornos del estado de ánimo, diferentes tipos de esquizofrenias y/o trastornos de la personalidad (Sociedad Española de Patología Dual, 2015).

Según Sánchez, Álvarez-Cotoli, & Rodríguez-Solano (2012) los pacientes con diagnóstico de alcoholismo tienen una probabilidad mucho mayor (entre un 30 y un 75%) de padecer algún tipo de comorbilidad psiquiátrica asociada a éste, superando la tasa de prevalencia que presenta el resto de la población de padecer algún trastorno mental, (entre un 10 y un 15%). La presencia de dicha comorbilidad en el alcoholismo conlleva un mal pronóstico en la evolución de esta enfermedad debido a que este tipo de pacientes muestran muchos más

problemas físicos, sociales, familiares y por supuesto psíquicos; lo que influye de manera considerable en una falta de continuidad en los tratamientos y además eleva de forma importante las posibilidades de recaídas.

La presencia de esta asociación psicopatológica con el consumo de alcohol ha ido en aumento en los últimos años. En 2008 se realizó un estudio en la Comunidad de Madrid con pacientes de las diferentes redes sanitarias públicas, donde se concluyó que el 53,2% de los pacientes que se encontraban en tratamiento presentaban Patología Dual (PD) y un 63% de éstos, presentaban algún problema de adicción (SEPD, 2015).

Asimismo, en lo que a género se refiere, varios estudios coinciden en que en nuestro país las mujeres resultan más afectadas por este tipo de dualidad que los hombres (Sánchez-Peña et al, 2012; Goñi, Landa, Lorea & Montalvo, 2005; Monras Arnau, 2010), exponiendo unos porcentajes con alrededor de un 47%, frente a un 10,56% en la población sin problemas de consumo.

Sin embargo, en otros países como Noruega, Islandia, Suiza o Serbia el porcentaje de hombres dobla al de mujeres (Rehm, Manthey, Struzzo, Gual & Wojnar, 2015; Leposavic, Dimitrijevic, Dordevic, Leposavic & Nikolic 2014).

Monras (2010) afirma que los trastornos de personalidad de tipo histriónico predominan en las mujeres, mientras que los hombres padecen con mayor frecuencia los de tipo antisocial.

Por otro lado, si comparamos estas cifras con poblaciones de otros continentes, según los datos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), en Estados Unidos son los hombres quienes tienen mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica relacionada con el consumo de alcohol (Grant et al, 2015).

En cuanto a los tipos de trastornos asociados al consumo de alcohol más frecuentes Sánchez Peña (2012) se inclina en primer lugar por los Trastornos de Personalidad con una incidencia de un 30%, seguidos de los Trastornos Adaptativos con un 24% y en tercer lugar estarían los Trastornos Depresivos con un 22% de la incidencia. A la cola quedarían pues, los trastornos de ansiedad con un 18%, las esquizofrenias con un 11% y los trastornos bipolares con un 9%.

3.2. Patrones de consumo y características sociodemográficas

Según explica Galán, González & Valencia-Martín (2014), existen dos patrones de consumo de alcohol principales. Éstos se clasifican fundamentalmente según la cantidad de alcohol consumido per cápita (por persona) pudiendo ser alto o bajo. Se les conoce como *wet cultures*

y *dry cultures* respectivamente. El primero es más propio de nuestra cultura mediterránea, donde el consumo de alcohol se encuentra prácticamente al alcance de cualquiera y además de una manera muy socializada. Mientras que el *dry cultures* es más propio de los países escandinavos o de Estados Unidos, donde el alcohol no forma parte de las actividades cotidianas y de manera general no se bebe durante las comidas.

Este mismo estudio, realizado en España demuestra que nuestro patrón de consumo está evolucionando en los últimos años ya que se están adquiriendo nuevos hábitos en los que poco a poco aumentan tanto la periodicidad de la ingesta como el grado de embriaguez, aproximándonos a un modelo tipo *binge drinking* como en algunos países extranjeros.

Las diferencias entre sexos en el consumo de alcohol son evidentes. De manera general son las mujeres quienes beben con menor frecuencia, y cuando lo hacen suelen ingerir menores cantidades (Mariño et al, 2005). Si tenemos en cuenta que la afectación a nivel orgánico es mucho mayor en ellas ya que metabolizan el alcohol mucho más despacio y se ven afectadas por sus efectos antes, esto podría explicar dicha característica.

El abuso de alcohol en el sexo femenino se ha encontrado estigmatizado hasta hace escasos años. Ha sido posterior a los movimientos sociales de igualdad cuando se ha conseguido normalizar la adquisición de tratamientos a mujeres dependientes del alcohol en centros sanitarios públicos (Monras Arnau, 2010; Moya Gómez, 2004).

Las mujeres empiezan a beber más tarde y en menor cantidad que los hombres, pero hacen mayor uso de fármacos tranquilizantes, fundamentalmente de los benzodiazepinas, sobre todo cuando la situación es muy crítica; suelen tener menor soporte a nivel familiar y perciben también menor aceptación a nivel social, factores que influyen en el aumento del consumo a escondidas en el sexo femenino. Además, los factores predisponentes a sufrir recaídas son también diferentes; el hecho de estar casados supone para ellos más un factor de protección, mientras que no es así para las mujeres (Monras Arnau, 2010).

Ávila Escribano & González Parra (2007) por el contrario, exponen en su estudio que factores como la edad o el estar casado o soltero no suponen una característica que defina una diferencia entre sexos de manera significativa. En cambio, en el caso de las mujeres sí se encontraron diferencias importantes en aquellas que estaban viudas. El tipo de empleo también es un factor a tener en cuenta, siendo los hombres más propensos a beber cuando se encuentran empleados con datos que rondan casi el 80%, mientras que ellas apenas el 18% tenía empleo y en cambio el 33% de las que bebían eran amas de casa.

Si se reflexiona un poco sobre esto, se puede llegar a la conclusión de que el hecho de pasar más tiempo fuera de casa, para las mujeres quizás pueda favorecer el no consumo o incluso puede que ayude a evitar las recaídas, es decir, considerar el factor empleo o mantenerse ocupadas como algo que a ellas las hace sentirse más valiosas. Por otro lado, los hombres a largo plazo muestran más problemas legales, mientras que ellas sobresalen con una mayor incidencia en los trastornos psicopatológicos.

Todos estos datos resultan muy valiosos, pues como se verá más tarde nos pueden servir para tener en cuenta cual es el patrón de comportamiento en el bebedor y con ello la problemática familiar que presente cada individuo que acude a solicitar ayuda, lo que facilitará que podamos brindar las mismas posibilidades de tratamiento ya que no siempre va a ser el mismo y, por supuesto, de ello dependerá la intervención que se realice con los familiares.

3.3. Factores que determinan el alcoholismo

3.3.1. Factores internos del individuo

La etiología de la dependencia alcohólica (DA) viene dada, de manera general, por la relación sinérgica de tres elementos fundamentales como son el alcohol, los aspectos individuales y los aspectos socioculturales del individuo.

Así, la vulnerabilidad individual, va a estar determinada por factores como la genética o las características biológicas y psicológicas de la persona, el temperamento que ésta tenga o la presencia de alteraciones psicopatológicas; mientras que los factores socioculturales van a depender de las características sociodemográficas (sexo, ocupación, educación), las normas culturales y las actitudes sociales ante el hecho del consumo (tolerancia, creencias o permisividad) y el contexto de la persona dependerá a su vez de la accesibilidad y asequibilidad de la sustancia (Fernández & Ubago, 2008).

Como se dijo anteriormente, el SDA implica una serie de manifestaciones, tanto fisiológicas como comportamentales y cognitivas de las cuales se hablará más adelante en el apartado de repercusiones.

3.3.2. Factores externos al individuo

Aunque la bibliografía encontrada sobre las causas que motivan el alcoholismo no es muy extensa; si se han hallado diversos estudios que analizan los factores de riesgo que inciden en el alcoholismo, por lo que se entiende que éstos podrían ser en realidad las causas que lo originan.

Así, Lotzin, Haupt, Schonfels, Wingenfeld & Schafer (2016), exponen en su estudio que algunos traumas en la infancia como el abuso sexual y/o físico, o el abandono y maltrato emocional, suponen un impacto importante en el desarrollo, gravedad y evolución de los trastornos por consumo de alcohol. Y citan en su estudio “El maltrato psicológico durante la infancia se encuentra especialmente asociado a una mayor severidad en la dependencia alcohólica”.

Jessup et al (2014) afirma “comprometerse en matrimonio a edades más tempranas ha demostrado actuar como un factor de protección (FP) frente al desarrollo de problemas de alcohol más tarde en la vida”. Sin embargo, no es así cuando se da el matrimonio en adultos de edades más avanzadas; en cuyos casos puede actuar tanto como un factor de riesgo (FR) como de protección.

En adultos mayores (40-50 años), otros acontecimientos negativos relacionados con la salud de uno mismo o la muerte de algún familiar cercano puede suponer un factor determinante para el inicio en el consumo de manera reiterada.

Marín Mayor (2011) refiere que los factores psicológicos deben tener una especial consideración, de tal manera que aquellas personas que presentan una baja tolerancia al estrés, de naturaleza impulsiva y nerviosa, con elevada tendencia a experimentar sensaciones de riesgo e inconformistas, presentan un riesgo mayor de desarrollar alcoholismo.

Autores como Sanvisens et al (2014) aseguran que el consumo de alcohol por parte de familiares es un factor de riesgo que contribuye al inicio y al mantenimiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes.

En este sentido, Jessup et al (2014), mencionado anteriormente, concluye que cinco de cada diez hombres y siete de cada diez mujeres que han presentado antecedentes familiares de consumo de alcohol y que han padecido de dependencia al mismo durante algún tiempo, consiguieron dejarlo y logran mantener la abstinencia gracias a sus responsabilidades paternas, a la idea de mantener la unidad familiar y ser un modelo a seguir para sus hijos, por lo que el hecho de encontrarse al cuidado de otro supondría un FP .

3.4. Recursos disponibles vs tratamientos realizados

A pesar de la prevalencia de esta enfermedad, a nivel europeo se ha identificado una minoría de pacientes que se someten a tratamiento.

Según Barrio et al. (2016) un estudio multicéntrico realizado en diferentes centros de Atención Primaria (AP) de ocho países de la Unión Europea, observó una tasa de tratamiento realmente baja (10%) para la proporción tan alta de personas que lo padecen (15 millones de habitantes).

La gran mayoría de la población con DA que acudía a solicitar ayuda, se encontraba ya en unas condiciones muy avanzadas de la enfermedad, mostrando niveles muy altos de desintegración social, problemas hepáticos como cirrosis, otras alteraciones cardiovasculares y comorbilidad con otros trastornos mentales como depresión y ansiedad (Rehm et al, 2015).

