



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

TESIS DE MAESTRIA

**“PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO
SOCIAL CON FAMILIAS ADICTIVAS EN BASE A LA EXPERIENCIA DE
TRABAJADORES(AS) SOCIALES DEL NIVEL LOCAL DEL SISTEMA
REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE”**

ELABORADO POR

MAGALIS EDITH CORTÉS DE SEDAS DE ZEGARRA

2013

ST

16 JUN 2014

TESIS ASESORADA POR:
DRA. HILDAURA ALGANDONA DE TEJADA

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. HILDAURA ALGANDONA DE TEJADA

MGTRA. GLADYS NAVARRO

MGTRA. ALICIA GONZALEZ

Dedicatoria

En primera instancia dedico este trabajo a mi nieto Jouseph y mi nieta Nisyelys para que en un futuro sea fuente de inspiración en su desarrollo personal y profesional.

A mis hijos Félix y Gabriel, quienes han valorado lo más importante que toda persona tiene, su familia.

A mis nueras Elizenera y Milagros como estímulo en la superación académica y profesional

Por último y no menos importante a mis hermanas y hermano quienes me demuestran cada día su admiración.

AGRADECIMIENTO

Siembren ustedes justicia y recojan cosechas de amor.

Preparen la tierra para un nuevo cultivo.

Oseas, 10:12

Agradezco a mi Dios misericordioso por haberme dado la vida y el don de poder sembrar una semilla de esperanza en cada familia que a través de mi vida profesional he atendido y haber culminado este trabajo con el firme propósito continuar sembrando para que en un futuro no muy lejano se cosechen familias más nutritivas

Agradezco a personas muy especiales que me ayudaron y estimularon cada día a realizar este trabajo:

Licdo. Félix Enor Zegarra T. Esposo, amoroso y comprensivo

Dra. Hildaaura Algandona de Tejada, Profesora Asesora de la Tesis

Magister Miguel A. Godoy, amigo y hermano

Magistra Rosa Maricela Hamilton, amiga incondicional

ÍNDICE GENERAL

Resumen	xii
Summary	xiv
Introducción	1
Capítulo primero. La Intervención Familiar en el Trabajo Social....	6
1. Importancia del Trabajo Social en el sector Salud	7
1.1 Definición de Trabajo Social	7
2 Naturaleza de la Intervención de Trabajo Social..	11
2.1 Definición.. ..	11
2.2 Intervención de Trabajo Social en Contextos No Clínicos .	13
2.3 Intervención del /la Trabajador/a Social con Familias en Contextos Clínicos.	16
3 Herramientas de registro de información y evaluación familiar utilizados en el Trabajo Social.....	19
3.1 Genograma.	19
3.2 Ecomapa Familiar	21
3.3 Apgar familiar.	21
3.4 Cronograma Familiar	23
3.5 Mapa de Redes	23
4. Marco Institucional	25
4.1 Generalidades del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	25
4.2 Funcionamiento del Departamento de Trabajo Social en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre .	27
4.2.1 Reseña Histórica	27

4 2 2 Estructura y funcionamiento	29
Capítulo Segundo: Las Adicciones y sus Implicaciones	34
1 Definición de Adicción	35
1.1 Magnitud del problema	36
1.2 Características de la enfermedad de la adicción	39
1 3 Tipos de Adicciones..	43
1 3.1 Alcoholismo.....	44
1.3.2 Drogodependencia o farmacodependencia	45
1 3 3 Ludopatía.....	45
1 3.4 Relaciones adictivas..	47
2 Familia y adicción	48
2 1 Generalidades de la Familia	48
2 2 Factores de Riesgo Familiares	50
2 2 1 Falta de afecto	53
2 2.2 Indiferencia...	54
2 2 3 Manejo inadecuado de la disciplina	54
2 2 4 Falta de comunicación	55
2 2 5 Grupos familiares débiles o disfuncionales:.	55
2.2.6 Modelo adictivo familiar o actitudes permisivas en relación con las drogas	56
2 3 Factores de protección familiar	56
2 3 1 La adecuada comunicación familiar	58
2.3.2 Brindar afecto y fortalecimiento de la auto estima...	60
2 3 3 Tiempo compartido en familia.	61
2 3.4 Ejercicio de la autoridad de forma democrática	61
2 3.5 Hábitos y estilo de vida saludable	62

3. La co-dependencia	63
3.1 Definición.....	63
3.2 Características..	65
3.3 Tipos de co-dependientes..	67
3.4 Recuperación de las personas co-dependientes	72
Capitulo Tercero Diseño Metodológico	75
1.Tema de investigación	76
2 Planteamiento del problema.	76
3. Justificación	78
4 Objetivos	81
4.1 Generales..	81
4.2 Específicos	81
5 Hipótesis de investigación	82
Variable a estudiar	83
6 Cobertura de la investigación	83
7.Metodología	89
7.1 Tipo de estudio	89
7.2 Universo y muestra	90
7.3 Recolección de los datos	90
7.4 Procesamiento de los datos	91
Capítulo cuarto: Análisis de los resultados..	92
1.Características generales de los /as Trabajadores /as Sociales estudiados que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.	93
1.1 Sexo y edad.	93
1.2 Creencia religiosa..	96
1.3 Estado civil.	96

Intervención en contexto clínicos	124
1 2 Propuesta para la intervención profesional de Trabajo Social con familias adictivas.	131
Conclusiones	141
Recomendaciones	143
Bibliografía	144
Anexo	148

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°1. Sexo de los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. .	93
Gráfica N° 2 Edad de los y las Trabajadores /as Sociales de los niveles locales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.....	95
Gráfica N° 3: Estado civil de los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre .	96
Gráfica N° 4 Título universitario obtenido por los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en El Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	97
Gráfica N° 5 Años de laborar de los y las profesionales de Trabajo Social en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. ...	99
Gráfica N° 6 Persona que solicita la atención de Trabajo Social ante un problema de adicción en la familia, según los y las profesionales encuestados que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	101
Gráfica N° 7: Sujeto de intervención ante un problema de adicción, según opinión de los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	104

Gráfica N° 8

Motivo de consulta relacionada a las adicciones según opinión de profesionales de Trabajo Social en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	106
---	-----

Gráfica N° 9:

Limitaciones para trabajar en el área de las adicciones, expresadas por los y las profesionales de Trabajo Social en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	110
--	-----

Gráfica N° 10:

Técnicas aplicadas por Trabajadores (as) Sociales durante la intervención de Trabajo Social a la familia adictiva en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	112
--	-----

Gráfica N° 11:

Herramientas para la recopilación de información y evaluación utilizada en la atención de personas y familias con adicción por los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.	114
--	-----

Gráfica N° 12:

Utilización de un método básico en la atención de las adicciones por Trabajo Social en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre	116
--	-----

Gráfica N° 13

Conocimiento de los modelos terapéuticos de los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres Y Chilibre..	118
--	-----

ÍNDICE DE TABLAS Y ESQUEMAS

Tabla N° 1	
Acciones realizadas por Trabajadores(as) Sociales en orden de importancia en la atención de las adicciones en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. Año 2011	108
Esquema N° 1	
Intervención no clínica de Trabajo Social con familias adictivas	130
Esquema N°2	
Intervención clínica de Trabajo Social con familias adictivas.	132

RESUMEN

La familia ha sido y sigue siendo uno de los más grandes temas objeto de estudio por todas las ciencias humanas, dando como resultado la existencia de un amplio marco de referencia investigativo sobre sus orígenes, tipología, características problemáticas, necesidades recursos y proyecciones. Constituye la institución social más estable en la historia y el grupo primario más importante en la vida de la humanidad

Los tiempos actuales influenciados por la globalización demandan cambios sustanciales de todos los componentes de la sociedad para enfrentar las transformaciones familiares estructurales y funcionales, así como los múltiples problemas físicos, psicológicos y sociales que se generan en su interior o como producto de las situaciones externas al hogar. Dentro de éstas condiciones las enfermedades adictivas afectan gravemente a cada miembro e influyen de manera inmediata, dramática y significativa en la vida familiar

Los/as Trabajadores/as Sociales que ejercen en el sector salud, diariamente atienden situaciones socio-familiares que generalmente tienen su génesis en el consumo de sustancias o conductas adictivas, sin embargo no hay evidencias sobre la influencia de la intervención profesional en la recuperación de todo el sistema familiar y cómo se da esta intervención

La presente investigación busca resultados prácticos para presentar una propuesta de Intervención Profesional del Trabajo Social con enfoque sistémico focalizada en la familia adictiva.

Ante este complejo y dinámico mundo de cambios radicales y el aumento acelerado de trastornos adictivos (obsesivos - compulsivos), los profesionales que abordamos el campo de la familia, específicamente los Trabajadores y Trabajadoras Sociales, debemos realizar procesos de intervención que se conviertan en verdaderos retos para alcanzar los niveles de bienestar y calidad de vida que nuestra sociedad demanda; especialmente la familia que sufre la enfermedad de la co-dependencia por la adicción de alguno de sus integrantes

SUMMARY

The family has been and remains one of the biggest issues being studied by all the human sciences, resulting in the existence of a broad framework research on its origins, types, characteristics, issues, resources and projected needs. It is the most stable social institution in history and the most important primary group in the life of humanity.

Current times influenced by globalization require substantial changes of all components of society to address the structural and functional changes in the family, as well as the many physical, psychological and social that is generated within or as a result of external situations to home. Within these conditions addictive diseases seriously affect and influence each member immediately, dramatic and meaningful family life

The / as Workers / Social as practicing in the health sector, serving daily social and family situations that usually have their genesis in the consumption of addictive substances or behaviors, yet there is no evidence of the influence of professional intervention in the recovery of entire family system and how this intervention is given.

This research seeks practical results propose a Social Work Professional Intervention with systems approach focused on addictive family.

Given this complex and dynamic world of radical and rapid increase in addictive disorders (obsessive - compulsive), professionals who approach the field of family,

specifically the Social Workers, we perform simple intervention into real challenges to achieve the levels of well-being and quality of life that our society demands, especially the family who suffers the disease of co - dependency addiction of any of its members

INTRODUCCIÓN

La presente investigación **“Intervención Profesional Con Familias Adictivas Realizada Por Trabajadores(as) Sociales Del Nivel Local Del Sistema Regional De Salud De San Miguelito, Las Cumbres Y Chilibre Año 2011”**, ha sido elaborada como trabajo de graduación de la Maestría de Políticas, Promoción e Intervención Familiar de la Universidad de Panamá, es un aporte de gran trascendencia para el enriquecimiento de la disciplina científica en favor de la atención de las secuelas de las adicciones en el funcionamiento social humano.

Las actuales situaciones sociales que afectan la sanidad y deterioran el funcionamiento de la vida familiar en nuestra sociedad, requieren el abordaje integral de estudios y propuestas de intervención profesional sistémica, enfocados en aspectos urgentes y relevantes de la fenomenología familiar

Ante este complejo mundo de cambios radicales, los profesionales que trabajamos con la familia debemos enfrentarnos a un trabajo dinámico, donde cada actuación se convierta en retos para alcanzar los niveles de bienestar y calidad de vida que nuestra sociedad demanda

En la medida que los especialistas en familia logren la capacitación y actualización integral y ecléctica para detectar, intervenir y brindar tratamiento terapéutico sobre asuntos que inciden en las relaciones e interacciones familiares

se podrá obtener resultados más eficientes y eficaces en nuestro trabajo profesional

No hay duda que la adicción es una de las enfermedades crónicas que ocasionan graves afecciones a las sociedades actuales y que irá en aumento a nivel de todo el mundo, ya que no hay distinción alguna para padecerla: ni raza, nacionalidad, sexo, edad, condición económica, credo religioso ni ideas políticas

El estudio analizó las acciones referidas al abordaje de las adicciones e intervenciones del quehacer del profesional de Trabajo Social en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres, y Chilibre

El desarrollo del estudio fue posible a través de la amplia revisión bibliográfica, confrontación de la teoría con la realidad de la práctica profesional en materia de adicciones y las transformaciones que a nuestro criterio deberán realizarse en los niveles locales de salud Hemos organizado dicho material de la siguiente forma:

El primer capítulo, ***Intervención Familiar del Trabajo Social***, reúne las concepciones fundamentales de la actuación de nuestra profesión con el principal grupo de socialización humana Describimos la intervención en los contextos no clínicos y clínicos que se ajustan a las demandas familiares, así como las herramientas utilizadas en la evaluación y tratamiento de la dinámica familiar.

Trabajo Social tiene una gran participación en todo lo relacionado al trabajo con familias, por lo que en las últimas décadas ha centrado la intervención social a través de la teoría sistémica, donde los holones son parte de un todo. Ello ha permitido comprender los grandes cambios sociales que establecen las nuevas

formas de organización familiar, con argumentaciones derivadas del paradigma moderno del conocimiento, introduciendo conceptos de la teoría sistémica, del constructivismo, con el fin de incorporar una nueva mirada de la familia.

Cada grupo familiar requiere atención especial de sus actitudes y problemas únicos y la aplicación de diversas técnicas y procedimientos acordes a los hallazgos de la evaluación.

Además, en este capítulo incluimos las características del marco institucional donde se desarrolló la investigación, EL Departamento de Trabajo Social del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre

El capítulo segundo titulado ***Las Adicciones y sus Implicaciones Familiares***, explica detalladamente la naturaleza de la enfermedad adictiva, la magnitud poblacional afectada a nivel mundial y nacional, además la codependencia como resultado catastrófico en el funcionamiento familiar

En Panamá, a pesar de la existencia de la Comisión Nacional Para el Estudio y La Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (CONAPRED), instituciones de salud con programas de atención de personas con adicciones de diferentes tipos, de Organismos No Gubernamentales (ONG) y de Grupos de Auto Ayuda, se dan deficiencias estadísticas sobre el registro de los grupos humanos afectados

Mientras el capítulo tercero, ***Diseño Metodológico de la Investigación***, aquí contemplamos con rigurosidad los aspectos de toda investigación científica en el ámbito social; desde la clara exposición del problema, la justificación del estudio,

objetivos propuestos, hipótesis de trabajo, tipo de diseño, metodología y tratamiento de la información recopilada

El estudio está considerado en base al análisis y alcance de los resultados como de tipo exploratorio descriptivo, por la búsqueda de los elementos claves de la intervención profesional del Trabajo Social con las familias adictivas.

Nuestro universo poblacional son los / las Trabajadores /as sociales que laboran en los centros de salud de la Región de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, dependencias del Ministerio de Salud; a quienes se les aplicó un cuestionario, para obtener la información requerida

A través de esta investigación pretendemos realizar un estudio científico, sistemático, reflexivo y crítico basado en las proposiciones hipotéticas y las relaciones que pueden existir entre factores y acontecimientos, para que a través de la interpretación de los hechos, se generen acciones que sirvan de sustento para proponer cambios dentro del contexto y la realidad del objeto de nuestro estudio.

El cuarto apartado o capítulo, **Análisis de Resultados**, presenta los datos recopilados en la investigación, los cuales para una mayor comprensión son expuestos en gráficas estadísticas, con la utilización de cruce de variables pertinentes

La finalidad del estudio es transformar el quehacer profesional de Trabajo Social con las familias afectadas por cualquier tipo de adicción de alguno de sus

integrantes por lo cual realizamos conclusiones y elaboramos una amplia propuesta de intervención familiar en la temática abordada

CAPITULO PRIMERO

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR DEL TRABAJO SOCIAL

1. IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.

1.1 Definición de Trabajo Social

El Trabajo Social es una disciplina científica que a través de su intervención promueve la resolución de problemas sociales y conflictos surgidos de las relaciones humanas y ambientales que afectan el bienestar individual y colectivo

"El Trabajo Social es una profesión que se inserta en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado en los distintos contextos socios históricos de actuación profesional. Desarrolla una praxis social y un conjunto de acciones de tipo socioeducativo, que inciden en la reproducción material y social de la vida con una perspectiva de transformación social comprometida con la democracia y el enfrentamiento de las desigualdades sociales, fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, en la defensa y conquista de los Derechos Humanos y de la justicia social". (ALAIETS – FITS, 2012)

Cabe señalar que el Trabajo Social, además de las acciones socio educativas desarrolla una serie de acciones de tipo terapéutico en los escenarios clínicos

Esta profesión tiene un método único de intervención basado en el método científico, consta de cuatro fases, que se describen a continuación

- a. Estudio o Diagnóstico: planteamiento (reconocimiento) del problema, búsqueda de información (recolección de datos), identificación de variables, revisión de aspectos teóricos. Durante esta etapa se aplican diferentes técnicas e instrumentos de investigación para la recolección de datos, como son la entrevista, la observación, la encuesta, el cuestionario, la visita domiciliar o de campo. Es el proceso de mediación e interpretación que ayuda a identificar problemas, situaciones y sus factores causales en los individuos.

- b. Programación o Plan de Acción es una parte del proceso donde se hace la planificación de las posibles acciones considerando las necesidades del sujeto, la política de la institución, los recursos existentes según sea el caso o situación, el periodo de tiempo necesario y disponible
- c. Ejecución o Cumplimiento: en esta etapa se lleva a la práctica lo programado, procurando superar las limitaciones o problemas que puedan presentarse durante la ejecución del proyecto
- d. Evaluación: la última etapa que permite medir el grado de éxito o fracaso, el cumplimiento o no de los objetivos planteados.

La organización antes mencionada también considera que *“Los elementos del proceso son inseparables, se influencia recíprocamente El orden de presencia en que se los ubica es convencional y su dinámica hace que varié de una situación a otra”*

En la esfera de actuación, o continuo de funcionamiento el o la Trabajadora Social acorde a la metodología de la profesión, intervine a nivel de individuo, familia, grupo y/o comunidad, en instituciones, organizaciones y sociedad en general, con acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud La intervención, debe ser accesible, oportuna, eficiente, con calidad y humanidad Investigan, diagnostican, asesoran, orientan, capacitan e intervienen a favor de las personas y /o comunidades para que logren alcanzar calidad de vida y relaciones sociales satisfactorias

El componente social es uno de los elementos constitutivos de la salud y probablemente de los más determinantes para que los seres humanos alcancen ese grado de bienestar amplio e integral. Los objetivos que traza el sistema de salud van encaminados a que las personas puedan procurar su salud y para esto se requiere de acciones de promoción, prevención y tratamiento

Los /as profesionales de Trabajo Social intervienen de forma integral en los Equipos de Salud con una visión holística de la persona, sujeto de atención y actor principal a quien es dirigida la política de salud. Tienen la función de identificar, analizar y atender los problemas sociales que afectan el proceso salud-enfermedad con el propósito de que a través de su intervención se pueda mejorar o transformar la realidad social del usuario.

En la intervención profesional se pueden aplicar diversos Modelos. Los modelos son una construcción imaginaria y metodológica (llevan un ordenamiento) que ayuda a la comprensión de los fenómenos que se interconectan entre el sujeto y objeto en la intervención o práctica profesional. Sugieren un marco de ideas para un conjunto de descripciones que de otra manera no podrían ser sistematizadas.

Las características de los Modelos de Atención responden a la acción social (qué), a la finalidad (para qué), al proceso de trabajo (cómo), a los métodos y al marco de referencia teórico

Los principales Modelos de Intervención aplicados y conocidos en el campo de la salud son. Modelo Asistencial, Modelo Socio Educativo – Promocional – Comunitario, Modelo Terapéutico y Modelo de Intervención en Crisis.

En Trabajo Social se pueden mencionar algunos Modelos de Atención Terapéutica: Socialización, Clínico Normativo, Socio – Conductista, Intervención en Crisis, Comunicación – Interacción. Además algunos modelos surgidos a partir de los teóricos de la Terapia Familiar como son el Modelo Sistémico, El Modelo Centrado en la Tarea, Modelo Holístico, Modelo Funcional Estructural

2. NATURALEZA DE LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL.

2.1. Definición

El término "intervención" deviene del latín inter venire, venir entre. Tiene dos significados: uno restringido, que alude a la actuación del profesional dirigida a objetivos concretos; el otro, global, la interpreta como el proceso que en un tiempo y meta contexto desarrolla el sistema constituido por las y los profesionales y las personas que motivan su trabajo" (Coletti y Linares 1997)

Por otro lado al referirnos específicamente a la intervención profesional del Trabajo Social hacemos referencia a la "acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos con procedimientos metodológicos.. Se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados" (Corvalán. 1996).

La definición expuesta nos deja ver que el accionar del Trabajador Social no es algo empírico sino que se fundamenta en el conocimiento que aportan las diversas teorías sociales y la ejecución de un método propio de la profesión que le permiten alcanzar los objetivos trazados (la transformación de la situación en la que se interviene)

Una de las unidades del continuo social en la que los diferentes profesionales intervienen es el "sistema familiar" debido a las diferentes problemáticas que pueden presentarse a lo largo del su ciclo vital, ese accionar es lo que se denomina Intervención Familiar, que no es más que:

"El proceso de interacción entre el profesional y la familia para el abordaje de una situación familiar que requiere de una acción experta, la cual puede ser de asesoría, sostén, control, tutela, mediación o terapia; por medio de la creación conjunta de contextos que expandan las acciones, las cogniciones, los territorios afectivos y nuevas condiciones relacionales, dentro de las cuales las familias generan sus propios recursos y así invertir la dirección disfuncional por la que atraviesan". (Quintero. 2008)."

La acción experta realizada por el profesional de Trabajo Social con la familia es denominada Trabajo Social con Familias o Intervención familiar de trabajo social, la cual implica la movilización de elementos personales y relacionales, como son sentimientos, actitudes, comportamientos, y asimismo la movilización y utilización de elementos externos, para que en un plazo más o menos corto la familia pueda recuperar o adquirir capacidades que permita a sus integrantes vivir y actuar de una forma más satisfactoria y autónoma. En definitiva, tendrá que movilizar recursos personales y sociales.

La eficacia de la intervención se podría valorar más con el aumento de la capacidad del grupo familiar para hacerse cargo y superar nuevas dificultades, que con la resolución concreta y específica de la demanda que le ha llevado a acudir al trabajador social.

La intervención del Trabajador social debe ser integral, dirigida a todos los factores que están afectando a la familia y evitar atender solamente alguno de ellos, parcializándolos, la intervención irá dirigida no sólo a solucionar el problema del momento, sino en su conjunto.

El seguimiento de una situación familiar problemática requiere tener un conocimiento de la misma que permita:

- Establecer objetivos que previsiblemente se puedan lograr basados en la movilización de recursos de la propia situación, de recursos sociales y de los que el propio servicio puede ofrecer.
- Determinar de qué manera se llevará a cabo el tratamiento y qué medios y recursos técnicos probablemente se tendrán que emplear.
- Decidir cuáles son los aspectos prioritarios y cuáles los que se han de atender en segundo lugar, dada su menor urgencia, o porque se atenderán paralelamente a los prioritarios, o por qué éstos últimos son condición para tratar los primeros.

Las intervenciones de Trabajo Social con Familias pueden ser realizadas en los servicios de atención social en las diferentes áreas como: salud, educación, vivienda, penitenciario, comunitarios, entre otros por organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Operan en dos niveles o contextos clínicos y no clínicos.

2.2. Intervención de Trabajo Social en Contextos No Clínicos

La atención en contextos no clínicos se constituye en una herramienta de intervención que ofrece la oportunidad de interactuar al trabajador(a) social con las familias, a través de programas de promoción y prevención beneficiosos para el desarrollo familiar

El abordaje familiar en este contexto puede adquirir diferentes modalidades a saber

a. Orientación / consejería familiar

Esta estrategia de intervención puede ser definida como *"El proceso de ayuda psicológica (y social), cuya meta no es cambiar a la persona sino capacitarla, para utilizar sus recursos propios y enfrentarse mejor a la vida "* Saldamaga, Marganta (1987).

A través de esta estrategia el o la trabajador /a social busca ayudar a la familia a.

- Definir problemas en sus relaciones
- Encontrar alternativas y aprender y poner en práctica nuevas habilidades o destrezas para enfrentar sus problemas

Su objetivo es el fortalecimiento del sistema familiar, y el profesional que la desarrolla cumple funciones de clarificación, apoyo, educación y asesoría educativa

En los casos que lo ameriten el o la trabajador /a social remitirá a la familia que interviene a la entidad de bienestar social, públicas y privadas organismos no gubernamentales (ONG) que estén en condiciones de solucionar alguna situación de la familia o de alguno de sus miembros.

b. Promocional- Preventivo:

A este nivel él o la trabajador /a social busca promover el bienestar de la familia mediante la participación, el empoderamiento y procesos de auto gestión que permitan la concienciación de sus derechos y deberes, el aprendizaje de habilidades sociales y la práctica de estilos de vida saludable a fin de prepararla para manejar las situaciones o problemas que enfrentan de una manera positiva.

"La aplicación de esta modalidad en salud, está expresada en los grupos psico-educativos, que permiten trascender el marco institucional y llegar a la comunidad o a traerla a través de los sistemas familiares que están recibiendo atención" (Quintero Velásquez. 1997).

En su rol de orientador a nivel promocional- preventivo el o la trabajador /a social tiene el compromiso de promover el adecuado funcionamiento familiar estimulando, fomentando y asesorando toda búsqueda de bienestar que parta del análisis crítico de los mismos participantes. El sistema familiar se convierte en auto gestor de su desarrollo integral, con base en el conocimiento y asunción de su realidad, pero trascendiéndola hacia el cambio o la transformación.

El uso de la educación participativa es la herramienta fundamental para el o la profesional del Trabajo Social en la ejecución de esta función porque permite que la familia sea la principal actora para el cambio. Se potencian los recursos intrínsecos como también los que se encuentran en el entorno en un análisis que parte de la misma familia.

c. Intervención grupal o psico - educación

Con ella se pretende, a través de la interacción resultante que se produce entre sus miembros o participantes el intercambio de experiencias y la reflexión,

detectar y potenciar los elementos positivos con el fin de producir las transformaciones concretas en las condiciones de vida o interacciones familiares y concomitantemente a desarrollar la concienciación necesaria para que tomen las decisiones pertinentes con la calidad de vida familiar lo que constituye la razón de ser del trabajo socio educativo y promocional del o la trabajador /a social

Para la planificación de la intervención grupal se deben considerar aspectos de vital importancia como son objetivos, contenidos básicos a trabajar, estrategia metodológica a utilizar los recursos materiales disponibles en función del nivel educativo de los participantes. Puede reforzarse el contenido impartido, con la entrega de material de apoyo, ya sea creado por el profesional de trabajo social o solicitado a una institución que lo edite

2.3 Intervención del /la Trabajador/a social con familias en contextos clínicos.

En los contextos clínicos la intervención profesional de Trabajo Social tiene como objetivo la modificación del sistema familiar desde una perspectiva holística, dinamizando procesos que ayuden al usuario a comprender su situación y a la búsqueda de respuestas a las dificultades, teniendo claro la triada relacional grupo familiar/ contexto social/ trabajador social. En este sentido cabe citar a Quintero cuando en su obra Trabajo Social y Procesos Familiares señala que *“al Trabajador Social Clínico, le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales del cliente y las oportunidades que le ofrece la vida, propiciando un*

cambio interno en las personas y/o acercando los recursos existentes en el medio social, para su satisfacción”

Una de las características que debe tener presente el profesional en la atención clínica es la importancia de mantener una posición de escuchar y aprender a entender la situación del usuario que le permita ayudarlo a encontrar respuesta a la dificultad que lo afecta.

En la concepción "Clínica", el / la Trabajador(a) Social está en la posición de escuchar, aprender y entender de ese modo podrá ayudar a la familia a que comprenda su situación y a tratar de encontrar la respuesta a sus dificultades. Los cambios que se producen a través de este tipo de intervención son cambios de segundo orden, que modifican la estructura del sistema.

El o la trabajadora social como terapeuta debe tener, no solo el dominio de las técnicas de intervención familiar sino, reflexiones sobre la familia de origen y de procreación, además de conocimientos profundos de la familia y sus múltiples escenarios. Esto quiere decir que estudia, comprende e interviene con la Familia no desde una sola postura sino que se propone un razonamiento integral, holístico, que permita entender la interrelación de sus tres perspectivas básicas de estudio: estructura, función y ciclo vital.