En España, aunque en ocasiones es el propio enfermo quien acude directamente a centros especializados, de manera general, la detección de este tipo de problemas con el alcohol, se lleva a cabo en el marco de la AP. Con todo, hay que destacar que aquí tampoco se corresponden el número de casos detectados en las consultas con aquellos que realmente se encuentran en tratamiento, observándose ciertas carencias a la hora de poner en marcha un protocolo de intervención eficaz con estas personas (García, Piney, Vayas, Toribio, Robledo & Rivas, 2010; Brugal, Espelt, Prous & Suelves, 2014).

Barrio (2016) afirma que los problemas relacionados con el alcohol muestran la tasa más baja de tratamiento dentro de las enfermedades mentales; y determina que los principales motivos por los cuales el paciente alcohólico no lo solicita son el miedo a dejar de beber, el estigma, la vergüenza y las barreras encontradas a la hora de acceder a dicho tratamiento, seguidas de la falta de información acerca de las opciones disponibles y la visión por parte de los familiares del tratamiento como ineficaz.

En España, en general las mujeres solicitan ayuda con mayor facilidad, acudiendo éstas más frecuentemente a centros especializados en Salud Mental. Entre los motivos que con mayor frecuencia ocasionan la no solicitud de tratamiento se encuentran la “no conciencia de enfermedad”, “pensar que lo podría superar por sí mismo” “la no adecuación de los programas a las características de los pacientes” y, de nuevo, “encontrarse avergonzado” o la “Insistencia de un familiar en que lo podría dejar solo” (Dols, Gras, Vidal-Infer, Martínez, Rodrigo & Zurián, 2007)

Todo ello, pone de manifiesto, la necesidad de implementar actuaciones que faciliten información suficiente, tanto a enfermo como a familia, acerca de la enfermedad y su evolución, así como de las posibles alternativas y posibilidades de recuperación que el paciente tiene.

Por otro lado, Carlebach, Hamilton & Wake (2011) refieren que los elevados tiempos de espera a los que el paciente alcohólico muchas veces está sujeto para acceder a dicho

tratamiento suponen un factor fundamental ante el fracaso y las recaídas; el hecho de tener la posibilidad de reducir estos tiempos de espera podría favorecer la recuperación de muchos de ellos. En su estudio, además, se detectó una valoración muy positiva por parte de los pacientes, de la posibilidad de realizar la desintoxicación en el domicilio.

Según el modelo del cambio de Prochaska y Diclemente los usuarios de los servicios buscan ayuda para la desintoxicación en la “etapa de acción”, lo cual supone que para obtener un buen resultado es fundamental que el enfermo reciba la ayuda oportuna en el momento que lo solicita, ya que de lo contrario se perderá el esfuerzo realizado y las ganas por parte del mismo.

3.5. Principales barreras en el tratamiento del alcoholismo

Un estudio realizado con enfermeros/as de los servicios de Salud Mental y Urgencias de las Islas Baleares, reveló las principales dificultades que estos profesionales encuentran a la hora de realizar una intervención eficaz con el paciente alcohólico. Dichas dificultades fueron, en primer lugar, la falta de conocimientos y formación específica sobre el tema, seguido de la percepción social y las actitudes personales del profesional (historia de consumo familiar, malas experiencias con el alcohol, etc.), ocupando el tercer lugar la falta de habilidades asertivas y de comunicación con dichos pacientes (Aragón et al, 2014).

Otros (Coloma-Carmona, 2016), desvelan como principales barreras en la actuación con este tipo de paciente, la creencia por parte, tanto de los médicos como de los profesionales de enfermería en el ámbito de la AP, de que el enfermo no se encuentra suficientemente motivado al cambio o la suposición de que éste no desea ser ayudado. Éstas, barreras relacionadas con el paciente, superaban en más del doble a las relacionadas con el profesional, como son la experiencia y capacitación apropiadas o la idea de una escasa efectividad y utilidad de las intervenciones.

3.6. Repercusiones del consumo excesivo de alcohol

Convivir con un familiar que tiene problemas con el alcohol puede ocasionar experiencias muy negativas para todos los miembros del hogar. Son varios los estudios que demuestran las numerosas repercusiones que ocasiona el alcoholismo, no sólo a nivel individual afectando al enfermo en lo que a su salud se refiere, sino que ocasiona alteraciones en el entorno familiar, social y laboral de la persona.

La elevada prevalencia que existe en Europa de personas con problemas de dependencia al alcohol (15 millones de afectados) supone también un elevado coste para el sistema sanitario y para el sistema judicial (Barrio et al, 2016; Bischof, Iwen, Freyer-Adam & Rumpf, 2016).

3.6.1. Repercusiones del alcoholismo para el individuo consumidor

Entre las principales repercusiones fisiológicas derivadas del consumo de alcohol, destacan: la hepatitis, enfermedades cardiovasculares y enfermedades infecciosas (DSM-V).

Conforme Duarte de Moraes (2014), se ha comprobado que a nivel neurológico los individuos alcohólicos presentan múltiples alteraciones cognitivas, tales como déficits de memoria, especialmente en la memoria inmediata, carencias en el aprendizaje, dificultades en la capacidad visoespacial, problemas para mantener la concentración (abstracción continua), alteraciones en las habilidades perceptivas y psicomotrices (marcada lateralidad, alteraciones en el equilibrio, enlentecimiento, estructuración espacio-temporal), dificultades en el lenguaje y/o en la capacidad de razonamiento y problemas para tomar decisiones, por mencionar algunas.

Todos estos datos tienen su relevancia para poder situarnos en el contexto particular de cada individuo alcohólico y su familia y así, poder darlos a conocer a estos últimos de manera que puedan comprender y discernir que determinadas actitudes y comportamientos son naturales de la enfermedad y, por tanto, no siempre pertenecen a un intento de enfrentamiento por parte del enfermo.

Como se ha explicado anteriormente, la adicción al alcohol puede ser motivo del desarrollo de problemas mentales y síntomas de ansiedad y depresión; afectando también en el ámbito laboral de la persona con la pérdida del trabajo y reduciéndose en muchos casos por completo las relaciones sociales del enfermo (Assadbeigi, Farhoudian, Mohamadkhani & Pourshahbaz, 2016; Duarte de Moraes et al, 2014).

3.6.2. Repercusiones del alcoholismo en el entorno familiar

La familia y los amigos son identificados como las principales fuentes de apoyo social a las personas con trastornos por abuso de alcohol, proporcionándoles éstos tanto atención directa como ayuda económica.

El cuidado informal se verá afectado, por un lado, por los problemas cognitivos y de comportamiento que presenta el individuo objeto de la atención y por otro, por las características del cuidador como pueden ser edad, sexo, situación social y laboral, disposición económica o si por ejemplo realiza una convivencia permanente con el enfermo o ésta sólo es parcial (Rospenda, Minich, Milner & Richman, 2010).

Según Assadbeigi (2016) los cónyuges reportan altos niveles de angustia psicológica, insatisfacción en la relación y conflicto interpersonal. También existe mayor riesgo de violencia doméstica, con más del 50% de los casos del total registrados.

Benishek, Kirby & Dugosh (2011) en su estudio afirman que, el papel de la familia influye en la aparición de los diversos problemas, de tal manera que cuando la relación del enfermo con la persona que convive es de pareja aparecen más problemas de violencia física y mayor presión para proporcionarles dinero. Sin embargo, cuando la relación es paterno-filial los problemas están más relacionados con las disputas surgidas por las constantes mentiras que el enfermo se esmera en proporcionar para justificar sus actuaciones relacionadas con la bebida.

Asimismo, entre las repercusiones económicas que se presentan en el ámbito familiar, se encuentra la reducción de los ingresos mensuales; en ocasiones por la pérdida del empleo y otras por el gasto que supone el consumo, llegando incluso en muchos casos a vender artículos del hogar para poder costearse la bebida.

Callinan (2015) concluyó en su estudio realizado en Estados Unidos, que las personas que habían dedicado tiempo a cuidar de otras con problemas de consumo de alcohol o algún trastorno mental tenían muchas más probabilidades de reportar peor salud física incluyendo insomnio, dolores de cabeza reiterados y pérdida de peso. También presentaban tasas más altas de depresión y ansiedad, así como una peor calidad de vida que aquellas otras que no cuidaron de alguien con estos problemas. Concluye también que el distanciamiento y la decisión de permitir que el bebedor se cuide por sí sólo, es uno de los principales tipos de afrontamiento que la familia y amigos afectados por el consumo terminan adoptando.

Uno de los sentimientos que suelen expresar los cuidadores principales es la vergüenza hacia el beneficiario del cuidado. La carga, tanto física como emocional que el familiar experimenta ante estas situaciones, supone un indicador predictivo de un aumento en el consumo de alcohol (Rospenda et al, 2010).

Se entiende entonces, que esto pueda ser debido a los numerosos conflictos que se ocasionan en el entorno familiar como discusiones, recriminaciones y otras dificultades, en muchos casos predecibles por la familia si es ésta tuviera los conocimientos necesarios, lo que puede contribuir a una disminución en la motivación de bebedor para dejar el consumo.

3.6.3. Consumo excesivo de alcohol y menores en el entorno familiar

Por otro lado, existen investigaciones que afirman que los hijos dentro del contexto de familia alcohólica son quienes resultan más afectados. La problemática que viven hace que se reformule en ellos el concepto de familia, de manera que incluso llegan a cambiar su actitud dentro de la misma adoptando en muchos casos un rol que no les corresponde y produciéndose más tarde una desvinculación de los padres con motivo del desgaste de estas relaciones.

Además, más del 60% de los divorcios están vinculados a problemas con el alcohol (Ramírez, Romina Naal, Salinas & Pérez, 2014). El mismo, afirma que “las familias alcohólicas son menos cohesivas, así como desorganizadas y desorientadas”.

Un estudio realizado en Chile, donde el consumo de alcohol, al igual que en España está bastante socializado, reveló que los principales problemas ocasionados por éste en el entorno familiar eran la violencia verbal con un 30%, violencia física con un 23,1%, la falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas de los más pequeños (14,3%) y falta de supervisión a los hijos (18,7%). En un 6,6% de los casos detectados tuvo que intervenir servicios sociales debido a la falta de medios para los más pequeños, mientras que en un 24% fue algún pariente o familiar cercano quien intervino (Florenzano, Echevarria, Siverson, Barr & Fernández, 2016).

3.7. La enfermería en el alcoholismo

3.7.1. Intervención de enfermería desde el CAD/CAID

La atención al paciente alcohólico dentro de los CAD/CAID es entendida como un proceso dinámico, individual y flexible en el que se tratará de adaptar los cuidados a cada persona proporcionando una atención integral, en función de las necesidades que ésta presente.