Según Méndez (1998), *“El Modelo Clínico se sustenta en cuatro axiomas básicos:*

- *“Involucra a dos o más personas en una interacción íntima y altamente confidencial, que incluye una dimensión verbal y una analógica*

- *Esta relación tiene como propósito mutuamente acordado el cambio de conducta de uno o varios de los participantes o del medio ambiente próximo del cliente.*
- *El clínico busca apoyar como elemento central la capacidad de pensar, de reflexión y de entendimiento del cliente, en una re – evaluación de sí mismo en su situación.*
- *Trabajador Social y cliente concentran sus energías en aquel sistema o sistemas que parecen más accesibles al cambio y no necesariamente los más disfuncionales”*

En este contexto, la Terapia Familiar constituye el método de tratamiento más especializado de Trabajo Social y este abordaje terapéutico se amerita cuando existen conflictos o crisis graves que provocan disfunción y alteran la estructura y dinámica familiar

La modalidad terapéutica que desarrolla el o la profesional de Trabajo Social va a estar determinado por el entrenamiento clínico y teórico que haya recibido De igual forma de la habilidad que desarrolle en la utilización de algunas herramientas y técnicas de registro y análisis de la información del caso en tratamiento (ya sea individuo o familia)

En el próximo punto se presentan algunas de estas herramientas.

3. HERRAMIENTAS DE REGISTRO DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS EN EL TRABAJO SOCIAL.

3.1. Genograma

Anna Hartman, citada por Ángela María Quintero (1997), define Genograma como

“El esquema gráfico de la familia, en el cual se representan todos sus miembros, sexo, edad y relación de parentesco... Es un árbol familiar que incluye datos sociales. Es un mapa de tres, cuatro o más generaciones que informa sobre relaciones genealógicas, principales eventos familiares, ocupaciones, pérdidas (muertes), migraciones, identificación y asignación de roles, comunicación”

Para la Terapeuta Familiar, Hildaaura de Tejada (2013) el Genograma es la *“simulación gráfica e histórica de la familia, que posibilita al profesional organizar y manejar técnicamente el cúmulo de la información recopilada del sistema familiar en estudio”*.

Su elaboración consta de tres fases: trazado de la estructura familiar, registro de la información y denominación de las relaciones familiares utilizando símbolos convencionales, visualizando las situaciones repetitivas o tendencias de comportamiento de los diferentes miembros de la familia

Los principales aspectos que pueden ser interpretados a través de este instrumento de registro familiar son:

- **Estructura familiar.** composición familia, importancia del orden de nacimiento, del sexo y de la diferencia de edad entre los hermanos
- **Adaptación al ciclo vital** comprender las transiciones del ciclo vital a las cuales se está ajustando una familia
- **Repetición de pautas a través de las generaciones:** funcionales, vinculares y estructurales
- **Sucesos de la vida y funcionamiento familiar.** Coincidencia e impacto de los cambios, tensiones y traumas.
- **Pautas vinculares y triángulos:** relaciones fuera y dentro de la familia
- **Equilibrio y desequilibrio familiar:** estructura familiar, roles, nivel y estilos de funcionamiento, recursos

Ofrece ayuda a los miembros de la familia en tanto que pueden visualizarse durante la confección del genograma, y esto aumenta la comprensión y aceptación de sí mismo, estimula la reflexión sobre el estado en que se encuentran y un reconocimiento amplio de su funcionamiento y recorrido histórico.

Los datos que se colocan en el genograma, los /las como Trabajadores/as Sociales los obtienen en las entrevistas a profundidad que realizan a la familia y la utilización de esta herramienta facilita el desarrollo de estrategias para el mejoramiento del funcionamiento social basado en la realidad de cada sistema familiar

3.2 Ecomapa o mapa familiar

Creado por la Trabajadora Social Ann Hartman como complemento a los aportes del Genograma y al conocimiento integral del sistema familiar dando énfasis en las relaciones humanas internas y externas reconociendo a la familia como parte de la sociedad que modifican sus interacciones.

Representa de forma dinámica el sistema que rodea a la familia, las conexiones importantes, los límites, los conflictos, los recursos, las carencias, la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares en el ámbito de la salud, educación, trabajo, religión, recreación, amistades, y otros aspectos comunitarios

En definitiva se trata de reconocer las redes de apoyo que tiene la familia para superar una crisis determinada y fortalecer sus vínculos.

En promoción de la salud los profesionales de trabajo social debemos realizar el diagnóstico de la comunidad considerando sus antecedentes, necesidades, recursos e intereses y el ecomapa de forma grafica facilita la identificación de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que tiene la familia en su entorno y auto cuidado de la salud

3.3. Apgar familiar

Es un instrumento útil en la identificación de familias en riesgo, creado por Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington en 1978. Permite establecer el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia

Las siglas APGAR (en inglés) se refieren a las áreas que se evalúan, las cuales presentamos seguidamente:

- Adaptación (Adaptation): Es la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis.
- Participación (Partnership): Define el grado de poder de los miembros de la familia. Se busca detectar como se comparten la toma de decisiones y responsabilidad entre los miembros de la familia.
- Ganancia o crecimiento (Growth). Es el logro en la maduración emocional, física y en la autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y guía mutua
- Afecto (Affection): Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Resolución (Resolve) Es el Compromiso o determinación de dedicar el tiempo (espacio – dinero) a los otros miembros de la familia

Es un cuestionario de cinco preguntas que debe ser realizado de forma personal (auto administrado idealmente) y respondiendo a las opciones valoradas según escala

De esta manera cada miembro de la familia puede expresar sus percepciones sobre las fortalezas y debilidades de su sistema familiar y el profesional de Trabajo Social tendrá una aproximación de las causas y efectos de los conflictos familiares, dándoles el tratamiento adecuado a cada situación, incluyendo las referencias a otros profesionales en caso necesario

3.4. Cronograma Familiar

Nos permite relacionar hechos importantes de cada persona y en general de la familia. Esta herramienta conecta el tiempo con eventos individuales y familiares relacionados con la situación problemática. Se ubica la fecha en una columna y los miembros de la familia en una fila, narrando brevemente el evento significativo en cada periodo.

El cronograma familiar es fundamental para relacionar los comportamientos familiares ante determinada situación, es decir conocer las causas y efectos de eventos trascendentales como uniones, nacimientos, pérdidas, migraciones, entre otros.

3.5. Mapa de redes

Conjuga la cantidad e intensidad de las relaciones del sistema familiar con su espacio social. El mapa comprende a todos los individuos con quien una persona interactúa, en cuanto a sus características estructurales, las funciones sociales cumplidas y los atributos de lazos o relaciones específicos.

Incluye un círculo intermedio de relaciones personales con intercambios de menor grado de intimidad y compromiso, y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales.

Abarca cuatro sectores.

- Familia
- Relaciones laborales o escolares
- Amigos
- Comunidad: relaciones sociales y de credo

Las redes sociales se construyen para un solo individuo. Comprende a los individuos -que la persona señala- con las cuales el interactúa.

- Relaciones Íntimas
- Relaciones Sociales con contacto personal
- Contactos ocasionales

El mapa de redes nos permite señalar las conexiones de cercanía y alejamiento de cada integrante de la familia como a vínculos que en un momento dado pueden ser utilizados como recursos de intervención profesional.

4. MARCO INSTITUCIONAL DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Generalidades del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre

Con el fin de brindar atención especial a la problemática de salud de San Miguelito, las Cumbres y Chilibre, el Gobierno Nacional mediante Resuelto Ministerial N° 00583 del 10 de mayo de 1988, creó el Área Sanitaria de San Miguelito y a través del Resuelto N° 01137 de 10 de agosto de 1989 aprobó la Región de Salud, con una extensión territorial de 1,161.9 km². La conforman los corregimientos de Chilibre (1,005.2 km²), Las Cumbres (105.4 km²), ambos de la provincia de Panamá y el Distrito de San Miguelito, con los corregimientos José Domingo Espinar (24.2 km²), Belisario Porras (21 km²), Amelia Denis de Icaza (3.2 km²), Victoriano Lorenzo (1.7 km²) y Mateo Iturralde (1.2 km²). En el momento de la constitución de la Región, se contaba con 321,774 habitantes, con una densidad de población de 4,722 hab./km². Dicha población se distribuyó en 67 barnadas y 150 comunidades, y se concentraba el 58.5% en área urbana y 41.5% en rural. (MINSA 2012, Suplemento)

De acuerdo al suplemento del Sistema Regional de Salud de San Miguelito Las Cumbres y Chilibre (2011), su constitución geográfica abarca el territorio comprendido entre los siguientes límites: al norte con la Provincia de Colón y Kuna Yala, al sur la Provincia de Panamá, al este con el Distrito de Chepo, el Corregimiento de Tocúmen y la Ciudad de Panamá, al oeste con la Provincia de Colón y el área canalera

En el año 2009, la población era de 548,456 habitantes. El mayor porcentaje de la población se concentra en las personas adultas joven (309,179), mientras que el resto de la población se encuentra distribuida de la siguiente forma: 95,013 adolescentes, 50,591 infantes, 47,545 escolares y 46,135 adultos mayores.

El Sistema Regional de Salud, integra 8 Centros de Salud y 3 Sub Centros, ubicados en los Corregimientos de Amelia Denis de Icaza, Belisario Porras, Belisario Frías, Arnulfo Arias, Omar Tornjós, Chilibre y Las Cumbres. El Centro de Salud de San Isidro permanece abierto las 24 horas del día durante toda la semana para brindar atención médica y de urgencia a toda la población e igualmente en otros centros se ha extendido el horario para permitirle a la población el acceso a ciertos programas.

Tanto el nivel regional como local orientan sus acciones respondiendo a la política de salud y a los programas materno infantil, escolar, adolescentes, adultos con sus componentes de atención integral de la mujer (violencia doméstica), adultos mayores, infecciones de transmisión sexual, salud mental y enfermedades crónicas.

Como estrategia para el mejoramiento de la calidad de los servicios en las áreas de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades, se ha establecido un programa de docencia continuada para el personal tanto técnico como administrativo que responda a las necesidades de formación y capacitación dando reconocimiento al valor del recurso humano.

4.2. Funcionamiento del Departamento de Trabajo Social en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre

4.2.1. Reseña Histórica

En sus inicios, la Región de Salud de San Miguelito contaba con 6 Trabajadores Sociales, una asumió la función de Jefa del Área Sanitaria y el resto estaban asignadas a los Centros de Salud de Chilibre, Alcalde Díaz, San Isidro, Cerro Batea, Torrijos Carter, Amelia Denis de Icaza y Nuevo Veranillo. Una vez el área sanitaria se eleva al rango de Región de Salud, se continúa con el mismo personal

Desde la creación de la región a la fecha se han abierto nuevas unidades ejecutoras en la red de servicios de salud, como son los Sub Centros de Salud de Agua Buena, Nuevo Caimitillo, El Centro Penitenciario de Tinajitas y próximamente se inaugurará el Sub Centro de Don Bosco También se ha incrementado el personal, contándose en la actualidad con una jefatura regional, dos supervisoras y once trabajador/as sociales generalistas.

Además, desde el año 1998, se creó el Hospital Integrado San Miguel Arcángel de segundo nivel de complejidad, el cual forma parte de la red de servicios con el cual solo se tiene una relación de coordinación por el nivel de autonomía que le confiere la Ley N° 1 de 3 de febrero de 2010, Que constituye al Hospital San Miguel Arcángel como una Entidad de Gestión Pública. En este opera una Oficina de Trabajo Social.

El Manual de Organización y Funcionamiento de Trabajo Social de La Región Sanitaria (2012) mencionada señala las siguientes actividades que han realizado conjuntamente los niveles regionales y locales desde su creación hasta la actualidad.

- *"Coordinación de la Comisión Interinstitucional de Educación del Comité Regional contra el aedes aegypti de la Región de San Miguelito*
- *Coordinación Técnica del Proyecto de Servicios Básicos Urbanos, UNICEF/MINSA*
- *Coordinación de la Unidad Docente Regional de San Miguelito*
- *Coordinación de la Comisión de Participación Social para enfrentar la Epidemia de Dengue en San Miguelito*
- *Coordinación del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo*
- *Coordinación de las Comisiones de Salud, Familiar, Participación social, y ambiental que elaboran estos componentes para el modelo de atención de la Región de Salud de San Miguelito.*
- *Coordinación del Programa Escolar*
- *Participación en la Comisión Técnica que diseño el Modelo de Atención de la Salud Familiar, Comunitaria y Ambiental que se aplicará en la Región de Salud de San Miguelito como parte del proyecto de Reforma y Modernización del Sector Salud.*
- *Coordinación de la Comisión Integrada (MINSA-CSS) de Capacitación para la aplicación De la Reforma sanitaria en la Región de Salud de San Miguelito*
- *Organización de grupos de autoayuda, grupos de adolescentes, grupos de apoyo social, grupos de mujeres, grupos de III edad, Comités de Salud y otros.*
- *Participación en el equipo técnico regional y local de programación, supervisión, monitoreo y evaluación del componente social en los programas de salud a nivel de Centros de Salud. Entre ellos: Salud Escolar, Materno Infantil, Salud Comunitaria, Salud de Adultos, Nutrición y Producción de Alimentos, Saneamiento Ambiental.*
- *Educación sanitaria a grupos comunitarios, familias, institucionales, estudiantes y población en general.*
- *Capacitación y asistencia técnica en el desarrollo de la aplicación de la metodología de Análisis del Desempeño de los Equipos Locales de Salud. (Cerro Batea y Torrijos Carter)*
- *Participación en la formulación, monitoreo y evaluación del Plan Regional de salud, de planes de intervención epidemiológicos, planes sociales de promoción y prevención de la salud, de contingencias, a nivel nacional y regional.*

- *Participación en la formulación, monitoreo y evaluación del Plan Regional contra el Cólera de San Miguelito.*
- *Formulación, ejecución y evaluación del Proyecto Participación Social de la Mujer, en Salud, con enfoque de género en San Miguelito*
- *Formulación y ejecución del programa de Desarrollo Humano con enfoque de género dirigido a grupos vulnerables de San Miguelito*
- *Promoción de programas de autogestión social a nivel de comunidades de San Miguelito con enfoque de género.*
- *Organización de una red de organizaciones comunitarias de mujeres por la salud.*
- *Formulación, ejecución y evaluación del programa de autocuidado de la salud de la mujer y la familia.*
- *Promoción y capacitación de líderes de la comunidad para el desarrollo de acciones sanitarias*
- *Formulación y desarrollo de un programa de desarrollo de capacidades de liderazgo y de organización colectiva de la mujer por la salud.*
- *Formulación, ejecución y evaluación del programa de prevención, atención de la violencia intrafamiliar a nivel de la Región de Salud de San Miguelito*
- *Planificación, ejecución y control de programas de capacitación para los equipos de salud de la región de San Miguelito sobre la temática de género y violencia intrafamiliar*
- *Formación de Círculos de lectura sobre el tema de género y masculinidad*
- *Organización y capacitación de grupos masculinos con enfoque de género y masculinidad*
- *Capacitación al equipo de salud mental sobre alternativas terapéuticas para tratar a ofensores y ofensoras de violencia doméstica”.*

4.2.2. Estructura y funcionamiento

En el Ministerio de Salud existe un Departamento Nacional de Trabajo Social que estipula las políticas, metodología de trabajo y necesidades de los profesionales en torno a elevar la calidad de vida de la población en general. Dichas normativas se basan en los lineamientos de la institución, principios de la profesión y características de la realidad nacional que se encuentran plasmadas en el Manual de Organización y Funcionamiento del Departamento (revisión 2012)

En este sentido la misión del Departamento es:

“Asesorar a la Dirección Regional, a las Direcciones Médicas y a las oficinas de salud, en aspectos científicos, técnicos y normativos, en materia de Trabajo Social, a través del monitoreo, educación continua y evaluación de los procesos, resultados e impacto de las acciones de intervención social, en el marco de las políticas y estrategias del Ministerio de Salud, para asegurar el cumplimiento de las normas y procedimientos que regulan la prestación de servicios de salud social en la población de responsabilidad”.

Este Departamento pertenece a la Dirección de Provisión de Servicios, igual estructura existe en las regiones de salud de todo el país. A nivel regional deberán responder los trabajadores sociales asignados a las instalaciones locales como sub centros, centros y policentros de salud, hospitales y otras instancias especializadas en temáticas de salud específicas. Cabe señalar que en base a los diagnósticos de salud Trabajo Social prioriza en la atención de los siguientes grupos humanos:

- La familia como sistema social
- Los niños menores de 5 años de edad.
- Las mujeres
- Los adolescentes
- Los adolescentes de la comunidad y las embarazadas
- Dependientes a sustancias psicoactivas
- Los trabajadores del sector informal
- Los mayores de 60 años de edad

- Los casos y contactos con enfermedades contagiosas (Tuberculosis, sida y enfermedades de transmisión sexual)
- Víctimas Sobrevivientes de violencia doméstica

Los departamentos regionales y locales de trabajo social se enfocan a la *“provisión de servicios eficiencia y equidad a la población sin distinción de sexo, etnia, clase social, ideas religiosas, políticas, condición de salud o preferencia sexual”* (MINSa 2008- 2.1)

A continuación presentamos las funciones que se desarrollan a nivel local de salud por Trabajo Social

- Conocer la situación de salud psicosocial del sujeto de intervención (individuo, familia, grupo y comunidad), mediante el estudio diagnóstico de los factores de riesgo y la patología social que incide en su salud integral y calidad de vida, a fin de detectar, evaluar y priorizar las intervenciones necesarias.
- Brindar tratamiento psicosocial e intervención, según situación de los usuarios y familiares
- Referir a la red sanitaria pública especializada y/o de servicios sociales públicos o privados a los sujetos de intervención, de acuerdo a las necesidades identificadas y tratadas, siguiendo los procedimientos y utilizando los instrumentos técnicos establecidos en el Departamento de Trabajo Social

- Diseñar y/o desarrollar modelos de intervención social de acuerdo a los factores de riesgo y la patología social diagnosticada, a fin de promover el funcionamiento social del individuo, familia, grupo y comunidad, mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida
- Participar en la discusión de casos con el equipo interdisciplinario de atención integral, aportando el análisis de las variables sociales que generan necesidades, problemas y patologías sociales que inciden en la salud integral del sujeto y su calidad de vida
- Movilizar y promover la utilización de las redes sociales de apoyo intra y extra muros, en beneficio de la población atendida.
- Realizar visitas domiciliarias, según requerimientos de la situación atendida
- Realizar investigaciones sociales sobre los determinantes y condicionantes sociales de la salud, que interfieren en la situación de salud de individuos, familias, grupos y comunidades, y en su calidad de vida
- Diseñar, desarrollar y evaluar proyectos, programas y/o actividades que propicien la organización y participación de individuos, grupos y comunidades de manera promocional, preventiva, asistencial y rehabilitadora
- Realizar la planificación y evaluación operativa del Servicio de Trabajo Social con fundamento en las necesidades, problemas y patologías bio-psico-sociales identificados localmente.

- Ejecutar las normas técnico-administrativas, políticas, planes, programas y acciones establecidas por el Departamento Nacional de Trabajo Social y la Institución
- Colaborar en actividades de docencia para trabajadores, profesionales y técnicos de la salud, administrativos y usuarios, en aspectos de salud y de seguridad social.
- Realizar actividades de educación social y docencia dirigidas a trabajadores institucionales y extra-institucionales, población general y usuarios, para el fortalecimiento de sus capacidades para la producción de salud, desarrollo y bienestar individual, familiar, social y laboral
- Aplicar el proceso administrativo en las intervenciones profesionales que sean necesarias en la unidad local.
- Elaborar y presentar informes periódicos al superior inmediato sobre los logros y problemática observada a nivel operativo
- Velar y custodiar el uso adecuado del equipo asignado para la realización de sus funciones, informando al jefe inmediato sobre anomalías en cuanto se percate de ellas

Consideramos que el/la profesional de Trabajo como disciplina científica en el campo de la salud debe poseer los conocimientos teóricos prácticos para abordar las situaciones de riesgo para el bienestar bio-psico-social-espiritual y ambiental de los seres humanos. Por tanto se enfoca en la promoción de cambios positivos a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.

CAPÍTULO SEGUNDO

LAS ADICCIONES Y SUS IMPLICACIONES FAMILIARES

1. DEFINICIÓN DE ADICCIÓN

El diccionario de la Real Academia define adicción como: *“hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por afición desmedida a ciertos juegos”* Como observamos esta definición tiene gran influencia de concepciones morales dado que los elementos esenciales (hábito, dominio, afición desmedida) se centran implícitamente en la voluntad de la persona sin tomar en cuenta los efectos (dependencia física y psicológica) que la sustancia o la conducta causan en la persona (impotencia e ingobernabilidad de sus vidas) Por lo tanto consideramos que esta definición es muy general y aporta poco para la comprensión de lo que son las adicciones Sin embargo hoy en día existen personas que todavía le dan al concepto ese significado

El concepto fue definido en 1982 por la OMS como *“un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”* Este organismo la define como: *“una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos y consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad”*.

Esta segunda definición nos aporta más elementos que nos permiten comprender con más claridad la enfermedad de la adicción, tales como la existencia de una compulsión, el incremento del consumo a toda costa y la

dependencia; por lo cual consideramos está más cónsona con la investigación que realizamos.

Según el Doctor Saúl Alvarado (2000)

“la adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de descontrol sobre el uso, uso a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación”

Entonces se puede concluir que exista o no sustancia química de por medio cualquier inclinación desmedida hacia alguna actividad puede desembocar en una adicción. La adicción genera dependencia y resta libertad al ser humano al perturbar su normal comportamiento y restringir la amplitud de sus intereses interfiriendo gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas, a nivel familiar, escolar, social o de salud.

1.1. Magnitud Del Problema

A ciencia cierta se desconoce ¿cuántas personas hacen uso de las drogas? o tienen problemas de fármaco dependencia porque existen múltiples factores que inciden en que realice un registro oportuno y adecuado de la problemática. Generalmente la estadística existente es aportada por las instituciones u organizaciones dedicadas a la atención de dicha enfermedad o las estadísticas de los estamentos relacionados a los delitos que están asociados al consumo y tráfico de las drogas y por ende existe un sub-registro de un grupo significativo de la población que no es captado por estos organismos.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas de 2012, publicado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

- *“Unos 230 millones de personas, el 5 % de la población mundial de 15 a 64 años, consumieron alguna droga por lo menos una vez en 2010, un nivel que se ha mantenido estable desde 2005*
- *Los “consumidores problemáticos de drogas” suponen unos 27 millones de personas, el 0,6 % de la población adulta mundial*
- *Cada año 200.000 personas mueren en el mundo por los efectos de las drogas sobre la salud.*
- *El alcohol es el principal factor causal de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones y es responsable de aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo cada año. El consumo de alcohol en grandes cantidades por periodos prolongados de tiempo, representa un grave riesgo para la salud.*
- *La droga más consumida es el cannabis, con entre 119 y 224 millones de personas que la han tomado al menos una vez en 2010. La mayor tasa de consumo se encuentra en Europa*
- *Las drogas derivadas del opio son consumidos por entre 38 y 56 millones de personas.*
- *La cocaína es consumida por entre 13 y 19 millones de personas En 2010 las regiones con mayor prevalencia de uso son América del Norte (1,6 %), Europa Occidental y Central (1,3 %) y Oceanía (1,5-1,9 %).*
- *Los estimulantes de tipo anfetamínico son consumidos por entre 14 y 52 millones de personas Mientras que el mercado de las anfetaminas ha permanecido estable, aumentó el de las metanfetaminas, cuyas incautaciones se han duplicado en dos años, hasta las 45 toneladas de 2010.*
- *Los comprimidos de “éxtasis” son consumidos por entre 10 y 28 millones de personas”*

Los informes de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2012)

revelan los siguientes datos:

- *“El 24 % del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas. Del total de usuarios de las Américas, 81 % son de Norte América. El 6.6% de la población del continente entre 15 y 64*

años ha consumido marihuana en los últimos 11 meses. En algunos países de América la prevalencia de marihuana en el último año es inferior al 1% de la población de 15 a 64 años, mientras que en otros supera el 14 %. En Centro América el valor promedio es alrededor de 2.4 % de la población, cifra muy similar a las de Sur América.

- *Según la ONUDD, entre el 0.3 y 0.4 % de personas entre 15 y 64 años de edad, declararon haber consumido cocaína alguna vez en el último año a nivel mundial. El total de usuarios en las Américas se sitúa entre 777.4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1.2 %... El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45 % del total de consumidores de cocaína a nivel mundial".*

Una vez visto el panorama mundial y de la región americana pasaremos a ver las estadísticas nacionales

Las cifras estadísticas relacionadas al consumo de drogas a nivel de nuestro país se desconocen, ya que en Panamá no existen registros, desde hace 10 años, que certifiquen el nivel de consumo de drogas (lícitas e ilícitas) en la población. Durante el período comprendido entre el año 2009 hasta 2012, cerca de 2,462 personas en el país recibieron tratamiento, la mayoría por adicción al alcohol, según datos suministrados por cinco centros especializados a la Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas. CONAPRED. (2013)

En los datos registrados en el Instituto Nacional de Salud Mental, el Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones (CETA), se estima que son atendidos alrededor de 100 pacientes por año.

La última Encuesta Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes De Enseñanza Media, 2002 – 2003, marcó que el alcohol, el cigarrillo, los estimulantes, tranquilizantes, la cocaína y la marihuana son las sustancias de mayor consumo.

En aquel entonces se reportó que de 30,000 encuestados, el 77.9% manifestó que era fácil tener acceso a drogas ilícitas, así como que los hombres consumían más cocaína, marihuana, alcohol y cigarrillo, mientras que las mujeres, tranquilizantes

Según el Departamento de Registro Estadísticos de la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, en año 2010 se dieron 206 consultas relacionadas a trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, cocaína y otras drogas

En el Instituto Nacional de Salud Mental, como única entidad gubernamental especializada en el tratamiento de las adicciones ingresaron en el año 2009 al programa de recuperación 110 pacientes, en el año 2011 ingresaron 105 y 108 en el año 2012, según los registros estadísticos del Centro de Estudios y Tratamiento de las Adicciones (CETA).

Hoy las cifras pueden ser mayores

1.2. Características de la enfermedad de la adicción

La adicción es una enfermedad que no hace distinción de sexo, edad, nivel educativo, condición física o mental, condición social, religión u otra condición. No se adquiere por contagio o por mal hábito. Tiene sus propios síntomas y signos que permiten esclarecer un diagnóstico y pronóstico

A continuación enumeramos las características generales de la enfermedad de la adicción:

- a. Primaria:** Se considera enfermedad primaria porque existen *síntomas*, que se manifiestan como un conjunto de señales de alarma que indican algún problema orgánico, emocional o social, no es consecuencia de otro trastorno; es decir de ella misma se genera una serie de trastornos asociados.
- b. Progresiva:** Si no se atiende oportuna y adecuadamente, tiende a empeorar, sobre todo si la persona no comprende que está enferma, que necesita ayuda, que esté convencida que desea dejar la adicción y que acepte recibir ayuda profesional, ya que una adicción, una vez desarrollada, no es fácil dejarla de forma voluntaria
- c. Genética:** Aunque el origen de la adicción es multifactorial e involucra factores biológicos, genéticos, psicológicos, y sociales, los estudios demuestran que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desordenes adictivos y que además existe predisposición biogenética a desarrollar esta enfermedad
- d. Crónica:** La adicción es una enfermedad tratable y la recuperación es posible Sin embargo no es curable Los programas de Anónimos señalan que "alcohólico hoy alcohólico para siempre" o si se prefiere leer "adicto hoy adicto para siempre"

- e. **Obsesiva:** Preocupación excesiva con respecto a las situaciones de uso y relacionadas con el uso ya sea consumo de sustancias psicotrópicas o practicas de conductas. Esto lleva a invertir una energía mental desproporcionada en el proceso de adicción que resta a las actividades vitales importantes de la persona adicta
- f. **Compulsiva:** Caracterizada por la pérdida de control, que lleva a la inversión de tiempo y energía, de modo que cada vez la persona adicta funciona con mayor dificultad en su vida en general. A mayor consumo, mayor afectación
- g. **Negación o auto-engaño:** Cuya función es la de separar la conciencia de la persona adicta de las consecuencias producidas por la conducta adictiva o de la adicción en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y además se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, del cual la persona adicta se resiste a salir, y que es la razón por la que insiste en volver a usar aun luego de una crisis.
- h. **Familiar:** Desgasta al sistema familiar física y emocionalmente, los miembros de la familia experimentan sentimientos de dolor, desesperanza, frustración, afán, enfermedades psicosomáticas..., desenfocando metas y objetivos del grupo. Desarrollan la "co-dependencia", la cual manifiestan a través de diferentes roles.
- i. **Mortal:** Puede ser *discapacitante* o *mortal*, porque las personas adictas van deteriorando su salud progresivamente al dañar lenta y progresivamente

algunos órganos vitales hasta que pierden totalmente su función y algunas drogas pueden causar la muerte desde el primer consumo, dependiendo del tipo de droga, la cantidad y el estado de ánimo en que se encuentre la persona

Además es causante de forma indirecta de la muerte de muchas personas que sufren accidentes automovilísticos, accidentes laborales, peleas y riñas, otras situaciones al estar bajo los efectos de alcohol u otras drogas,

Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos, el aspecto placentero de la conducta en sí, pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos - el alivio de la tensión emocional.