Este proceso de atención integral está conformado por una serie de etapas que se interrelacionan unas con otras y que no se dan de manera aislada sino que se van desarrollando de forma simultánea durante todo el proceso de recuperación del individuo, a veces incluso avanzando y retrocediendo en varias ocasiones durante las mismas, lo cual requiere de una importante cohesión y visión integradora por parte de todo el equipo de profesionales que intervienen con él, teniendo en cuenta, no sólo la adicción y los factores que contribuyen a ella, sino también todas aquellas dimensiones o áreas que forman parte de la vida del individuo y de su entorno y que se van a ver comprometidas a causa de esta adicción.

Los profesionales de enfermería desarrollan pues una parte importante de sus funciones dentro del equipo interdisciplinar de los CAD/CAID, resultando ser el nexo de unión entre las distintas disciplinas profesionales que intervienen con el paciente (psicológica, médica, ocupacional, social y enfermera), y participando en cada una de las esferas o dimensiones que forman parte del mismo y que como se ha dicho pueden resultar afectadas.

A continuación, se exponen los diferentes ejes sobre los que se lleva a cabo la valoración e intervención por parte del equipo interdisciplinar y en las cuales participa la enfermería; y posteriormente se describe de manera más detallada cuál es la intervención con la familia puesto que es el tema que nos ocupa:

- Dimensión psicopatológica
- Dimensión de autocuidado y salud
- Dimensión de consumo de alcohol (de sustancias en general)
- Dimensión familiar
- Dimensión socio-relacional
- Dimensión de laboral y formativa
- Dimensión de ocio y tiempo libre

Dentro de la intervención que el equipo de enfermería realiza con las familias, uno de los objetivos primordiales que se busca es el logro y mantenimiento de unas relaciones lo más satisfactorias y adecuadas posibles, de tal manera que el familiar pueda involucrarse en el actual proceso del paciente contribuyendo en gran medida en su recuperación.

Para ello, se trabaja con ellos sobre una gran variedad de contenidos, tales como el papel que ocupan dentro del contexto de la adicción y en cada una de las fases del proceso de tratamiento, la adquisición de habilidades comunicativas y en el establecimiento de normas y límites y aclaración de conceptos sobre la adicción, entre otros.

Como se ha dicho, la implicación del familiar en el proceso del paciente es fundamental para una evolución favorable del mismo, pero no hay que olvidar que también aporta cantidad de beneficios al resto de componentes, mejorando en gran medida su calidad de vida, disminuyendo la sensación de invalidez e impotencia que les produce el hecho de no saber cómo ayudarles.

El profesional enfermero, en la atención a la familia, es el responsable pues de:

- Motivar a la familia y lograr su implicación.
- Reforzar su papel como figura clave de acompañamiento y apoyo al enfermo.

- Facilitar la información específica y la formación necesaria para una situación adecuada dentro del contexto de la enfermedad.
- Identificar la capacidad de negociación de la familia en lo que establecimiento de límites y normas se refiere.
- Detectar situaciones que requieran la derivación y/o coordinación por otros profesionales, niveles de atención o especialistas.

Asimismo, la enfermería en el CAD cumple con sus funciones habituales: función asistencial en cuanto a la atención al paciente, función de gestora y administrativa en lo que organización y planificación de los recursos se refiere y función de investigación y docencia; dirigida esta última tanto a los pacientes, como a las familias y el resto de profesionales del equipo terapéutico (Madrid Salud, 2015).

3.7.2. Intervención de enfermería desde AP

En el ámbito de la Atención Primaria, la intervención enfermera ante el consumo crónico de alcohol difiere bastante de la anterior. Podría decirse que se trata del primer paso o el paso previo al descrito anteriormente y se basa en la realización de 3 actividades. Éstas son, el cribado, la intervención breve sobre el paciente y la derivación a una atención más especializada cuando el problema ha sido detectado y se determina que realmente existe una dependencia. Se exponen a continuación de manera resumida dichas actividades:

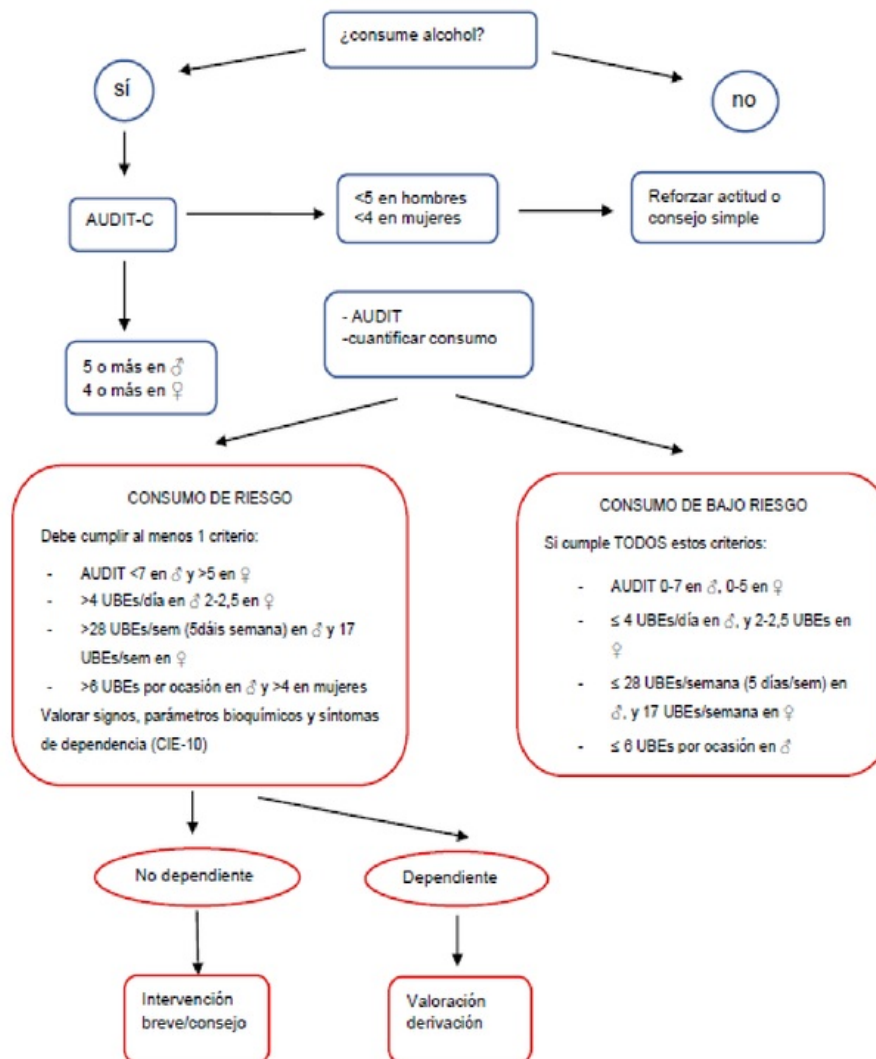
- Cribado: trata de identificar aquellos pacientes que pueden presentar un problema de consumo excesivo de alcohol. En AP se realiza de manera regular (cada 2 años) a todos los pacientes mayores de 14 años. Para ello se utilizan diferentes métodos como son la medición del consumo en Unidades de Bebida Estándar (UBE), preguntando directamente al paciente sobre la cantidad de alcohol que consume de manera habitual o utilizando una entrevista semiestructurada que contiene preguntas relacionadas con la cantidad y la frecuencia con la que se consume.

- Cuestionarios: existen varios y están creados específicamente para determinar un consumo de riesgo y/o la dependencia al alcohol. Por lo general se realizará primero aquel dirigido a identificar el consumo de riesgo y en caso de resultar positivo, se realizaría otro más específico para conocer si existe dependencia (AUDIT-C y AUDIT respectivamente). El primero resulta más simple de utilizar por ser más corto y rápido para identificar inicialmente un consumo, y el segundo, más extenso, detecta síntomas de dependencia.

(Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

En cuanto a la atención a la familia, en este nivel generalmente se realiza de una manera más aislada o independiente a la que se va a llevar a cabo con el paciente, de tal manera que, el profesional de enfermería en AP atenderá la demanda inicial de la familia en cuestión y proporcionará la información y el asesoramiento necesarios sobre los diferentes recursos de que puede disponer el familiar, como son los grupos de autoayuda o ayuda mutua entre familias alcohólicas, centros específicos de atención profesional en la comunidad, derivación a otros profesionales más específicos en los casos que se requiera de una atención psicológica, ayuda de trabajador social, etc.

Algoritmo de actuación de enfermería en Atención Primaria.



Fuente: elaboración propia a partir del algoritmo de actuación de enfermería en Atención Primaria. Dirección general de salud pública. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

3.8. Intervenciones educativas con las familias

Como ya se expuso anteriormente, las familias son uno de los principales afectados cuando hablamos de alcoholismo. Existen numerosos estudios, tanto a nivel nacional como internacional, que tratan sobre las diferentes intervenciones llevadas a cabo con los familiares del DA.

En líneas generales todos ellos están enfocados a dos objetivos fundamentales, aunque no siempre de manera sinérgica. En unos casos buscan la mejora de la calidad de vida del propio familiar (Aguilar, Juárez, Pérez, Rey & Tiburcio, 2011), mientras que otras, están más orientadas al propio paciente y al logro de su rehabilitación; sugiriendo estas últimas el empleo del familiar y el aprovechamiento de la influencia que éste puede llegar a tener en el enfermo, como medio para lograr su entrada en tratamiento.

A nivel internacional se ha comprobado la efectividad que tienen las intervenciones con el Programa de Reforzamiento Comunitario y Entrenamiento Familiar (CRAFT). Basado en el condicionamiento operante, se utiliza a una persona allegada al enfermo, por ejemplo, la pareja, a la cual se instruye durante varias sesiones en habilidades de comunicación, de resolución de problemas y en el establecimiento de normas y límites entre otras. De esta manera, el familiar se encarga de modificar ciertos aspectos ambientales, fundamentalmente a través del refuerzo de conductas de sobriedad y sin presionar al enfermo para que se someta a tratamiento.

Estas técnicas, han demostrado ser efectivas, de tal manera, que al tiempo que se obtiene el objetivo principal de la intervención, se logra también que las personas más cercanas entiendan en qué consiste esta enfermedad y se sientan preparados para ayudar a su ser querido, mejorando con ello la relación familiar, las tasas de depresión y tensión psicológica y en general, la calidad de vida de los componentes (Bischof et al, 2016; Assadbeigi, Farhoudian, Mohamadkhani & Pourshahbaz, 2016).

En España también ha quedado constancia de la eficacia de este tipo de intervenciones.

Así García, González, Munera & Urios (2012), nos muestran la gran transcendencia que tiene el trabajo con las familias y evidencia el vínculo existente entre “percepción de apoyo familiar” experimentado por el paciente y “resultado del tratamiento”. Para ello se realizó un estudio en el que se experimentaba la eficacia de la Psicoeducación del familiar al tiempo que el paciente acudía a terapia grupal. Dicha Psicoeducación consistía en enseñarles aspectos sobre la enfermedad, tales como la evolución, factores que aumentan o mitigan los síntomas y la gravedad, alternativas de tratamiento, recursos de la comunidad, estrategias de afrontamiento

y habilidades en el manejo de la enfermedad y resolución de problemas, mejorando el funcionamiento en el hogar.

Se demostró que a través de la Psicoeducación se logra que la vivencia de la enfermedad por parte de la familia sea menos traumática, al tiempo que, mejoran los resultados en el proceso de recuperación del enfermo.

Intervención similar se realizó en Madrid, con una población de pacientes del 12 de octubre que presentaban DA y los familiares de éstos, que en ese momento acudían a un grupo de autoayuda. Los familiares que fueron educados en el manejo de situaciones problemáticas, refuerzo de la abstinencia y fomento de la asistencia al tratamiento, entre otros, obtuvieron mejores resultados en salud psicológica y emocional, reduciendo significativamente signos y síntomas de ansiedad, depresión y fobias. Asimismo, en los pacientes hubo un menor número de recaídas y abandonos de tratamiento, así como una mejoría en la adherencia a los mismos (Rubio, Martínez-Gras, Ponce, Quinto, Jurado & Arriero, 2013).

3.9. Justificación

Ante una realidad como la que se ha expuesto en el presente trabajo, en la que la adicción al alcohol implica un daño psicológico, físico y mental que en muchas ocasiones llega a afectar en mayor medida a la familia que al propio enfermo (Callinan, Jiang, Laslett & Room, 2015; Assadbeigi et al, 2016; Barrio et al, 2016) y dado que, según apunta la literatura, de manera general, en las intervenciones actuales la atención facilitada da prioridad al enfermo, sin proporcionar en muchas ocasiones la importancia que tiene a la familia y, a veces aún menos, a los hijos quienes resultan aún si cabe más vulnerables (Ramírez, Romina Naal, Salinas & Pérez, 2014; Florenciano, Echevarria, Siverson, Barr & Fernández, 2016); se concluye la necesidad de implementar más estrategias de actuación con las familias, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de éstos, dentro del contexto de la enfermedad alcohólica.

Debido a los datos que arroja la revisión bibliográfica realizada sobre el valioso papel que tiene la familia en los tratamientos de la dependencia alcohólica; pues ha sido demostrado que cuando se les involucra en el tratamiento, el paciente mejora su pronóstico y aumenta la adherencia terapéutica, reforzando la abstinencia al tiempo que se reducen en el familiar los síntomas de depresión y ansiedad, entre otros (Rubio, Martínez-Gras, Ponce, Quinto, Jurado & Arriero, 2013; Bischof et al, 2016; García, González, Munera & Urios, 2012).

El profesional de enfermería es el principal responsable del cuidado y, por tanto, de asegurar una adecuada intervención tanto al paciente con DA como a su familia, ya que ésta es la única

manera de garantizar a ambos una atención integral y de calidad en el ámbito de la patología alcohólica.

Se ha optado pues, por una intervención educativa con la familia del paciente alcohólico. Será una intervención de duración corta, dirigida por profesionales enfermeros y encaminada tanto a incrementar los conocimientos sobre la DA, como al desarrollo de habilidades para el manejo de situaciones problemáticas.

Por supuesto, se lograría una reducción de los numerosos conflictos que se ocasionan en el entorno tales como discusiones, recriminaciones y otras dificultades que, en muchos casos, podrían ser predecibles por el familiar si éste tuviera los conocimientos necesarios sobre la situación y la manera más adecuada de actuar en cada caso.

Se entiende que, además de lograr una mejora en la calidad de vida de los beneficiarios objeto de la intervención, podría contribuirse a la disminución de los costos sanitarios, pues como se expuso anteriormente, el papel que tienen las personas más cercanas al enfermo es de vital importancia a la hora de cómo afronta el individuo su enfermedad; pudiendo contribuir en gran medida a su entrada en tratamiento. De esta manera, se reduciría una evolución desfavorable de la enfermedad y con ello los recursos empleados en enfermedades más avanzadas.

4. Población y Captación

4.1. Población diana

El proyecto educativo irá destinado a familiares de personas con consumo problemático de alcohol.

Irà dirigido a dichos familiares residentes en toda el àrea de cuya asistencia se encarga el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) de Villaverde, que es donde tendràn lugar los talleres. Esta àrea se compone de los siguientes distritos y sus correspondientes barrios:

- Villaverde (San Andrés, San Cristóbal, Los Ăngeles, Los Rosales y Butarque)
- Usera (Orcasitas, Pradolongo, San Fermín y Almendrales)
- Carabanchel (Comillas, Opañel, Abrantes y Buenavista)

Se trata de una población que, en un porcentaje bastante elevado, posee un nivel de estudios bajo (educación primaria) o no los ha completado (54.5%). Con un nivel de renta también bajo (entre 14.500 y 16.700 euros de Renta media neta, con variaciones en función del número de adultos y menores dependientes que conformen la unidad familiar).

Los distritos de Carabanchel, Usera y Villaverde presentaron en 2015 unos porcentajes de paro en la población de entre 16 y 64 años, del 13.9%, 14.3% y 15.6% respectivamente. Con una tasa de riesgo de pobreza o exclusión social de entre un 25.8% y un 46.9% calculada según el umbral de Madrid (Dirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid, 2015)

Según el banco de datos estadísticos del Ayuntamiento de Madrid, en 2015 y 2016 se registraron un total de 944 y 889 personas atendidas respectivamente, sólo en el CAD del Villaverde. En relación a la atención recibida por las familias, se observan unas cifras de 327 en 2015 y de 208 en 2016.

Una cuestión que se plantea es el porqué de una diferencia tan marcada entre la atención recibida por el enfermo y la que obtiene su familia. Podría ser debido a que, o bien es escasa la información que se proporciona a la población en general, sobre la existencia de este recurso, o bien son las propias familias quienes carecen de iniciativa a la hora de buscar apoyo. No se han encontrado datos estadísticos sobre atención recibida por los familiares en otros recursos, aunque se tiene conocimiento de la existencia de grupos de apoyo o autoayuda.

Si bien no se ha podido diferenciar si las atenciones recibidas en los dos casos anteriormente mencionados fueron por problemas relacionados únicamente con el alcohol o por consumo de otras drogas; se entiende que, en cualquiera de los dos casos, al aumentar los datos sobre pacientes atendidos, el número de familias que reciben ayuda por parte del CAD también se vería incrementado, pero no en la misma proporción.

4.2. Captación

La captación de los asistentes se realizará a través de las diferentes consultas de los Centros de Salud comunes y de los Centros de Especialidades que se encuentran en la zona a la cual pertenece la población diana.

Se distribuirán en cada uno de ellos, así como en las inmediaciones, diversos carteles divulgativos (ANEXO I) y, se facilitará en las diferentes consultas de Atención Primaria y Digestivo un díptico informativo (ANEXO II) que los profesionales correspondientes entregarán a aquellos ciudadanos que soliciten la información o que acudan acompañando a pacientes y que el profesional por valoración propia considere que puede servir de ayuda.

Asimismo, los médicos de estas consultas recibirán un correo por parte del equipo terapéutico en el que se informa de las características de estos talleres, para que puedan facilitar a la población la información adecuada (ANEXO III).

Los carteles mencionados, proporcionarán información básica sobre el objetivo de la intervención y la distribución de las diferentes sesiones, así como un medio de contacto y solicitud de mayor información. Posteriormente, se facilitará información sobre la distribución de las sesiones y los contenidos de las mismas.

Previo al inicio de los talleres se citará a los asistentes a una reunión individual en la que estarán presentes el usuario y una de las enfermeras responsables del proyecto. Dicha reunión tiene como objetivo un primer contacto entre el usuario y el equipo; se trata de una pequeña reunión, de una media hora de duración aproximadamente, en la cual la enfermera solicitará información, de manera muy general, acerca de la situación familiar que se presenta en cada caso para poder conocer las características particulares y asegurar que la persona se encuentra ante el recurso adecuado a su situación personal.

Con ello, como se ha indicado anteriormente, se pretende evitar que, ante la existencia de situaciones de otra índole que pueden llegar a darse junto con el alcoholismo, como pueden ser maltratos, violencia familiar activa u otros; el usuario esté acudiendo al recurso erróneo, en cuyo caso se le asesoraría acerca del más adecuado.

5. Objetivos

5.1. Objetivos generales

- Disminuir las consecuencias físicas y psicológicas en el familiar del paciente alcohólico y promover mayor calidad de vida.
- Incrementar conocimientos sobre la enfermedad alcohólica y su evolución, así como de los recursos disponibles en la actualidad.
- Fortalecer las habilidades familiares del familiar alcohólico.
- Construir y conocer las redes de apoyo mutuo.

5.2. Objetivos específicos

Área cognitiva:

- Conocer las consecuencias de la enfermedad alcohólica, distinguir entre factores de riesgo y protección en las recaídas e identificar aspectos que favorecen o dificultan el mantenimiento de la abstinencia. (COG)
- Comprender cada una de las fases progreso de la enfermedad como algo normal.
- Ser capaz de realizar una síntesis de los conocimientos adquiridos en las sesiones que los profesionales consideren necesario.

Área de habilidades:

- Identificar cuáles son las causas de un conflicto, para poder evitarlas .
- Demostrar capacidad y desenvoltura en el manejo adecuado de situaciones conflictivas y establecimiento de límites entre otras.
- Verbalizar y expresar satisfacción sobre el desarrollo y la mejora de habilidades comunicativas en el hogar en relación al familiar enfermo.

Área de actitudes:

- Compartir con el resto de componentes del grupo experiencias, dificultades, sentimientos y necesidades, participando así en un proceso recíproco de ayuda entre los usuarios.
- Participar con otros en las redes de apoyo.
- Valorar las redes de apoyo y desenvolverse en las mismas.

6. Contenidos

- Conceptos y orientación sobre la patología alcohólica:
 - Alcoholismo
 - Síndrome de Dependencia alcohólica (manifestaciones, cómo valorar si existe)
 - Tolerancia
 - Síndrome de abstinencia (síntomas y manifestaciones)
 - Tipos de bebidas y cómo pueden afectar al individuo
- Diferencias entre signos de consumo actual y manifestaciones del consumo crónico
- Consecuencias familiares del alcoholismo
- Cómo afecta el tratamiento del alcoholismo en la relación familiar
- Qué es la codependencia
- Cómo ser útiles en el proceso de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo
- Qué hacer ante situaciones conflictivas en el hogar
- Qué hacer ante la posibilidad de una crisis, recaída
- Cómo explicarles a los hijos la enfermedad de uno de los padres
- Fases del abandono y peculiaridades de cada una de ellas
- Recursos disponibles en la comunidad

7. Sesiones

7.1. Sesiones y grupo

La intervención educativa constará de 6 sesiones distribuidas a lo largo de 6 semanas de duración, que abarcarán el periodo del 4 de septiembre al 15 de octubre de 2017. Posteriormente se llevará a cabo una segunda edición que abarcará del 5 de marzo de 2018 al 13 de abril de 2018. Cada sesión tendrá una duración de 2 horas con un descanso de 10 minutos.