Lo anteriormente expuesto lo podemos explicar a través de dos componentes esenciales: la tensión ansiogénica y el placer, que se pueden ver gráficamente a través del siguiente esquema

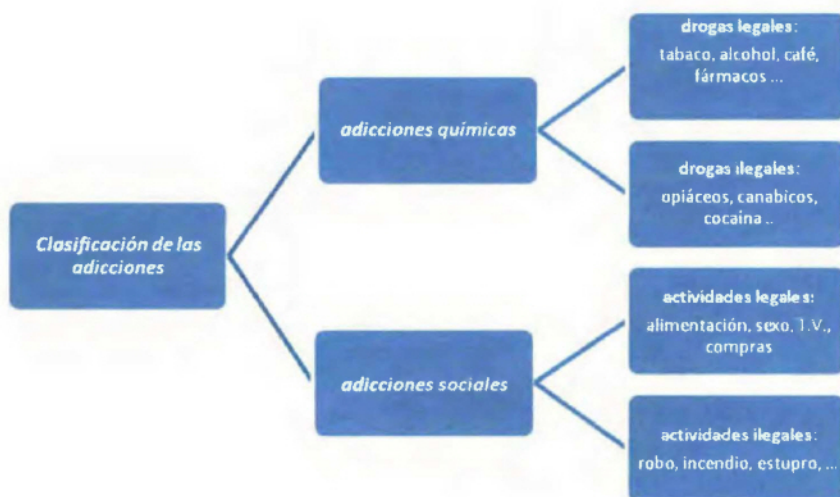


Así tenemos que esa tensión ansiogénica se convierte en un deseo incontrolable, irrefrenable e incontenible que se lleva a cabo de forma impulsiva, es decir el sujeto pierde el poder de libertad o voluntad, que es lo que constituye la matriz psicológica de las enfermedades denominadas adicciones

1.3. Tipos de Adicciones

El campo de las adicciones es muy vasto, además de las adicciones "clásicas" como pueden ser la adicción al tabaco, al alcohol o a las drogas, asimismo en las últimas décadas con la influencias de los cambios sociales y la nuevas tecnologías que se incorporan a nuestra sociedad nuevas adicciones, hoy en día encontramos otras como la ludopatía, adicción a las relaciones, al sexo, a las compras (oniomanía), al trabajo, a las tecnologías (internet, videoconsolas, teléfono móvil) y otras.

El siguiente esquema presenta una clasificación de las adicciones



Tomado de: Alonso Fernández F. (2003) Las Nuevas Adicciones (alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo). Temas de hoy. Madrid.

Aunque hemos presentado esta clasificación consideramos importante mencionar las principales adicciones que se ven con mayor frecuencia en nuestras instituciones de atención:

1.3.1. Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.

El Doctor Ernesto Lammoglia (año 2000) señala que "el alcoholismo puede definirse médicamente como un padecimiento crónico y progresivo para lo cual no

existe una cura conocida, implica el uso de bebidas alcohólicas y, a veces tranquilizantes menores, a tal grado que interfiere en la vida funcional del individuo, según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales” Pág 28 Las Familias Alcohólicas

1.3.2. Drogodependencia o Farmacodependencia

Según la OMS es “el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación”.

Según el DSM - IV, la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia

1.3.3. Ludopatía

La Ludopatía es un trastorno reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en

el año 1992. Sin embargo esta no fué la primera vez que, como categoría diagnóstica y con el nombre de juego patológico, se reflejó en los ámbitos profesionales. Ya en 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA), se planteaba su definición y algunos criterios diagnósticos.

Evidentemente la existencia del trastorno aparece hace muchos siglos, probablemente con la actividad de apostar de manera habitual a juegos de apuestas, donde los resultados pudieran darse con cierta rapidez y por consiguiente el refuerzo positivo y negativo para el jugador también.

Desde la APA, este trastorno se encuadraba en los trastornos del control de impulsos no clasificados en otras categorías y se describía como una conducta de juego inadaptada, persistente y recurrente, que alterase la continuidad de la vida personal, familiar o profesión.

La Ludopatía es un trastorno del comportamiento, entendiendo el comportamiento como la expresión de la psicología del individuo, que consiste en la pérdida de control en relación con un juego de apuestas o más, tanto si incide en las dificultades que supone para el individuo dejar de jugar, como en las distorsiones de pensamiento, emocional y comunicacional que provoca efectos desastrosos en las relaciones familiares y amorosas del jugador. En otras palabras el jugador busca emociones fuertes que solo a través del riesgo y peligro consigue.

1.3.4. Relaciones Adictivas

Las relaciones adictivas son similares a la dependencia al alcohol u otra droga. En este caso, la pareja se convierte en esa droga que se necesita para vivir, se tiene una necesidad obsesiva de estar con esa persona y cuando no se tiene presente o cercana se dan síntomas de abstinencia, tales como celos, ira, pensamientos de minusvalía, ideas de daño, miedo, soledad, excesiva preocupación.

La persona adicta a las relaciones desarrolla un apego que desgasta y enferma, inhabilita el establecimiento de límites saludables y el desarrollo de una intimidad. Justifica su apego manifestando que se trata de "amor".

Riso, Walter (1999) señala que "el adicto afectivo no es precisamente impecable a la hora de optimizar y utilizar su energía. Es un pésimo guerrero. El sobrecargo de un amor dependiente tiene doble faz. Por un lado el sujeto apegado hace un despliegue impresionante de recursos para retener su fuente de gratificación. . La segunda forma de despilfarro energético no es por exceso sino por defecto. El sujeto apegado concentra toda la capacidad placentera en la persona amada, a expensas del resto de la humanidad".

La adicción a las relaciones mantiene a la persona alejada de las cosas que realmente ama y de las tareas que debe estar cumpliendo. En muchas ocasiones esta relación está cargada de temor, rechazo y de otros sentimientos dolorosos.

2. FAMILIA Y ADICCIÓN.

2.1. Generalidades de la Familia

Existen muchas definiciones de familia, dependiendo del contexto donde se estudie encontramos desde la más simple hasta la más compleja; para efectos de este estudio presentaremos las siguientes definiciones que nos permitirán adentrarnos al tema. Musiti y otros (1996), en su libro "Educación Familiar y Socialización de los Hijos", citan a Gouth (1971) definiendo *"familia como una pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales o todos utilizan una morada común"*. Agregan que *"esta definición incluye toda forma de convivencia basada en el parentesco e implica varios universales (normas, valores, formas de comunicación, estilos de crianza)"*

Por otro lado Jelin (2005), señala que

"la familia es una institución anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater-maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también tienen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción".

Por último citamos a Quintero (2007) que en su Diccionario Especializado en Familia y Género hace una definición más completa acerca de familia:

“Grupo de convivencia basado en el parentesco, la filiación y la alianza; sus miembros están ligados por sangre o por afinidad, lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones. Es el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas valores, símbolos, ideología e identidad, donde se focalizan las demás instituciones. Es un grupo primario por su característica de ser natural, pequeño en número de miembros, con fuertes lazos de cohesión, intimidad y afectividad. Como sistema social está conformada por tres subsistemas básicos: fraterno, conyugal, parento-filial, que a su vez están relacionados con el supra sistema (inmediato, al vecindario, la comunidad, el trabajo y lejano, la sociedad, como un todo); es la única unidad social vinculada con los demás sistemas ...”

Como hemos visto las familias están compuestas por personas que mantienen algún vínculo y tienen un papel importante dentro de la sociedad, de ahí que a través de los procesos escolares hemos aprendido que las familias son las células de la sociedad, no sólo porque al vincularse entre sí forman comunidades, sino también porque son el núcleo vital donde nacen y se desarrollan los miembros que la conforman, el ser humano y se constituyen los criterios para la formación de hogares.

Al constituirse la familia, se estructura un sistema, donde sus integrantes aportan a las nuevas interrelaciones las condicionantes que traen de su grupo de pertenencia y en la medida en que se desarrollen las funciones específicas - biológica, psicológica, social, económica y espiritual - , comienza a reproducirse la mediatización de las relaciones por las actividades significativas y fundamentales, lo cual determinarán la vida de una persona

“Todo sistema familiar evoluciona en un constante devenir, pero coincidentemente a veces aparecen en determinados momentos de su

historia, crisis y contradicciones lo cual posibilitará – paradójicamente - el crecimiento de sus integrantes dado que promueve la movilización y emergencia de los recursos personales de su membresía”. (Acecho 2013).

2.2. Factores de Riesgo Familiares

En la medida en que las familias **no cumplen** sus funciones básicas, surgen de ellas individuos con más carencias sociales, emocionales, morales e intelectuales, en consecuencia, desde la teoría sistémica se desplegaran sistemas familiares vulnerables a desarrollar enfermedades crónicas como es la adicción; entonces podemos decir que la familia es fuente de salud o enfermedad.

*“Existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por ende equivocado desempeño de **Roles Complementarios** impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicios de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines”. Acecho 2013.*

Cabe señalar que los factores que predisponen la aparición de la adicción están relacionados con **el agente** (tipo de drogas, vía de administración y efectos), **el individuo** (edad, falta de información, ausencia de habilidades para la vida) y **el ambiente** (familia conflictiva y disfuncional, valores negativos, acceso a la droga, condiciones sociales en desventaja)

En la obra citada, parafraseando, el autor, plantea que existen familias que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros adictogénicos; a las cuales denomina familias disfuncionales prodrugadependientes, caracterizadas por patrones de crianza, formas de ejercer la autoridad, de circular

la información, de distribuir la administración del hogar, de la relación que establezcan con el entorno social de manera que promuevan o causen el consumo de drogas

Los factores de riesgo son aquellas características o variables que elevan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología. En el caso de las adicciones son variables biológicas, psicológicas y sociales que ocurren antes de que se inicie el uso y/o abuso de drogas y que aumentan la probabilidad de que éste tenga lugar.

Hernández y Sequeda realizaron una clasificación de los factores de riesgo familiar relacionados con las drogas de acuerdo a la consideración de diferentes autores el cual consideramos relevante presentarlo a continuación en esta sección (Ver página siguiente)

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR O RELACIONADOS CON LA FAMILIA PARA EXPLICAR EL USO Y ABUSO DE DROGAS

Autor	Factores de riesgo identificados
Hawkins (1992)	Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobres e inconsistentes prácticas de manejo familiar ▪ Conflicto familiar ▪ Bajo apego a la familia
Petterson (1992)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una historia familiar de alcoholismo. Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa. ▪ Problemas de manejo de la familia. Estrategias de manejo de las familias inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas ▪ Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso. En las familias en que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y de alcohol en la adolescencia
Moncada (1997)	Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno (relacionadas con la familia): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia familiar de alcoholismo ▪ Pautas educativas ▪ Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres ▪ Conflictos familiares
Pollar (1997)	Factores de riesgo familiar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobre supervisión familiar ▪ Pobre disciplina familiar ▪ Conflicto familiar ▪ Historia familiar de conducta antisocial ▪ Actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas

Fuente Hernández y Secades. (2002) Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias Plan Nacional Sobre Drogas España. Pág. 125

Los autores citados en el cuadro, consideran que entre los factores de riesgo familiares en las adicciones está la historia o los antecedentes del consumo de algún tipo de droga, aduciendo al aspecto de aprendizaje de los modelos de padre, madre y otros familiares, adicional al aspecto genético que predisponen a la enfermedad. Además de relaciones familiares deficientes, caracterizado por el manejo inadecuado de los problemas.

A continuación desarrollaremos otros aspectos de mucha influencia en la conducta adictiva de los seres humanos

2.2.1. Falta de afecto

Aunque el amor es el sentimiento más normal que puede haber hacia los hijos, a veces los padres no lo demuestran claramente, de modo que los primeros no se sienten amados aunque sí lo sean. Cuando se estudian las características de un número considerable de drogadictos, lo que aparece con mayor frecuencia es que los jóvenes no se sienten amados por sus padres, por lo que reportan hostilidad hacia ellos y tensión psicológica en la familia. Por el contrario, los no consumidores de droga reportan sentirse amados tanto por su padre como por su madre (Streit y cols , International Journal of the addictions. EUA. 2000 y T.J. Prendergast, International Journal of the addictions EUA, 2005)

La enorme necesidad de afecto y los desniveles emocionales que suelen acompañar a la adolescencia pueden llevar a los jóvenes a buscar afecto y comprensión en amistades que los predispongan a las adicciones.

2.2.2. Indiferencia

Cierto abandono afectivo que deja traslucir que los hijos no tienen la prioridad para sus padres puede manifestarse en múltiples formas: por ejemplo, dándoles dinero y cosas en lugar de dedicarles tiempo y atención porque los compromisos laborales y sociales están siempre antes que sus hijos.

2.2.3. Manejo inadecuado de la disciplina

Los padres pueden optar por los extremos: o la rigidez absoluta o la permisividad total. Esta última consiste en dejarlos hacer lo que quieran, sin imponerles ningún límite o control, y sin saber en qué tipo de ambientes se mueven sus hijos; y ello cuando están en una edad especialmente vulnerable, cuando aún no tienen la madurez ni la experiencia necesarias para enfrentar los riesgos de las malas influencias, a lo que se suma el que no encuentran en sus padres apoyo suficiente. Todo esto constituye un serio problema.

Por otro lado, los padres rígidos limitan y controlan tanto a sus hijos que les impiden llevar la vida social propia de su edad.

Por su parte, los padres que se oponen a todo no respetan el uso gradual que de su libertad pueden hacer sus hijos a medida que van creciendo. Estos padres consideran que todo debe prohibirse porque todo está mal, pero así sólo producen un fuerte descontrol moral y, paradójicamente, obtienen lo contrario de lo que

pretenden hacen que sus hijos sean más frágiles ante influencias negativas y quedan más expuestos al consumo de sustancias adictivas

La permisividad y la rigidez predisponen en igual medida al desarrollo de problemas de adicción en los jóvenes.

2.2.4. Falta de comunicación

El problema que produce la incomunicación es que los mensajes emitidos con profundo amor caen en el vacío; las manifestaciones de afecto no se entienden como tales; hay incapacidad para intercambiar ideas y opiniones, el sentimiento de impotencia se apodera de los padres, y soledad y desamparo es todo cuanto experimentan los hijos. Sólo prevalecen la pérdida de la confianza mutua y los resentimientos constantes.