Se realizarán dos grupos, uno de mañana y otro de tarde impartidos en horario de 11 a 13h y de 17.30 a 19.30h, y se facilitará la opción de elegir entre 2 días de la semana diferentes (miércoles o viernes) con el fin de proporcionar cierta flexibilidad y facilidades en cuanto a la asistencia.

Cada grupo estará compuesto por un máximo de 20 personas entre hombres y mujeres. Como se indica en los criterios de inclusión, todos ellos mayores de edad.

Los criterios de inclusión para poder asistir a las sesiones serán los siguientes:

- Ser familiar de la persona con problemas relacionados con el alcohol.
- Tener más de 18 años.
- Residir en el área mencionada anteriormente, a la cual va destinada la atención.
- Acudir de manera voluntaria.

Como criterios de exclusión se consideran:

- No estar en total conformidad con los contenidos que se van a tratar en las sesiones.
- Ser menor de edad.

7.2. Lugar de realización de los talleres

El proyecto se llevará a cabo en el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) del distrito de Villaverde, situado en la calle Verde viento, 16. Las sesiones se realizarán en el aula R.17 del mencionado centro, situada en la planta baja. Ha sido facilitada por la dirección del mismo, junto con algunos recursos materiales necesarios para la realización de las sesiones.

Los CAD pertenecen al Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). En ellos se proporciona una atención integral, en régimen ambulatorio, a personas con problemas de abuso de alcohol u otras drogas. Esta atención integral está basada en una valoración

interdisciplinar del paciente, proporcionando un tratamiento dirigido al control del consumo, pero considerando además los aspectos familiares, sociales, psicológicos y ocupacionales de la persona.

Cuentan con un equipo terapéutico formado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio y personal administrativo.

Mediante los CAD el paciente tiene la posibilidad de acceder también a otros recursos disponibles en la comunidad, tales como centros de patología dual, unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas o talleres de capacitación laboral, entre otras.

A continuación, se presentan los servicios que ofrecen los CAD:

- Tratamiento integral del paciente
- Intervenciones dirigidas a la reducción del daño causado por el consumo y los riesgos del mismo cuando no se logra la abstinencia total
- Intervención con la familia. Tanto con aquellas que solicitan ayuda sin que el consumidor acuda a tratamiento, como con las que acompañan al enfermo durante el proceso.
- Tratamiento farmacológico
- Derivación provisional a otros recursos que complementan las intervenciones de los CAD, para el refuerzo del tratamiento y reinserción.

7.3. Técnicas de trabajo

A continuación, se exponen los diferentes tipos de técnicas educativas que se van a emplear con el grupo en el transcurso de las seis sesiones y la utilidad que presenta cada una de ellas teniendo en cuenta que algunas pueden emplearse para trabajar diferentes áreas.

- **Técnicas de “investigación en el aula”**: nos servirán para abordar tanto el área afectiva como cognitiva de los participantes. Por un lado, permite al facilitador obtener información acerca de la situación actual del grupo y de posibles necesidades, sobre todo a nivel emocional; y al tiempo, facilita a los asistentes la expresión de sentimientos, así como compartir conocimientos y experiencias, ayudándoles a reflexionar y reorganizar sus ideas como primer paso para un posible cambio.

El cuestionario, “foto-palabra”, “tormenta de ideas” o “tela de araña” son algunas de las técnicas de investigación en el aula que emplearemos en nuestros talleres.

- **Técnicas expositivas**: son muy valiosas para transmitir conocimientos, se podría decir que sobre todo a nivel teórico, y contrastar y reorganizar los que ya se tienen. Con ellas se trabaja principalmente el área cognitiva.

Algunas de las técnicas expositivas que se utilizarán son “video con discusión”, “charla coloquio” o la “charla participativa”.

- **Técnicas de análisis**: facilitan la reflexión sobre el tema que queremos tratar, permiten realizar comparaciones entre diferentes alternativas y valorar otras opciones gracias a la contribución de los puntos de vista del resto de compañeros. Trabaja sobre todo el área cognitiva, la capacidad de síntesis y crítica, pero también el área afectiva, puesto que permite expresar opiniones, modos de ver y vivenciar las cosas.

“Video con charla”, “debates” o el “análisis de caso” son algunos de los métodos de análisis que se utilizarán a lo largo de estos talleres.

- **Técnicas de desarrollo de habilidades**: como bien indica su nombre, permiten manejar las aptitudes adquiridas y poner en práctica y desarrollar poco a poco actitudes necesarias para enfrentar las situaciones a las que los participantes están expuestos en su vida cotidiana. En su mayoría tratan de poner “en situación” al participante, para que aprenda a enfrentarse a la realidad que vive.

Algunas de las técnicas que se han seleccionado para el desarrollo de habilidades son “role-playing”, “dar la vuelta a la sábana”, “el naufragio” o “lazarillo”.

7.4. Materiales a emplear

7.4.1. Recursos humanos

Se cuenta con un equipo de profesionales compuesto por:

- 1 psicólogo
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 2 enfermeras.

7.4.2. Recursos materiales

Se dispone de los siguientes medios y materiales para la realización de los talleres:

- Un aula bien iluminada y ventilada con 3 ventanas al exterior y con el siguiente mobiliario:
 - 30 sillas con pala abatible colocadas en círculo en el centro de la sala
 - 1 pizarra común y 1 pizarra vileda
 - Tizas de colores y rotuladores para las pizarras
- 1 proyector
- 1 pantalla de proyección
- Folios
- Bolígrafos
- Fotos con imágenes para la realización de dinámicas
- Sábana
- Cuestionarios pre-post intervención
- DVD
- Película con cortos y video con imágenes
- Pañuelos/ antifaces
- Ordenador
- Power Point
- Material teórico (artículos, casos, etc. para facilitar a los asistentes)
- Ovillo de lana
- Cámara de video para grabar las simulaciones
- 1 aseo de uso común para ambos sexos. Se encuentra en el exterior de la sala.

7.4. Planificación de las sesiones

7.4.1. Primera sesión

Conceptos y orientación sobre la patología alcohólica

Del 4 al 9 de septiembre del 2017.

En primer lugar, se dedicará un tiempo establecido a la presentación de cada uno de los miembros del equipo, así como de la motivación y naturaleza del proyecto, objetivos o metas, funcionamiento y organización de las sesiones y normas durante el desarrollo de las mismas. Cada usuario se presentará a sí mismo también. Para ello se realizará una actividad por todo el grupo.

Posteriormente se realizarán actividades con el objetivo de explorar el nivel de conocimientos que presentan los usuarios sobre Alcoholismo y Síndrome de Dependencia alcohólica (SDA).

Se aclararán conceptos como:

- Alcoholismo
- SDA
- Tolerancia
- Abstinencia
- y se tratarán temas como el papel del alcoholismo en la sociedad actual
- formas o patrones de consumo
- tipos de bebidas y cómo afectan éstas al individuo.

Todo ello, con el objetivo de situar a los participantes en un contexto actual de consumo de alcohol, ya que muchas veces pese a encontrarse dentro de una situación como la que se ha expuesto, el familiar carece de conocimientos sobre el tema.

Sesión 1		Presentación de los talleres. Introducción en la enfermedad alcohólica		
Objetivos: - Presentar el taller y a los docentes - Conocer al grupo. Primer contacto entre asistentes - Favorecer un clima de confianza - Valorar nivel de conocimientos de la enfermedad - Facilitar conocimientos básicos sobre la enfermedad alcohólica				
Recursos Humanos: 3 Enfermeros, 1 Psicólogo, 1 Terapeuta ocupacional y 1Trabajador social				
Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Presentación miembros del equipo. Funcionamiento talleres (horarios, normas) Dudas, cuestiones	Expositiva Charla participativa	20 min	Pantalla Proyector Pizarra Power Point	Guion observador sobre los facilitadores y el desarrollo de la presentación
Conocer al grupo. Primer contacto entre asistentes.	“Presentación por parejas”. Cada uno de los asistentes formará pareja con el compañero de al lado. Se presentarán entre ellos proporcionándose datos como nombre, edad, lugar de procedencia (libre). Cada persona deberá después presentar al resto, al compañero que acaba de conocer.	40 min	Mesas Sillas Bolígrafos Papel	Guion observador
Valorar nivel conocimientos enfermedad	Cuestionario pre-intervención (Anexo)	10 min	Test	Evaluación posterior del cuestionario
DESCANSO 10 MINUTOS				
Conceptos básicos: - Alcoholismo - SDA - Tolerancia - Abstinencia	Tormenta de Ideas + Charla coloquio Tras terminar la tormenta de ideas, los facilitadores realizarán una exposición en Power Point sobre los contenidos anteriores.	40 min	Power Point Pantalla Proyector Ordenador	Guion observador

7.4.2. Segunda sesión

Consecuencias del alcohol

Del 11 al 16 de septiembre de 2017.

Breve recordatorio sobre lo que se vio en la semana anterior.

Se tratarán las diferentes consecuencias que derivan del alcoholismo:

- Consecuencias para el individuo (a nivel neuropsicológico y orgánico. Autoprotección ante enfermedades como la hepatitis y enfermedades infecciosas)
- Consecuencias en el ámbito familiar (niños, pareja, padres/hijos...)
- Consecuencias laborales y económicas
- Consecuencias sociales
- Qué es la codependencia

La sesión se iniciará con aportaciones por parte de los asistentes, lo que ayudará al personal a conocer también sus necesidades y definir un punto de partida a la hora de facilitarles información y elegir posteriores actividades para el desarrollo de habilidades.

Se tratarán temas como la codependencia y la existencia de menores en el ámbito familiar, cómo les afecta a ellos esta situación y de qué manera vive el cuidador principal dicho perjuicio, en muchos casos madre/padre del menor y pareja del enfermo.

Sesión 2		Consecuencias del alcoholismo		
Objetivos: - Afianzar e incrementar conceptos - Situar en un contexto social la enfermedad alcohólica - Autoexploración situación personal				
Recursos Humanos: 2 enfermeros				
Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Papel del alcoholismo en la sociedad actual	"Tormenta de ideas"	20 min	Pizarra, tiza Power Point Pantalla Proyector	Guion observador sobre los facilitadores y el desarrollo de la presentación
Patrones de consumo y diferencias entre ♂♀		20 min		
Tipos de bebidas y cómo afectan al individuo		"Técnica expositiva"		
Consecuencias del alcoholismo	"Charla coloquio" el docente explicará brevemente, mediante esta técnica expositiva, de qué manera puede repercutir el alcohol en todas las esferas del individuo, en la familia y en sus relaciones sociales. Cuál es el papel de los menores en este contexto Qué es la codependencia	30 min	Mesas Sillas Ordenador Pantalla Proyector	Guion observador
DESCANSO 10 MIN				
Consecuencias del alcoholismo	"Video con discusión" Posteriormente se utilizará un video para dar lugar a un debate entre los participantes	40 min	Video Pizarra Tizas	Guion observador

7.4.3. Tercera sesión

Situaciones conflictivas. Cómo ser útil

Del 18 al 23 de septiembre de 2017.

Al conocerse un poco más los participantes, se realizará una actividad en la que cada persona expone al resto cuáles han sido los motivos por los que se ha decidido a acudir a los talleres. Con ello buscamos que el individuo realice una autoexploración de su situación personal y facilitamos que exprese sentimientos, además de hacerse consciente de su situación.

Se facilitarán recomendaciones y sugerencias sobre cómo comunicarse con los más pequeños y explicarles la enfermedad de uno de los padres.

Se realizará una actividad en la cual los usuarios expresen aquellas dificultades, conflictos, problemas, disputas familiares, etc., con las que conviven en su día a día y que son derivadas del consumo de alcohol.

Para ello, basándonos en el criterio de la fase del abandono en la que se encuentre el familiar afectado y, dado que el contexto y la convivencia del individuo con sus semejantes puede variar mucho en función de ello, se ha considerado más apropiado la división del grupo en 2-3 subgrupos (en función de las fases que salgan): consumo activo, deshabituación, recaída.

Se iniciará la actividad con aportaciones sobre aquello que nos transmite la fase en la que se encuentra el familiar de cada uno. Se pretende que cada uno relate las diferentes dificultades con las que convive. El facilitador, irá recogiendo los datos.

Para lograr una actividad más enriquecedora; posteriormente, se aunarán de nuevo los grupos y se expondrán los datos de cada uno. La finalidad es favorecer una retroalimentación entre ellos, que se encuentran en diferentes estadios y que, como es lógico con problemáticas muy diferentes unas de otras debido a ello, además por supuesto, de por la singularidad de cada familia.

Sesión 3		Situaciones conflictivas. Cómo ser útil		
Objetivos: - Autoexploración personal - Expresar sentimientos y problemática personal				
Recursos Humanos: 1 enfermero, 1 psicólogo				
Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Autoexploración situación personal	“Tela de araña” cada participante explicará al resto cuáles fueron los motivos que le llevó a tomar la decisión de pedir ayuda y cómo llegaron al grupo. Una vez expuesto lo anterior, éste le pasará la lana a otro participante y así sucesivamente	40 min	Ovillo de lana Sillas	Guion observador
Dificultades y conflictos más frecuentes en el entorno familiar, derivadas del consumo de alcohol	“Lluvia de ideas por grupos” Se divide al grupo en 2-3 subgrupos, en función de las fases de abandono en las que se encuentren sus familiares. Cada grupo irá desvelando mediante esta técnica qué dificultades se presentan con mayor frecuencia en sus entornos.	30 min	Mesas Sillas Pizarra Tizas	Guion observador
DESCANSO 10 MIN				
Necesidades emocionales de los participantes. Autoconocimiento	“Foto palabra” el facilitador, mostrará a los asistentes diversas fotos con la intención de que los participantes expresen anotando en un papel qué sentimientos despiertan en ellos cada una de las imágenes.	40 min	Fotos Papel Bolígrafos	Guion observador. La misma actividad nos sirve para evaluar las necesidades emocionales de los componentes

7.4.4. Cuarta sesión

Situaciones conflictivas. Cómo ser útil (II)

Del 25 al 30 de septiembre de 2017.

En esta sesión, se realizarán distintas actividades dirigidas a reforzar los conocimientos ya adquiridos y a facilitar el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones conflictivas.

Se realizará un debate sobre las diversas formas y posibilidades de afrontamiento en las distintas fases.

Se facilitarán también pautas sobre cómo evitar la confrontación en determinados momentos, qué hacer antes situaciones de recaída/crisis, cuándo reforzar conductas como la abstinencia, establecimiento de límites, qué actitudes resultan negativas tanto para el familiar como para el proceso de recuperación del enfermo, y se trabajarán habilidades de comunicación.

En definitiva, el objetivo de esta sesión será que los asistentes aprendan a manejarse con mayor facilidad en el contexto que les rodea, sin miedo y con la certeza de que aquello que están haciendo es lo correcto y lo más conveniente para su bienestar, pero también sin entorpecer el proceso de recuperación del enfermo dado que ésta, es una de las principales preocupaciones que el familiar suele tener.

Sesión 4
Situaciones conflictivas. Cómo ser útil (II)
Objetivos:

- Desarrollar habilidades para la resolución de conflictos y toma de decisiones en el ámbito familiar.
- Desarrollar de habilidades de comunicación
- Incrementar el autoconocimiento

Recursos Humanos: 2 enfermeros, 1 psicólogo

Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Resolución de conflictos y toma de decisiones en el entorno familiar	"Dar la vuelta a la sábana". Se coloca una sábana extendida en el suelo y se suben varias personas encima debiendo darle la vuelta sin salirse de ella. Se analizarán después distintos aspectos (problemas, causas, consecuencias, soluciones aportadas...) Se plantean pues varias cuestiones: ¿todos solucionamos igual los conflictos? ¿hay personas que se callan más que otras? ¿qué beneficia más en la sociedad, en la familia, en la escuela...? ¿te consideras de los que solucionan el conflicto o de los que se callan? ¿crees que todos los conflictos tienen solución? Se puede sugerir repetir la actividad controlando de nuevo el tiempo y examinando los resultados como se hizo en el primer intento. ¿Qué aspectos influyen para que cambiemos nuestra manera de actuar?	45-50 min	Sábana o papel amplio Cronómetro Mesas Sillas	Guion observador
DESCANSO 10 MIN				
Desarrollo de habilidades comunicación, escucha activa. Reflexión, Debate.	"El naufragio". Los participantes se imaginarán que se encuentran en un naufragio. Llegan a una isla en la que deben convivir durante 3 años en unas condiciones algo complicadas. Se trata de una actividad para reflexionar sobre la importancia de escuchar a quien tenemos al lado sin realizar juicios sobre las decisiones que se toman. Trata de abrir un debate en el cual todos aporten opiniones sobre este tema. Es necesario que este debate sea organizado para que los más callados puedan participar también. Después de la actividad se realizará una breve exposición (anónima) en papel y de una 5-10 líneas aprox. Donde los participantes expresen cómo se han sentido	40 min	Pizarra Tizas Bolígrafos Papel	Guion observador Mini-anónimo "cómo te has sentido" al finalizar las actividades
Análisis de conflictos	Video con discusión	20-25 min	Video Ordenador	Guion observador

7.4.5. Quinta sesión

Fases del abandono y cambio

Del 2 al 7 de octubre de 2017.

Se dedicará esta sesión a las diferentes fases del abandono y el cambio y las peculiaridades que presenta cada una de ellas.

Se facilitarán conocimientos básicos para valorar en qué etapa del cambio se encuentra el enfermo cuando no lo tienen claro y de qué manera pueden ayudar y ser útiles los familiares en cada una de ellas.

Se discutirá sobre las diferentes señales que en algún momento les ha llevado a los presentes a sospechar de una recaída o crisis y aprenderán a diferenciar entre los signos de un consumo actual y las manifestaciones propias del deterioro de un consumo crónico.

Cómo identificar una crisis/ recaída y cuál es el comportamiento más conveniente.

Sesión 5		Fases del abandono y cambio.		
Objetivos: - Ampliar conocimientos sobre las fases del abandono y las recaídas - Identificar la existencia de una recaída/crisis - Potenciar la confianza en el otro y en uno mismo				
Recursos Humanos: 2 enfermeros				
Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Fases del abandono y cambio	Vídeo con charla	30 min	Vídeo Pantalla Sillas Mesas	Guion observador
Recaídas				
Confianza en uno mismo y en el otro	“Lazarillo”. Por pareja, los participantes se vendarán los ojos, se colocan obstáculos por la sala, unos debe guiar al otro, primero sin hablar, colocando el invidente su mano sobre el hombro del compañero. Se trata de establecer una asociación entre la necesidad que pueda tener una persona con algún tipo de discapacidad y el enfermo dependiente del alcohol que, en definitiva, presenta también muchas discapacidades o alteraciones a la hora de comunicarse, de confiar en los demás, etc.	40 min	Vendas Sillas, Mesas Objetos a modo de obstáculos	Mini-anónimo “cómo te has sentido” Guion del observador
DESCANSO 10 MIN				
Expresión de sentimientos, necesidades emocionales de los participantes Habilidades empáticas y de escucha activa.	“Foto palabra” se reparten por grupos reducidos una serie de imágenes. Cada participante selecciona 2 de ellas y expone al resto por qué ha elegido éstas. Será un medio para fomentar la expresión de ideas, sentimientos, creencias, miedos, etc. Es importante realizar esta actividad cuando exista cierto nivel de confianza entre los miembros del grupo, por tanto, no será una dinámica adecuada a realizar los primeros días.	40 min	Fotos Papel Bolígrafos	Guion observador. La misma actividad nos sirve para evaluar las necesidades emocionales de los componentes

7.4.6. Sexta sesión

Yo puedo. ¿De qué recursos dispongo?

Del 9 al 14 de octubre de 2017.

Esta última sesión estará dedicada a un repaso general de los aspectos que el equipo de profesionales considera más importantes. Se dará la oportunidad de abordar otros temas que no se hayan tratado y que puedan ser del interés del grupo.

Se destinará parte de la sesión al tema de los diferentes recursos disponibles en la comunidad y a los cuales los usuarios pueden acudir en los distintos casos.

Uno de los objetivos principales de esta sesión es terminar el taller fortaleciendo las aptitudes y actitudes que los asistentes han ido desarrollando a lo largo de estas semanas, por lo que las actividades irán enfocadas a reforzar la autoestima y poner en práctica algunas de las destrezas que ya se tienen.

Se resolverán dudas y se hará saber a los usuarios que, pese a la finalización de los talleres, el equipo se encuentra a disposición de todos y cada uno de los participantes para cualquier consulta o ayuda que requieran más tarde, pudiendo ponerse en contacto a través del número de teléfono y correo electrónico que se facilitó al inicio.