La incomunicación también aumenta el riesgo de incidir en las adicciones porque priva a los padres de la posibilidad de guiar y de supervisar, y a los hijos les escatima la ayuda, el consejo y la orientación que necesitan.

2.2.5. Grupos familiares débiles o disfuncionales.

Cuando no se vive la solidaridad fundamentalmente, los respectivos papeles de los padres e hijos son confusos, algún miembro importante de la familia está real o psicológicamente ausente, está enfermo, tiene algún trastorno de la personalidad o es adicto.

2.2.6. Modelo adictivo familiar o Actitudes permisivas en relación con las drogas:

Cuando los padres fuman, beben y utilizan tranquilizantes, los niños crecen con este ejemplo y se forman la idea de que esas sustancias forman parte de la vida normal

Muchos padres de familia no rechazan claramente las drogas y admiten que consuman con moderación; esto hace que sus hijos perciban un doble mensaje: "Podrían utilizarse alguna vez aunque no sean convenientes".

2.3. Factores de protección Familiar

Los factores protectores son aquellos asociados a la reducción de una conducta de riesgo, específicamente, a la reducción del uso de drogas. Estos factores actúan como amortiguadores de los factores de riesgo a los cuales cada individuo se ve expuesto. En la medida que se fortalezcan, será posible disminuir los efectos negativos de los factores de riesgo y con ello consecuentemente, disminuir las conductas de riesgo y el consumo de sustancias.

"La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y del adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia". Fernández y Secades Villa (2002).

A menudo se señalan como funciones familiares la procreación y crianza de los hijos, pero es menester acotar que la familia debe constituirse el ambiente más

favorable para desarrollar los factores protectores, porque es en ella donde en primera instancia cada individuo debe tener satisfechas sus necesidades físicas y emocionales; en ella se expresan el afecto y la afiliación, que contribuye a la formación de la personalidad y la adaptación social tanto de niños, adolescentes y adultos

En la página siguiente presentamos un cuadro de los autores mencionados, Hernández y Secada que presenta los factores protectores desde el punto de vista de diferentes autores.

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR PARA EVITAR LAS ADICCIONES

Autor	Factores
Pollar (1997)	<p>Apego familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidades para la implicación familiar ▪ Refuerzos por la implicación en la familia
Muñoz – Rivas (2000)	<p>Factores de socialización (factores familiares)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura y composición familiar ▪ Disciplina familiar ▪ Relaciones afectivas y comunicación ▪ Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas

Fuente. Hernández y Secades. (2002) Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas. España.

Es de suma importancia que en la familia se establezca un ambiente armonioso, donde todos sus miembros se puedan expresar, se apoyen mutuamente y favorezcan la satisfacción de todas sus necesidades físicas y emocionales, en orden a desarrollar la tolerancia y el sentido de pertenencia, reconocer los logros y otorgar seguridad emocional

2.3.1. La adecuada comunicación familiar

Significa que todos los miembros del hogar pueden compartir y relacionarse armónicamente, de forma respetuosa y solidaria; se comprenden y aceptan por lo que cada uno es, se reconocen las necesidades y diferencias individuales. Los conflictos que aparezcan a lo largo del ciclo vital de la familia le permiten a cada miembro aprender y crecer, así como construir soluciones positivas y creativas. A través de una buena comunicación, los problemas se enfrentan de manera directa y abierta, dentro de un clima en el que todas las opiniones cuentan y las distintas posiciones son escuchadas y respetadas.

La adecuada comunicación en la familia, es crucial para el proceso de construcción, validación e integración de los valores, sobre todo porque es en el propio hogar, donde los/as hijos/as aprenden del ejemplo de sus padres. De este modo, la familia podrá tener una verdadera cohesión y estabilidad.

Una buena comunicación, va más allá del hecho de hablar y escuchar. Implica saber qué decir y cómo decir las cosas, así como saber escuchar de una manera activa y atenta. El lenguaje corporal, es una parte muy importante también. Abarca además, habilidades como la comprensión y la empatía.

"Una buena comunicación no sólo implica hablar de muchas cosas, también tiene que ver con relacionarse en un nivel personal profundo. Tiene que ver con compartir los sentimientos y las preocupaciones, y con la habilidad para articular lo que uno piensa, cree y expresa" González y López (2003)

Parafraseando a González y López, hablar de una buena comunicación significa sobre todo, sostener un estilo asertivo, es decir, expresarse de manera clara, directa, comunicando los propios deseos, así como prestando atención a las necesidades del otro

Comunicarse de manera asertiva, es expresar lo que verdaderamente "yo quiero, no quiero, puedo, no puedo, etc." Es decir, exponer de forma abierta mis sentimientos o pensamientos de la manera correcta y sin causarle daño a nadie.

Cuando se llega a alcanzar una comunicación asertiva dentro del hogar, cada integrante aprende a dar a conocer sus posiciones y opiniones. A la vez se reconocen, se validan y se respetan las percepciones y emociones de los demás sin hacer diferencias, se trate de un hermanito pequeño, o el padre o la hermana mayor.

Para alcanzar una comunicación asertiva dentro del hogar, los padres deben dar el ejemplo a sus hijos/as de diversas habilidades. Entre algunas de éstas, las autoras González y López (2003) mencionan:

- Analizar nuestro propio comportamiento, pensamientos y emociones y responsabilizarnos de sus consecuencias
- Reconocer que tenemos derecho a cambiar de parecer
- Aprender a decir "no sé, no comprendo, no estoy interesado"
- Despreocupación por "el qué dirán".

- No hacer afirmaciones rotundas o radicales: todo, nada, negro, blanco, siempre, nunca
- Aprender a decir "no" sin sentirnos culpables
- Referirse a los comportamientos y no a la persona. Por ejemplo: "Puedes hacer eso con más cuidado" y no "eres un torpe"; "quisiera que me dieras más cariño" y no "eres un grosero".

2.3.2. Brindar afecto y fortalecimiento de la auto estima

El amor hacia las hijas e hijos es lo que lleva a los padres y madres a que los eduquen de determinada manera, ya que cualquiera decisión que tomen en relación a sus descendientes va a ser pensando en sus beneficios, aún cuando se trate de castigo y restricciones.

"Cuando los padres y las madres establecen una adecuada relación afectiva con sus hijos (as) desde los primeros meses de vida y aún desde el embarazo, los (as) niños (as) percibirán sentimientos de seguridad que les ayudaran a desprenderse de sus padres y madres y ser más independientes, a la vez que sabe que pueden recurrir a ellos (as) cuando lo necesiten" PICK y otros. (1997)

Es importante la demostración cotidiana de afecto entre los miembros de la familia a través de caricias, abrazos, besos, juegos, palabras cariñosas, miradas, interacciones que denoten apoyo y comprensión. Además facilita que surjan otros sentimientos como la seguridad, felicidad y capacidad de disfrutar de las diferentes actividades que se realizan y fomenta relaciones más armoniosas y duraderas dentro y fuera del hogar.

El desarrollo de la auto estima favorece el éxito en las actividades que emprendan las personas como estudio, trabajo, formación de la familia, relaciones interpersonales y superación adecuada de los conflictos

2.3.3. Tiempo compartido en familia

Pese a todas las limitaciones por el poco tiempo disponible que la agitada cotidianidad permite compartir a los seres humanos, las familias saludables y responsables reconocen que es necesario y vital realizar actividades en conjunto de alta calidad donde se facilite el intercambio de experiencia, conocimiento mutuo, fortalecimiento de los lazos afectivos, transmisión de los valores con ejemplos, la cohesión y realización de los proyectos de vida

2.3.4. Ejercicio de la autoridad de forma democrática

En todas las organizaciones o grupos se requiere el establecimiento de reglas y normas que dirigen el funcionamiento de manera positiva o negativa; en las familias donde el ejercicio de la autoridad se basa en normas claras, consensuadas en el grupo (entre sus miembros), y se consideran las necesidades individuales, como edad, sexo y las necesidades globales tienden a ser democráticas.

Las familias donde se practica el ejercicio democrático logran el desarrollo de la resiliencia, ante las adversidades se solidarizan para enfrentar las crisis, permite la libre expresión de sentimientos e ideas de todos sus integrantes, ejecutan sus

habilidades, consultan para la toma de decisiones aceptando responsablemente sus consecuencias y por ende aprenden de los conflictos.

Los límites y normas de la familia deben ser claros para que exista la comprensión, respeto y cumplimiento por cada miembro de la familia.

2.3.5 Hábitos y estilo de vida saludable

La alimentación balanceada, ejercicios físicos, controles rutinarios de salud, asistencia oportuna a servicios médicos y de salud mental son patrones que deben ejecutar las familias en su conjunto para garantizar la prevención de enfermedades y cuidados adecuados de situaciones bio-psico-sociales que afecten la integridad humano y contribuyan a la formación de personas sanas y productivas

Todos los factores de protección familiar mencionados se conjugan para el desarrollo de una conducta responsable, armónica, clara, comunicación asertiva de padres, madres, hijos y demás parientes con la finalidad de lograr el apoyo mutuo, la seguridad emocional, solidaridad y manejo adecuado de las situaciones críticas

3. LA CO-DEPENDENCIA

3.1. Definición

La co-dependencia es un término relativamente nuevo, que nace a finales de la década de los 70, relacionado a los familiares de los Alcohólicos, no se puede señalar con precisión quien fue la persona que usó este término. Actualmente existen diversas definiciones que difieren en algunos aspectos, pero todas se refieren a un síndrome que engloba una serie de conductas y sentimientos que deterioran las relaciones familiares, laborales, sociales, y la economía

A partir de este momento diversos profesionales comenzaron a estudiar y a entender mejor los efectos que la persona dependiente de sustancias químicas tiene sobre sus seres queridos, y también a la inversa, los efectos de la familia sobre la persona químicamente dependiente.

La co-dependencia es una enfermedad que se desarrolla a través de la convivencia y la cercanía con una persona adicta; generalmente la familia es la que en mayor grado padece esta enfermedad, pero también la pueden desarrollar otras personas que mantengan algún vínculo o relación con la persona adicta, como pueden ser compañeros de trabajo, amistades, grupo social, otros

Una definición sencilla y a la vez completa la encontramos en el libro "Quiero Ser Libre de María Esther de Castillo y otras (1993) que dice *"la co-dependencia es una enfermedad que se manifiesta en la incapacidad para lograr participar en*

forma positiva en una relación" Explican las autoras que prefieren llamarla como "coparticipación negativa" en vez de co-dependencia

Sharon Wegsheider-Cruse, especialista en el estudio y tratamiento de la co-dependencia, citada por María E. Castillo y otras (1993), la define como. *"una condición específica caracterizada por una preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) de una persona u un objeto. A veces tan patológica, que afecta todas sus otras relaciones"*.

Melody Beattie (2012), ha estudiado y escrito a cerca de la co-dependencia y en su libro "Ya no seas codependiente" señala que *"la persona co-dependiente es aquella que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona, y que está obsesionada de controlar esa conducta"*.

Conforme la co-dependencia empezó a ser estudiada y analizada, así mismo, fueron apareciendo más grupos de personas que parecían tenerla: adultos hijos de alcohólicos, gente relacionada con personas emocional o mentalmente desequilibradas, personas relacionadas con enfermos crónicos, padres de hijos con problemas de comportamiento, personas relacionadas con gente irresponsable, profesionales: enfermeras, trabajadores sociales y otros empleos correspondidos a ayuda Incluso los alcohólicos y adictos en recuperación se dieron cuenta de que eran co-dependientes y de que tal vez lo habían sido mucho antes de convertirse en químicamente dependientes De esta manera, los co-dependientes surgieron en todas partes y áreas.

Se encontró que, cuando un co-dependiente cesaba su relación con la persona problemática, con frecuencia buscaba a otra persona perturbada y repetía los comportamientos co-dependientes con esa nueva persona. Estas conductas o mecanismos de adaptación parecían prevalecer durante toda la vida del co-dependiente, salvo que dicha persona cambiara de comportamiento.

En un primer momento, se podía asumir que la codependencia era desencadenada por una relación con personas aquejadas de una enfermedad grave de problemas de comportamiento o de desórdenes compulsivos y destructivos. Pero los especialistas se dieron cuenta que muchas otras situaciones parecían también producirla. Es así como se da inicio al estudio de la codependencia.

No existe un cierto número de rasgos que nos garantice que una persona sea o no co-dependiente. Cada persona es diferente, y cada uno tiene su propia historia, por ejemplo en la fase avanzada de la codependencia.

3.2. Características

La palabra *co-dependiente* (o *co-adicto* en este caso), se compone de dos partes: *co* que quiere decir con o necesario y *dependiente* (o *adicción*) que se refiere a "esclavitud", entonces se puede señalar que el co-dependiente es necesario para que la adicción (esclavitud) funcione.

Los (as) autores que han escrito sobre co-dependencia coinciden en que generalmente las personas co-dependientes presentan las siguientes características:

- Asumen la responsabilidad por los sentimientos y la conducta de otro(s)
- Tienen dificultad en identificar sus sentimientos.
- Tienen miedo de como los demás van a responder a sus sentimientos
- Les es difícil formar y mantener relaciones cercanas.
- Son perfeccionistas y abrigan alta expectativa de sí mismo y de los demás.
- Tiene dificultad para tomar decisiones.
- Tiende a minimizar o alterar la verdad de cómo se siente
- Las acciones y actitudes de otros determinan sus reacciones y respuestas
- Tiende a poner las necesidades y deseos de otras personas antes que las propias
- El miedo a la ira determina lo que diga o haga.
- Cuestiona o ignora sus propios valores relacionarse mejor con otras personas significativas Las opiniones de otros valen más
- La autoestima se rige por la influencia de otros. No reconoce sus cualidades y lo bueno de sí mismo
- La serenidad y atención mental está determinada por los sentimientos y conductas de otros
- Juzga muy duro lo que hace, piensa y dice, en relación a lo que hace lo que hace, piensa y dice otro

- No se considera vulnerable y pedir ayuda no está bien
- Considera que hablar de los problemas y sentimientos fuera de la familia no está bien.
- Son muy leales, aún cuando la lealtad sea injustificada y pueda hacerle daño
- Necesita ser necesitado para poder relacionarse con los demás
- Puede desarrollar algún tipo de adicción o enfermedades psicosomáticas.
- Algunas veces piensa en el suicidio

Cabe señalar que una persona co-dependiente depende emocional, física, psicológica, financiera y espiritualmente de otra (que está enferma), es decir que está involucrada de tal manera que le afecta en su salud, en sus otras relaciones, carece de límites definidos en relación a su espacio vital, no puede lograr intimidad consigo mismo. Crea tolerancia a condiciones o situaciones patológicas que en cierta forma favorecen la complicidad con la persona enferma o adicta.