Sesión 6		Yo Puedo. ¿De qué recursos dispongo?		
Objetivos: - Conocer los recursos disponibles en nuestra comunidad - Saber buscar redes de apoyo y desenvolverse en las mismas - Potenciar lo aprendido en las sesiones - Fortalecer actitudes necesarias para desenvolverse en el día a día				
Recursos Humanos: 2 enfermeros, 1 Trabajador social				
Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos Materiales	Evaluación
Recursos a disponibles en la comunidad	Expositiva En primer lugar, el docente explicará los tipos de recursos que se encuentran a disposición de los asistentes en función de las distintas situaciones personales, las características de cada uno de ellos y cómo acceder a los mismos. Posterior a ello, se iniciará una "Charla coloquio" donde se intercambiarán opiniones sobre este tema y se resolverán dudas.	30 min	Pantalla Proyector Power Point	Guion observador
Manejo de situaciones difíciles.	"Role Playing" Por grupos de 3-4 personas deberán representar una situación de conflicto que hayan decidido entre todos. Posteriormente, entre todos los grupos se realizará un debate	30 min	Mesas Sillas	Guion observador
DESCANSO 10 MIN				
Manejo y expresión de emociones en uno mismo y en el otro. Empatía Autoestima	"Dar y recibir afecto" 1 voluntario, se coloca en el centro de un círculo. De forma ordenada el resto de compañeros expresan a éste todos los sentimientos positivos que tienen hacia él. La emoción es más fuerte cuando los compañeros se colocan en frente, le tocan y les miran a los ojos. Se realiza varias veces. Para finalizar se analizará en grupo, en qué medida ocurre esto en sus vidas, con la persona enferma que tienen al lado, quien muchas veces no sabe expresar sus sentimientos hacia nosotros y a la cual no sabemos cómo acercarnos.	25 min	Mesas Sillas Papel Bolígrafos	Guion observador Mini-anónimo "cómo te has sentido"
Autoestima	"Yo soy" Para la realización de esta actividad es necesaria previa realización de fotografías de los participantes en sesiones anteriores. Todos los participantes en círculo, se distribuyen en el centro y bocanajo las fotografías realizadas anteriormente. 1 voluntario selecciona una, comienza uno de los docentes. Se expresarán cualidades, actitudes, capacidades, momentos o vivencias que se recuerden a lo largo de las sesiones de la persona que haya salido en la foto. P.ej. Facilidad para comunicarse con él, saber escuchar, cercanía, sensibilidad (siempre características positivas), alguna vivencia graciosa, etc.	25 min	Fotografías de los asistentes Papel Bolígrafos Mesas Sillas Pizarra Tizas	Guion observador

8. Evaluación

8.1. Evaluación de la estructura y proceso

La evaluación de los talleres se realizará de dos maneras. Por un lado, será continuada, explorando en cada sesión si se cumplen los objetivos planteados en las diferentes áreas de conocimientos, habilidades y actitudes. Esto se realizará a través de distintas técnicas, concretadas en el apartado “evaluación” de la tabla correspondiente a cada sesión.

Se evaluará la programación y adecuación de las actividades, el nivel de participación, asistencia a las sesiones, grado de consecución de las actividades previstas, adaptación de los objetivos, contenidos y actividades al grupo, rol del educador, etc. Todo ello registrado en el guion del observador (ANEXO III).

Por otro lado, el coordinador de los talleres realizará un informe final teniendo en cuenta las diferentes evaluaciones, para determinar en qué medida los talleres han sido efectivos y si ha cumplido con el objetivo fundamental de este proyecto.

8.2. Evaluación de los resultados

Al finalizar los talleres:

Se evaluará el OG-1 a través de un test de conocimientos “pre” y “post-intervención” (ANEXO I), que se repartirán a todos los asistentes, con el que comprobaremos en qué medida se han adquirido los conocimientos más teóricos.

A medio plazo:

Se evaluará el OG-3 mediante la recogida de datos, a través del guion del observador, sobre la conducta observada en los participantes, tales como asistencia, grado de participación atenta en las clases o expresión de creencias y opiniones.

En la última sesión se pasará un cuestionario de satisfacción a cada uno de los participantes (ANEXO V), para conocer en qué medida el curso ha cumplido con las expectativas de los asistentes.

A largo plazo:

Se evaluará el OG-2 a los 3 meses de finalizar el curso. Se realizará mediante un cuestionario telefónico a cada uno de los asistentes. Ver Cuestionario de evaluación a largo plazo (ANEXO IV).

9. Bibliografía

Aguilar, P. M., Juárez, F., Pérez, F. C., Rey, G. N. & Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34(3), 195-201.

Al-Anon. (2015). Esperanza para familiares de alcohólicos. [Imagen]. Recuperado de: <http://www.alanon.org.uy/>

Aprovat, V. (2014). Todo sobre el alcoholismo. [Imagen]. Recuperado de: <http://www.aprovat.org/todo-sobre-el-alcoholismo-efectos-consecuencias>

Aragón, F. C., Binimelis, A. G., Fernández, A. I. C., Medina, J. M. F., Trujillo, A. G., Viñals, E. C., et al. (2014). Percepción, conocimientos y actitudes de las enfermeras de urgencias y salud mental frente al alcoholism y otras drogodependencias. *Metas enfermería*, 17(2), 22-31.

Assadbeigi, H., Farhoudian, A., Mohamadkhani, P. & Pourshahbaz, A. (2016). Effectiveness of community reinforcement and family training (CRAFT) on quality life and depression in families with drug abuse. *Global journal of health science*, 9(3), 167-75. doi:10.5539/gjhs.v9n3p167

Ávila Escribano, J. J. & González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383-392.

Barrio, P., España, J. M., Martínez, A., Miquel, L., Ortega, L., Teixidor, L., et al. (2016). Alcohol in Primary care. Differential characteristics between alcohol-depedent patients who are receiving or not receiving treatment. *Adicciones*, 28(2), 116-22.

Benishek, L A., Kirby, K C & Dugosh, K L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance using loved one. *Am J drug Alcohol Abuse*, 37(2), 82-88.

Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J. & Rumpf, H. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 163, 179-85.

Brugal, M. T., Espelt, A., Prous, M. B. & Suelves, J. M. (2014). Tratamiento especializado del abuso o dependencia del alcohol. *Revista de Salud Pública*, 88(4), 541-9.

Callinan, S., Jiang, H., Laslett, A. M. & Room, R. (2015). Correlates of caring for the drinkers and others among those harmed by another's drinking. *Drug and alcohol review*, 34, 162-9. doi: 10.1111/dar.12175

Canedo Magariños, M^a C. (2011). Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos. *Galicia Clínica*, 71(1), 7-10.

Carlebach, S., Hamilton, S. & Wake, D. (2011). Experience of home detoxification for alcohol dependency. *Nursing standart*, 26(10), 41-7.

CIE-10: OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.

Coloma-Carmona, A., Carballo, J & Triado-González, S. (2016). Barriers for identification and treatment of problem drinkers in primary care. *Gac Sanit*, 31(2), 95-99.

Dols, S. T., Gras, T. S., Vidal-Infer, A., Martínez, M. C. H., Rodrigo, M. J. T. & Zurián, J. C. V. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones*, 19(2), 169-78.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4^a ed. Barcelona, Masson, 1995.

DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5^a ed. Barcelona, Masson, 2013.

Duarte de Moraes, J. F., Ferrao, I., Irigaray, T. Q., Oliveira, M. D. & Rigoni, M. D. (2014). Desempeño neuropsicológico y características sociodemográficas en pacientes alcohólicos en tratamiento. *Adicciones*, 26(3), 221-9.

EME, Espacio. (2014). El alcoholismo es un problema familiar. [Imagen]. Recuperado de: <http://www.emeespacio.es/eme-espacio-de-intervencion-familiar/>

F. Grant, B., B. Goldstein, R., D. Saha, T., Chou, P., Jung, J., Zhang, H., et al. (2015). Epidemiology of DSM-5: Alcohol Use Disorder Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584

Fernández, M. D. F. & Ubago, J. G. (2008). Síndrome de dependencia del alcohol. *Jano: Medicina y humanidades*, 1714, 73-6.

Florenzano, R., Echeverría, Á., Siverson, C., Barr, M. & Fernández, MA. (2016). Alcohol's impact on children and families. A population survey. *Rev Chil Pediatr*, 87(3), 162-68. doi: 10.1016 /j.rchipe.2015.06.020

Galán, I., González, M. J. & Valencia-Martin, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición, 88(4), 529-540.

García Usieto, E., Piney Palacio, E., Vayas Abascal, R., Toribio Gonzáles, MC., Robledo González, F & Rivas Veiga, A. (2010). Protocolo para el abordaje y derivación de los pacientes relacionados con el alcohol en el área de salud del Hospital de Sierrallana. *Trastornos adictivos*, 12(1), 33-38.

García, A. V., González, J. M. M., Munera, P. & Urios, N. A. (2012). Psychoeducation as a strategy to improve family support perceived from patient with alcohol dependence and personality disorder. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.

Goñi, J. J. L., Landa, N., Lorea, I. & Montalvo, J. F. (2005). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International journal of clinical and health psycgology*, 6(2), 253-69.

Jessup, M., Jones, A., Mertens, J., Ross, T. B., Satre, D., Weisner, C., et al. (2014). Significant life events and their impact on alcohol and drug use: A qualitative study. *Journal of psychoactive drugs*, 46(5), 450-9. doi: 10.1080/02791072.2014.962715

Leposavic, L., Dimitrijevic, D., Dordevic, S., Leposavic, I & Nikolic Balkoski, G. (2014). Comorbidity of Harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatra Danubina*, 27(1), 84-89.

Lotzin, A., Haupt, L., Schonfels, J., Wingefeld, K & Schafer, I. (2016). Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and Their Associations with Addiction-Related Problems. *Alcoholism: Clinical and experimental Research*, 40(3), 543-552.

Madrid Salud. (2015). Protocolo de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>

Madrid Salud. (2017). Munimadrid: http://www-1.munimadrid.es/SBAE_263_SF_CS_Internet/carta.do?Key=1500&Value=13.-+Instituto+de+Adicciones

Marín Mayor, M., Ponce Alfaro, G & Rubio Valladolid, G. (2011). Alcoholismo: síndrome de dependencia y trastornos por uso de alcohol. *Medicine*, 10(86) 5791-9.

Mariño, M^a. C., Berenzon, S. & Medina-Mora, M^a. E. (2005). Síndrome de Dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental*, 88(3), 33-39.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: www.msssi.gob.es/esadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015.1.pdf

Monras Arnau, M. (2010). Características diferenciales en el alcohol femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352. doi: 289122896008

Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías. (2016). Informe anual sobre drogas. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf

Organización Mundial de la Salud, (2008), *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Madrid, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.

Ramírez, A S., Romina Naal, A., Salinas, E. & Pérez C A. (2014). Vision del alcoholism del padre desde la mirada de los hijos. *Health and Addictions*, 14(2), 121-129

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitroy, P., Elekes, Z., Feijao, F., et al. (2015). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res*, 21(1), 6-18. doi: 10.1159/000365284

Rehm, J., Manthey, J., Struzzo, P., Gual, A & Wojnar, M. (2015). Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *European Psychiatric*, 30, 885-893.doi: 0924-9338

Rospenda, K M., Minich, L M., Milner, L A. & Richman, J A. (2010). Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. *J Addict Dis*, 29(3), 314-324.

Rubio, G & Santo Domingo, J. (2000). Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. Madrid: Autoedición. 12-37.