3.3. Tipos de co-dependientes

Como hemos señalado la co-dependencia es una enfermedad y como tal no reconoce sexo, edad, religión, posición económica ni política, ni nacionalidad, es decir todas las personas estamos expuestas a desarrollarla dependiendo de cómo haya sido nuestra historia de vida y qué tipo de relación tenemos con otras personas. Según Carmen Renee Berry (1990), "cualquiera puede caer en la trampa del salvador"

Entre los grupos que tienen mayor vulnerabilidad a volverse co-dependientes están los cónyuges e hijos(as) de personas con algún tipo de adicción, las personas adictas en recuperación, los familiares de personas que trabajan demasiado, familias con algún trauma o en donde se sobreprotege demasiado y no se propicia la autonomía de los miembros, familiares de alguna persona incapacitada crónicamente o las familias de un neurótico.

Berry acota, que de acuerdo a su experiencia ha identificado por lo menos siete estilos de co-dependientes, los cuales vamos a describir seguidamente.

a. Complacientes: Son personas que tratan de ser felices a los demás, sensibles a los sentimientos ajenos, descifran las emociones de otros con exactitud, invierten energía haciendo cositas por otras personas. Empiezan con el deseo de agradar, pero posteriormente ese deseo se convierte en una responsabilidad

Señala Berry que “los complacientes se sienten responsables de la felicidad de otras personas, y cuando otros se disgustan, experimentan habitualmente sentimientos de culpa y de fracaso”

En muy cierto que ninguna persona es o tiene la responsabilidad de hacer feliz o infeliz a otra. La felicidad es una cuestión de decisión. En la experiencia profesional, este tipo de co-dependiente desarrolla un apego justificando su conducta con el amor que profesa a la otra persona (persona adicta), quien merece y necesita ser amada

- b. Rescatadores.** Las personas co-dependientes rescatadoras están tan centradas en cumplir con la tarea de rescatar a esa persona (adicta) porque la ven como la víctima, o la pobrecita que necesita ayuda, y esa ayuda hay que dársela en menoscabo del bienestar propio y de las otras personas a su alrededor, y si ya la presencia de la persona adicta genera conflictos familiares, estos se agravan con la conducta del o la rescatador (a)

"Del mismo modo que los complacientes atraen a las personas que piden algo, los rescatadores atraen a las personas en crisis. Es posible que inviertan demasiado en una o dos personas que parecen ir de crisis en crisis, de trauma en trauma. Tienden a dejar todo para ayudar a quien está en aprietos, sin tener en cuenta las dificultades que puede causarles a ellos o hasta otros que esperan ayuda. En consecuencia tal vez los rescatadores sean considerados indignos de confianza por los que quedan abandonados cuando aquellos corren al rescate". Berry (1990)

- c. Dadores.** Las personas dadoras tienen como característica principal ser generosa, "disfrutan del acto de dar", sienten gran satisfacción cuando pueden dar algo y mucha culpa al conocer las privaciones de otras personas

La misma autora señala *"como los dadores salvadores son adictos (as) a dar, y por consiguiente no pueden fijar límites realistas al dar, su tendencia es dar y dar y dar, y detenerse únicamente cuando no queda nada, salvo solo sentimientos de culpa y fatiga".*

Por otro lado, Richard J. Stenack (2004), acota que *"los dadores, dentro del contexto de las relaciones controladoras, son personas con una fuerte vivencia de inseguridad que han llegado a la conclusión de que si se esfuerzan en hacer lo bastante por los demás, conseguirán ser aceptados y valorados. Están convencidos de que tienen una especie de malformación fundamental, pero los defectos pueden ocultarse abrumando a los demás con una serie de regalos"*.

Las personas que desarrollan este tipo de co-dependencia consideran que a través del acto de dar, en cierta medida, les da poder sobre otros para controlar sus conductas y sentimientos. Viven en un auto engaño, ya que generalmente encubierto están sentimientos de baja auto estima, y el deseo de ser reconocidos (as).

El autor citado, advierte que *"es probable que no nos sorprenda descubrir que la mayoría de los dadores sean mujeres"*. Agrega que suelen encontrarse entre las profesiones humanitarias, entre esas enumera: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y maestros.

Los co-dependientes del tipo dador en las relaciones con una persona adicta, son capaces de dar todo lo que tienen para salvarlo(a) de las consecuencias negativas de la adicción. Se despojan de sus pertenencias sin mirar la afectación que esto produce al resto de la familia. Justifican su conducta manifestando que "hay que brindarle la ayuda".

d. Consejeros: Las personas que desarrollan este tipo de co-dependencia se caracterizan por ser empáticas, son atraídas por aquellos a quienes desconcierta una situación problemática y están dispuestas a ayudar, de cierta forma creen que sus consejos servirán para ver de manera diferente o desde otra perspectiva los problemas de otros. Parecieran tener un talento natural para comprender la compleja condición humana. Como señala Berry, que los (as) consejeros (as) "tienen un don especial para lograr que las personas revelen sus secretos y su dolor. Multitudes de personas ansían que se les escuche, pero hay muy pocos que lo hagan. Los consejeros escuchan. entonces la gente habla"

Este tipo de ayudador actúa de buena fe e invierte mucha energía escuchando y aconsejando, sin darse cuenta que lo que está haciendo generalmente es una manera equivocada de abordar los problemas y en especial la adicción; terminan cansados(as) y sin tiempo para sí mismo (a), pierden de vista su propia realidad, sentimientos y necesidades.

e. Protectores: Berry define que *"son personas afectuosas que traspasan los límites de lo posible. Tomándose la responsabilidad de proteger a otros, los protectores asumen algo que exceden las posibilidades humanas. Un método que usa el salvador para proteger a otros es ocultar información secreta y potencialmente perjudicial"*.

El protector (a) actúa bajo el disfraz del "amor" y la lealtad que debe profesar a esa persona apegada de manera irracional, donde el amor propio y la esencia de sí mismo se despersonaliza, se traspasa la escala de valores, y el resultado es funesto. Llega a establecer una relación malsana o enfermiza

Este tipo de co-dependiente ha aprendido a través de su desarrollo emocional *"el paradigma distorsionado y pesimista del amor: el auténtico amor, irremediablemente, debe estar infectado de adicción"*. Walter Riso (1999)

3.4. Recuperación de las personas co-dependientes

La recuperación es un proceso gradual que consiste en darse cuenta, romper las falsas creencias de tener control sobre la persona adicta (o enferma), aceptar la realidad (impotencia) y desear cambiar. Esto toma tiempo, a veces es necesario vivir una experiencia muy dolorosa (tocar un fondo) para empezar ese proceso largo y permanente. En ese camino es necesario luchar y esperar recaídas; se avanza, se encuentran desviaciones, paradas y hasta se puede sufrir accidentes. Pero se deben valorar los avances.

En la recuperación de la co-dependencia se parte de la negación de la propia persona, y poco a poco hacerse responsable de sí mismo y de su necesidad, hasta llegar a amarse así mismo, requisito indispensable para amar a otras personas, pero esto no lo puede hacer la persona co-dependiente sola. Es necesario en la mayoría de las veces buscar ayuda profesional y seguir una serie de pasos que contribuirán a la recuperación.

Entre los servicios a los cuales se puede acudir están las instituciones de salud con personal especializado o con conocimientos en el área de las adicciones y de salud mental. Además considerar la importancia de asistir a Grupos de Auto Ayuda para Familiares o Co-dependientes existentes en las comunidades.

Los Grupos de Co-dependientes se constituyen una alternativa de ayuda porque ofrecen la oportunidad de darse cuenta de que la experiencia y los sentimientos generados en la convivencia con la persona adicta (o enferma) se pueden compartir con otras personas que padecen lo mismo y sentirse comprendido ante su dolor. Se aprende a trabajar un programa sencillo con lineamientos para entender la adicción y los pasos que hay que seguir para desarrollar capacidades y voluntad para la recuperación.

Enumeraremos algunos pasos que pueden seguirse para caminar hacia la recuperación, según reagrupamos de la literatura revisada:

- Acudir a un lugar que le permita visualizar el problema con objetividad
- Reconocer la enfermedad y aceptar que uno es parte del problema.
- Reconocer que no se puede hacer nada por sí mismo.
- Aceptar ayuda espiritual.
- Aceptar la necesidad de abrirse y contar la propia historia.
- Reconocer sentimientos y trabajar en el perdón
- Buscar con ayuda las raíces de la co-dependencia
- Vivir adecuadamente un proceso de duelo por las pérdidas sufridas

- Cambiar patrones de conducta negativas
- Satisfacer de equilibrio en la vida, de relaciones y diversiones sanas, de ejercicio, buenos hábitos de alimentación
- Reemplazar el pensamiento centrado en sí mismo por el pensamiento centrado en un Ser Supremo (Dios)

Todos estos puntos se concentran dentro del programa de Doce Pasos de Recuperación de los Grupos de Auto Ayuda

CAPITULO TERCERO

**DISEÑO METODOLÓGICO
DE LA INVESTIGACIÓN**

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

“MODELO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS ADICTIVAS EN BASE A LA EXPERIENCIA DE TRABAJADORES(AS) SOCIALES DEL NIVEL LOCAL DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE”

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia señala que desde antes de Cristo, los diferentes grupos sociales enfrentaban problemas como consecuencia del uso de sustancias psicotrópicas preparadas de manera rudimentaria, que alteraban la conducta de las personas de tal forma que hacían cosas no consideradas como “normales”. Se tomaban ciertas acciones con estas personas, como encerrarlas o quemarlas (sacrificarla) con la explicación de que se encontraban endemoniadas dado que no se lograba entender por qué ellos tenían esos comportamientos fuera de la realidad a diferencia de otras personas que usaban las mismas sustancias y no presentaban estas conductas

Con el transcurrir de los siglos el problema se agudizó con la producción del alcohol y el aumento de personas consumidoras que justificaban la utilización del alcohol como un medio de socialización (en reuniones, celebraciones y otras).

Posteriormente las poblaciones introducen el consumo de otras sustancias tóxicas como la marihuana, la cocaína (en todas sus variaciones) y otros psicotrópicos que producen desórdenes mentales y del comportamiento, y

consecuentemente trascienden, afectando la salud, la familia, la economía y el ámbito macro social.

En las últimas décadas los científicos han prestado mayor interés en los comportamientos y trastornos producidos por el uso de sustancias naturales o sintéticas, de uso médico o no, de carácter legal o ilegal, que producen efectos psicoactivos y cuyo uso consistente determina tolerancia y dependencia, denominando esta condición como la enfermedad de la adicción

Ricardo González M. (2002) señala *"las drogadicciones constituyen una de las grandes tragedias del mundo actual, solo comparable - en lo referente a significación humana - con las guerras, las hambrunas y la miseria"*.

El mismo autor continúa diciendo que.

"Las potencialidades nocivas de estas afecciones - llamadas también farmacodependencias, abuso de sustancias, toxicomanías, toxicodependencias, toxicofilias o trastornos debido al consumo de sustancias psicotrópicas - son de tal magnitud que el nivel de sufrimiento, invalidez y muerte que determinan es equivalente al asociado a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer. Resulta espeluznante, además reconocer que en países desarrollados, la mitad de las camas hospitalarias dedicadas a la atención de adultos se ocupan actualmente por personas con adicciones o complicaciones relacionadas con estas"

Trabajo Social tiene una gran participación en todo lo relacionado a la atención de las familias, centrando la intervención en la Teoría sistémica, donde los holones son parte de un todo. Ello ha permitido comprender las interrelaciones entre los problemas humanos psicosociales que transforman las estructuras y funciones familiares

Confrontamos una realidad poco alentadora en torno a la familia panameña afectada por las adicciones. Su abordaje se realiza con acciones institucionales segmentadas, no considerando un programa global e interdisciplinario que logre la participación activa y fuerza viva de la familia; es decir que existen limitaciones para realizar acciones que se dirijan a fortalecer la integración familiar, y por consiguiente el bienestar colectivo.

Por todo lo anterior y nuestra experiencia en el Instituto Nacional de Salud Mental, especializado en la atención integral de la adicción con enfoque familiar, conociendo las características del nivel local de salud, nos interesó:

- ¿Cuáles son las características de la intervención de Trabajo Social en materia de adicciones?
- ¿Quién es el sujeto de intervención de Trabajo Social en este ámbito (paciente y/ o familia adictiva)?
- ¿Cuál es la metodología utilizada por la unidad de análisis en la intervención de las adicciones (técnicas e instrumentos)?

3. JUSTIFICACIÓN:

La familia ha sido y sigue siendo uno de los más grandes temas objeto de estudio, por todas las ciencias humanas, por lo que existe un amplio marco de referencia investigativo sobre el tema. Es el grupo primario más importante en la vida de toda persona y la institución social más estable en la historia de la humanidad.

Las situaciones sociales que en la actualidad afectan y deterioran la sanidad y el funcionamiento de la vida familiar en nuestra sociedad, requiere de estudios y propuestas de intervención profesional para el abordaje integral-sistémico, enfocando aspectos de relevancia y urgentes respecto a la fenomenología familiar

Los tiempos actuales exigen y demandan cambios sustanciales, para enfrentar los problemas humanos, sociales y psicológicos que generan en ella los procesos de cambio que transforman su estructura y sus funciones dando origen a múltiples problemas que afectan gravemente a sus miembros, influyendo de manera inmediata, dramática y significativa la vida familiar

Ante este complejo y dinámico mundo de cambios radicales, los profesionales que trabajamos con la familia nos enfrentamos a un trabajo dinámico, donde cada intervención se convierte en retos para alcanzar los niveles de bienestar y calidad de vida que nuestra sociedad demanda.

Esto implica necesariamente plantearse serias y significativas interrogantes reflexivas acerca de la importancia de realizar estudios con una perspectiva integral holística y sistémica de los procesos familiares

El trabajo sistémico es una alternativa práctica para contribuir en la atención y tratamiento de los problemas y conflictos familiares, constituyéndose en una útil alternativa para enfrentar las crisis familiares, ya que atendiendo a la familia como un todo se facilita el cambio de las personas que atendemos bajo un enfoque terapéutico.

En la medida en que los especialistas en familia, logren una capacitación y actualización integral y ecléctica para detectar, atender, intervenir y brindar tratamiento terapéutico sobre asuntos que inciden en las relaciones e interacciones familiares, se podrá, obtener resultados más eficientes y eficaces en nuestro trabajo profesional

En relación al tema específico de estudio, nos interesa investigar y analizar las acciones referidas al abordaje e intervenciones del quehacer del profesional de Trabajo Social en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre; específicamente en el campo de las adicciones.