Rubio, G., Martínez-Gras, I., M., Ponce, G., Quinto, R., Jurado, R. & Arriero, M. A. J. (2013). Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 25(1), 37-44.

Sánchez Peña, J.F., Álvarez-Cotoli, P. & Rodríguez-Solano, J.J. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3), 129-35.

Sanvisens, A., Zuluaga, A., Rivas, I., Rubio, G., Gual, A., Torrens, M., et al. (2014). Patients with alcohol use disorder: initial results from a prospective multicenter registry in the Spanish Network on Addiction Disorders. CohRTA Study. *Adicciones*, 20(10), 20-28.

ANEXOS

Anexo I. Cartel divulgativo

Apoyo Familiar en el Alcoholismo

del 4 de septiembre al 15 de octubre de 2017



**Centro de Atención a las
Drogodependencias (CAD)
Vilaverde**

**1ª
edición**

Horario de
mañana y tarde

DIRECCIÓN:
Calle Verde Viento, 16
Vilaverde

Renfe más cercana:
Puente Alcocer

MÁS INFORMACIÓN:
Tlf: 67594407 (Elena)
91.4751589

Correo electrónico:
elsj@gmail.com

Necesaria 
inscripción en
correo electrónico o
teléfono

Fuente: elaboración propia. Imagen obtenida de <http://www.emeespacio.es/eme-espacio-de-intervencion-familiar/>

Anexo II. Díptico informativo

Contamos con un equipo de profesionales compuesto por:

- 1 psicólogo
- 2 enfermeras
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional

Más información e inscripciones en:

- Centro de atención a las Drogodependencias (CAD) de Villaverde
Calle Verde Viento, 16.
- Teléfono: 675 94 40 07 (Elena)
- Correo electrónico: esj@gmail.com

Sesiones grupales de apoyo al familiar del bebedor crónico

1



¿Qué es el Alcoholismo?
Cuáles son sus consecuencias y cómo repercute al resto de la familia.

PROGRAMA
(DEL 4 DE SEPTIEMBRE AL 17 DE OCTUBRE DE 2017)

Sesión I:
Orientación sobre el alcoholismo

Sesión II:
Consecuencias del alcoholismo

Sesión III:
Situaciones conflictivas

Sesión IV:
¿Qué puedo hacer?

Sesión V:
Abandono de la bebida y cambio. Esas

Sesión VI:
Yo puedo. ¿De qué recursos dispongo?

2



Cómo manejar situaciones conflictivas, cómo establecer límites sin sentirme culpable, de qué manera podemos ayudar a nuestro familiar, son algunos de los temas que se tratarán a lo largo de estas 6 sesiones.

Fuente: elaboración propia. Imágenes obtenidas de:

¹. <http://www.aproval.org/todo-sobre-el-alcoholismo-efectos-consecuencias/>

². <http://www.alanon.org.uy/>

Anexo III. Correo informativo a los profesionales de AP

Estimados compañeros,

Nos ponemos en contacto con vosotros desde el CAD de Villaverde para enviaros los folletos informativos sobre nuestro próximo proyecto.

Se trata de un proyecto educativo dirigido al familiar de aquellos pacientes que presenten etilismo crónico. Este proyecto se basa en la impartición de seis sesiones educativas orientadas a la adquisición de conocimientos básicos sobre dicha patología y una serie de habilidades para el manejo de diversas situaciones dentro del entorno familiar; con el objetivo principal de lograr una mejora en la calidad de vida de éstos.

Desde aquí, os rogamos colaboración en lo que a la difusión de nuestras sesiones se refiere. La idea es que proporcionéis la información mencionada en el transcurso de vuestras consultas diarias en los casos que vosotros consideréis que pueda ser de utilidad o cuando lo soliciten familiares que acudan acompañando a pacientes.

Las sesiones se llevarán a cabo durante los meses de septiembre y octubre de este año, durante seis semanas ininterrumpidas. A continuación, os exponemos de manera resumida la programación de las sesiones, así como los objetivos que perseguimos con nuestra intervención. Adjuntamos también toda la información relacionada con el presente proyecto en pdf.

Para más información o resolver cualquier duda por favor no dudéis en poneros en contacto con nosotros.

Muy agradecidos, recibid un cordial saludo.

Objetivos

GENERALES	ESPECÍFICOS	
- Disminuir las consecuencias físicas y psicológicas en el familiar del paciente alcohólico y promover mayor calidad de vida. - Incrementar conocimientos sobre la enfermedad alcohólica y su evolución, así como de los recursos disponibles en la actualidad. - Fortalecer las habilidades familiares del familiar alcohólico. - Construir y conocer las redes de apoyo mutuo.	Á. cognitiva	- Conocer las consecuencias de la enfermedad alcohólica, distinguir entre factores de riesgo y protección en las recaídas e identificar aspectos que favorecen o dificultan el mantenimiento de la abstinencia. (COG) - Comprender cada una de las fases progreso de la enfermedad como algo normal. - Ser capaz de realizar una síntesis de los conocimientos adquiridos en las sesiones que los profesionales consideren necesario.
	Á. habilidades	- Identificar cuáles son las causas de un conflicto, para poder evitarlas . - Demostrar capacidad y desenvoltura en el manejo adecuado de situaciones conflictivas y establecimiento de límites entre otras. - Verbalizar y expresar satisfacción sobre el desarrollo y la mejora de habilidades comunicativas en el hogar en relación al familiar enfermo.
	Á. actitudes	- Compartir con el resto de componentes del grupo experiencias, dificultades, sentimientos y necesidades, participando así en un proceso recíproco de ayuda entre los usuarios. - Participar con otros en las redes de apoyo. - Valorar las redes de apoyo y desenvolverse en las mismas.

Programación de las sesiones

Periodo del 4 de septiembre al 15 de octubre de 2017.

Sesiones: Cada sesión tendrá una duración de 2 horas con un descanso de 10-15 minutos. Hay horario de mañana o tarde (de 11 a 13h y de 17.30 a 19.30h) con opción de elegir entre 2 días de la semana diferentes (miércoles o viernes) con el fin de proporcionar cierta flexibilidad y facilidades en cuanto a la asistencia.

Lugar: Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) de Villaverde.

Calle Verde viento, 16. Aula R.17 del mencionado centro, situada en la planta baja.

Necesaria inscripción previa (fecha límite hasta el viernes 1 de septiembre)

Inscripciones: en el propio centro, por teléfono 67449407 // 91. 4751589 (disponible también en los folletos), preguntar por Elena, y por correo electrónico: esj@gmail.com (**especificando en asunto del correo "Inscripción curso"**).

Anexo IV. Guion observador

Sesión:	
Técnica/s:	
RECURSOS ESTRUCTURALES	
- Aula/Sala (preparación) - Iluminación - Visibilidad - Ventilación - Temperatura - Mobiliario (sillas/mesas) facilidad de preparación - Comodidad - Otros	
RECURSOS MATERIALES	
- Pizarra - Tizas - Pantalla - Proyector - Papel, bolígrafos, carpetas, pósit... - Documentos de apoyo (presentaciones, artículos...) - Otros	
ROL FACILITADOR/COORDINADOR DE LA ACTIVIDAD	
✓ Contenidos/ Objetivos: - ¿Se presentan a los participantes? - ¿Son adecuados para el nivel del grupo? - ¿Resultan interesantes? - ¿Comprensibles para todo el grupo? - ¿Las dudas quedan resueltas con los contenidos tratados? - Otros	
✓ Manejo del tiempo: - ¿Es adecuado a los contenidos y actividades? - ¿Sobra o falta? - ¿Se cumple programación del día?	

✓ Técnicas educativas utilizadas: - ¿Son adecuadas para el grupo? - ¿es necesaria alguna adaptación? - ¿Requieren aclaraciones? - ¿Guardan relación con los objetivos del taller? - ¿Fomentan la participación? - ¿Se recogen expectativas? - ¿Surgen temas paralelos al principal? ¿cuáles? - Otros	
DINAMICAS GRUPALES	
✓ Participación: - Participan todos/as, la mayoría, nadie? - Tipo de participación: voluntaria, a través de quejas, protestas, etc. - ¿Se logra identificar roles en los discentes? - ¿El grupo busca la información, quiere profundizar? - Gº de consecución de la actividad	
✓ Clima: - ¿Clima respetuoso y tolerante? - ¿Participativo? - ¿Creativo? - ¿Protector? - ¿Tipo de comunicación grupal?	
OTRAS OBSERVACIONES	
- Efectos no previstos - Momentos significativos - Toma de decisiones y formulación de juicios: evaluación de los conocimientos, evaluación de pre-tareas, etc. - Mejoras para las siguientes sesiones	

✓ **Objetivos cumplidos**

Área cognitiva:

Área de habilidades:

Área de actitudes:

✓ **Observaciones**

Fuente: elaboración propia basada en el modelo de las áreas 1,3,5,9,10 y 11 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud

Anexo V. Cuestionario de evaluación a largo plazo

Tras haber asistido a las sesiones educativas sobre "El alcoholismo nos afecta a todos":

1. ¿Cree que ahora posee más conocimientos acerca de esta enfermedad?

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

2. ¿Siente que de alguna manera ha mejorado su calidad de vida?

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

3. ¿Ha cambiado de alguna manera su forma de relacionarse con su familiar? En caso de ser afirmativa la respuesta, indique cómo.

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

4. ¿Siente que con lo aprendido en los talleres ahora es capaz de comprender mejor a su familiar enfermo?

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

5. ¿Ha percibido alguna mejoría con respecto a los síntomas que experimentaba antes de acudir a los talleres, tales como ansiedad, miedo, angustia, insomnio? En caso de ser afirmativa la respuesta, indique cuáles.

Sí ☐ No ☐ No lo sabe ☐

6. ¿Al inicio de los talleres, se encontraba su familiar en algún proceso de tratamiento/rehabilitación? En caso de ser afirmativa, indique en cuál.

7. ¿Ha tenido alguna recaída en los últimos 3 meses?

Sí ☐

No ☐

No lo sabe ☐

8. ¿Conoce ahora de una forma más clara cuáles son los signos de una recaída?

Sí ☐

No ☐

No lo sabe ☐

9. ¿Cree que los talleres le han servido para manejar mejor las situaciones difíciles relacionadas con el consumo de alcohol en su entorno familiar?

Sí ☐

No ☐

No lo sabe ☐

10. ¿Ha buscado en los últimos 3 meses algún otro tipo de apoyo o ayuda?

Sí ☐

No ☐

No lo sabe ☐

11. Antes de los talleres, ¿había buscado algún otro tipo de ayuda? ¿Cuál?

Sí ☐

No ☐

No lo sabe ☐

12. ¿Recomendaría los talleres a algún conocido?

SI ☐

NO ☐

Muchas gracias por su colaboración. Y recuerde que estamos a su disposición para cualquier duda o necesidad que le surja. Puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo o número de teléfono que se le facilitó al inicio de los talleres.