En la actualidad se carece de estudios relacionados a la intervención de Trabajo Social en el campo de las adicciones, a pesar de que no es un problema nuevo la afectación en la familia en este complejo problema que proporcionalmente va creciendo en el país con la manifestación de otros comportamientos adictivos

A través de esta investigación pretendemos realizar un estudio científico, sistemático, reflexivo y crítico basado en las proposiciones hipotéticas y las relaciones que pueden existir entre factores y acontecimientos, para que a través de la interpretación de los hechos, se generen acciones que sirvan de sustento para proponer cambios dentro del contexto y la realidad del objeto de nuestro estudio.

El nuevo rol del profesional de trabajo social constituye una pieza esencial y clave en el abordaje e intervenciones de las adicciones por lo que se ha

considerado importante ofertar una propuesta de intervención para los profesionales en las áreas geográficas objeto del estudio

Urge el diseño de políticas familiares a través de programas sociales donde se promuevan acciones que conlleven al bienestar familiar de manera colectiva e integral.

4. OBJETIVOS.

4.1. Generales

- Describir la intervención profesional que realizan trabajadores(as) sociales de los niveles locales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre con las familias adictivas
- Diseñar una propuesta de intervención desde el trabajo social en el sector salud para el tratamiento de las familias adictivas

4.2. Específicos

- Señalar las características generales de los profesionales de Trabajo Social que laboran en el nivel local del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.
- Describir la metodología de intervención que utilizan con las familias adictivas los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el nivel local del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre

- Revisar los modelos terapéuticos de intervención familiar que aplican en tratamiento de las familias adictiva los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el nivel local del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.
- Identificar las actividades que realizan los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el nivel local del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre con las familias adictivas
- Identificar las técnicas e instrumentos de evaluación que utilizan los y las profesionales de Trabajo Social que laboran en el nivel local del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre en su intervención con las familias adictivas.
- Construir los elementos esenciales de la intervención profesional del trabajo social familiar en salud dirigida a las familias adictiva

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Las hipótesis configuran el puente entre la teoría y la investigación, lo cual facilita a través de los hallazgos significativos al desarrollo de la ciencia. La hipótesis se constituye en la brújula directriz de la investigación, y una vez comprobada debe generar nuevos y ricos conocimientos que pasan a formar parte del mundo del saber humano

La hipótesis planteada para efecto de nuestra investigación fue.

- ❖ *Los trabajadores(as) sociales de los niveles locales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre no intervienen con las familias adictivas.*
- ❖ *Los trabajadores(as) sociales de los niveles locales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre si intervienen con las familias adictivas.*

Variable a estudiar:

La Intervención Profesional Con Las Familias Adictivas

6. COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Ítems
Características generales de la población en estudio	Atributos que distinguen a un sujeto u objeto	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado conyugal</p> <p>Titulos universitarios obtenidos</p>	<p>Menor de 30 años</p> <p>De 30 a 34 años</p> <p>De 35 a 39</p> <p>De 40 a 44</p> <p>De 45 y mas</p> <p>Hombre</p> <p>Mujer</p> <p>Soltero/a</p> <p>Unido/a</p> <p>Casado/a</p> <p>Separado de Unión</p> <p>Separado de matrimonio</p> <p>Licenciatura</p> <p>Post grado</p> <p>Maestría</p> <p>Otro</p> <p>Católico</p> <p>Evangélica</p>

		Religión Años de servicio en salud	Musulmán Budista Testigo de Jehová Mormón Otro De 1 a 3 años De 4 a 9 años De 10 a 15 De 16 a 21 años De 22 y más
Intervención profesional del Trabajador /a Social con las familias adictivas	La intervención en Trabajo Social se puede entender como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos con procedimientos metodológicos en fundamentaciones que la sustentan. Supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas: se identifican sujetos, situaciones y circunstancias; se reconocen diferentes realidades subjetivas construidas mediante representaciones y	Tipo de acción realizada por el o la T.S. Persona que solicitó la intervención Sujeto de atención Procedimiento Metodológico	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación individual • Orientación Familiar • Psico-educación • Asistencialismo • Coordinación y remisión a recursos externos a la familia • Consejería • Terapia individual • Terapia Familiar • Evaluación Familiar • Entrevista social • Visita y asistencia domiciliaria Persona adicta Madre Padre Cónyuge Hermana /o Abuela Abuelo Otro familiar Otra personas <ul style="list-style-type: none"> • El o la paciente adicto/a. • La familia coresidente • El sistema familiar <ul style="list-style-type: none"> • Método de trabajo social • Metodología de tipo

	<p>comprensión interna de los hechos, desde perspectivas particularizantes; se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados (Corvalán, 1996).</p>	<p>Situación o problemática de la familia.</p>	<p>terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados con el uso del alcohol • Alcoholismo • Problemas relacionados con el Consumo de drogas ilícitas • Adicción al Consumo de drogas ilícitas • Ludopatía • Otras adicciones.
<p>Metodología de intervención utilizadas por los profesionales de Trabajo Social</p>	<p>Conjunto concertado de operaciones o Proceso que ejecuta el o la Trabajador /a Social para alcanzar un fin u objetivo en la atención de las familias adictivas.</p>	<p>Proceso basado en el método de trabajo social</p> <p>Proceso basado en la metodología de tipo terapéutico.</p>	<p>Fases del método de T.S.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio • Diagnóstico • Plan de Acción • Ejecución(tratamiento) • Evaluación • Fase de entrada • Establecimiento de las hipótesis • Establecimiento de los objetivos terapéuticos y el contrato • Fase de Indagación • Fase de Encuadre • Valoración y evaluación de la situación • Fase de tratamiento • Establecimiento del plan terapéutico o diseño de la intervención • Fase de Acción • Sesiones terapéuticas • Asignación de tareas o directivas • Evaluación

<p>Modelo de atención terapéutica</p>	<p>Marco de orientación para diseñar estrategias con finalidad curativa o terapéutica a individuos, grupos y familias.</p>	<p>Modelos de atención terapéutica de tipo individual</p> <p>Modelos de atención terapéutica de tipo grupal</p> <p>Modelos de atención terapéutica de tipo familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización • Clínico-normativo • Socio conductista • Intervención en crisis • Modelo ecléctico <ul style="list-style-type: none"> • Modelo clínico aplicado a la atención grupal Grupo terapéutico Comunidad terapéutica • Modelo socio-educativo-promocional Sesiones educativas con los /as adictos /as. Sesiones educativas con los /as familiares de los /as adictos /as. <p>Terapia familiar Modelo Sistémico (comunicación-interacción)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo Existencial • Modelo Estructural • Modelo Psicodinámico • Modelo Estructural-estratégico • Modelo de Bowen • Modelo de la Escuela de Milán • Terapia Estratégica breve
<p>Estrategias</p>	<p>Propuesta para la transformación de una situación.</p>	<p>Capacitación</p> <p>Conocimiento de Recursos comunitarios para la atención de</p>	<p>Actividad educativa a cerca de las adicciones dirigida a las familias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institucionales para la atención y tratamiento de las adicciones Hospitales Centros de de Salud

		<p>las adicciones</p> <p>Atención integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ONG's • Grupos de auto ayuda N.A / A.A. • Grupos de Familiares • Otros • Atención médica (chequeo y controles de salud) • Atención por un equipo de salud mental (Psiquiatra, Trabajo Social, psicología) • Atención nutricional • Atención espiritual • Terapia ocupacional • Enseñanza de habilidades sociales • Atención a otras morbilidades o problemas que presenten • Atención a la familia • Incorporación a grupo de autoayuda
<p>Actividades</p>	<p>Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.</p>	<p>Tareas realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de ingreso • Entrevistas individuales • Entrevistas con los familiares • Entrevistas con colaterales • Gestión de recursos intra - institucional • Gestión de recursos extra- institucional • Redacción de informes sociales • Discusión de los casos con el equipo multidisciplinario • Consejería educativa • Orientación individual • Orientación familiar

			<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con los pacientes • Reuniones familiares • Llenado de documentación • Visitas Domiciliaria • Contactos telefónicos • Realización de encuentros • Realización de actividades educativas • Realización de actividades socio-culturales • otras
Técnicas de intervención	Procedimientos o medio sistematizado de organizar y desarrollar actividades que nos ayuden a lograr un propósito definido durante la intervención.	Tipo de técnica utilizada por el o la trabajadora social	<ul style="list-style-type: none"> • La Entrevista • Sostén y apoyo • Confrontación • Mediación • Parafraseo • Clarificación y Recapitulación • Preguntas circulares • Narración de cuentos metafóricos
Instrumentos de evaluación de la dinámica familiar	Son recursos estructurados en la intervención familiar que permiten recopilar información sobre la estructura funcionamiento de la familia y la identificación de la situación actual, posibles recursos para determinar estrategias de intervención	Tipo de herramienta estructurada que utiliza el o la Trabajador /a Social para recopilar información sobre la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta Índice • Genograma o Familiograma • Ecomapa • Cronograma Familiar • Mapa de redes • APGAR familiar

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de Estudio

El estudio se fundamenta en una investigación aplicada ya que se interesa en la aplicación, utilización y los resultados de los conocimientos para buscar elementos, hacer, actuar o modificar situaciones particulares

El estudio está considerado en base al análisis y alcance de los resultados como de tipo descriptivo-exploratorio y analítico. Es descriptivo, ya que parte de la base de investigar y determinar la situación respecto al nivel de la intervención profesional del Trabajo Social con las familias adictivas. Busca describir determinadas características de los elementos sometidos al estudio, sin realizar comparaciones de ninguna clase respecto a otros grupos. Se circunscribe a examinar, estudiar y predecir un hecho definido o específico. Se considera exploratorio porque está dirigido a lograr un esclarecimiento y delimitación del problema que no está bien definido. Este tipo de estudio nos permitirá descubrir y aproximarnos a un fenómeno desconocido, de acuerdo a los antecedentes que se tenga del hecho por la previa investigación del hecho y de los criterios de la persona que investiga.

Consideramos de igual forma que el estudio es de tipo analítico, ya que pretende conducir a una mejor comprensión o entendimiento de la intervención de Trabajo Social en materia de adicciones.

Con esta intención se pretende introducir de acuerdo al tipo de la ocurrencia del hecho y registro de la información en una clasificación de estudio retrospectivo, ya que busca indagar sobre hechos o situaciones, ya acaecidos o que han ocurrido en el pasado.

7.2. Universo y Muestra

El universo lo constituye el conjunto de personas de los que se desea conocer algún hecho o situación determinada, con características susceptibles a ser estudiada. El universo es el grupo de elementos al que se generalizarán los hallazgos.

. En nuestro estudio el universo lo constituyó los 10 profesionales de Trabajo Social, que laboraban en los niveles locales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre en el momento que se realizó.

7.3. Recolección de los Datos

La información obtenida fue producto de la revisión documental de las fuentes bibliográficas y fuentes primarias por medio del contacto directo con los sujetos de estudio.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la aplicación de un cuestionario.

Para validar la calidad del instrumento se efectuó una prueba piloto del mismo antes de la aplicación final, con el propósito de verificar la calidad de las preguntas en términos de la comprensión y realizar la adecuación de las preguntas, en caso necesario, al igual que la disposición y tiempo para llenar el instrumento.

Una vez se aplicó la prueba se sometió a discusión con la profesora asesora y se efectuó las correcciones pertinentes.

7.4. Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos se tabularon manualmente y la información se presenta a través de gráficas estadísticas. Esta información se analizó de manera cuantitativa (en base a la distribución porcentual de las variables) y cualitativamente

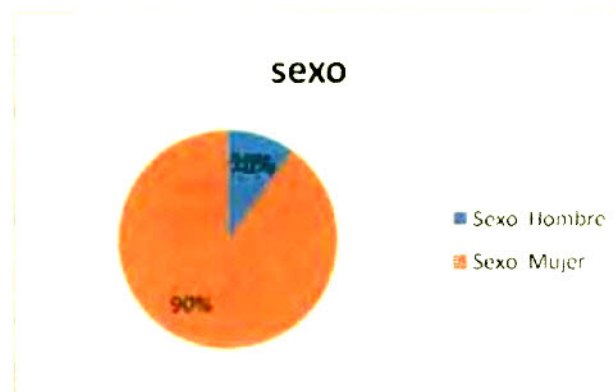
CAPÍTULO CUARTO
ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS /AS TRABAJADORES /AS SOCIALES ESTUDIADOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE.

1.1. Sexo y Edad

Gráfica N° 1

SEXO DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

La población general de profesionales de Trabajo Social de la Región de San Miguelito guarda un comportamiento similar a la composición de profesionales

que componen la carrera de trabajo social, donde el sexo predominante son las mujeres

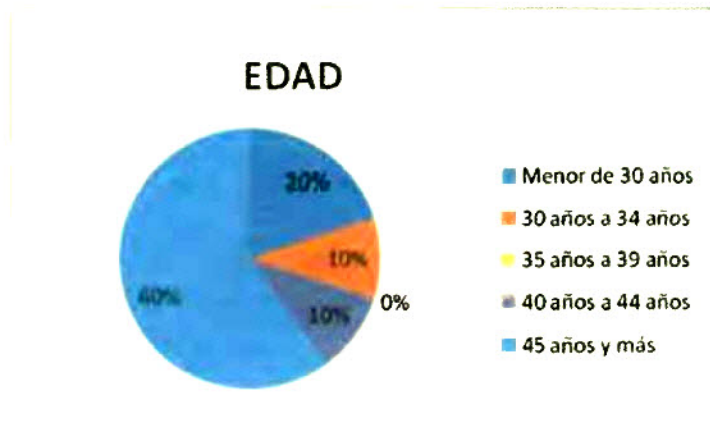
En este caso en particular vemos el 90% son mujeres y el 10% hombre

Desde el punto de vista de género, tradicionalmente existen los prejuicios con respecto a ciertas profesiones relacionadas al sexo, aquellas que dentro de su quehacer denotan mayor sensibilidad social humana serán mejor desempeñadas por las mujeres, por el contrario las que requieren de mayor fuerza física son consignadas para hombres. De igual forma las tareas que ameritan estar más tiempo fuera del hogar, y hasta mayor esfuerzo cognitivo son para los hombres.

Estas actitudes del imaginario social están cambiando de una manera lenta, debido a la serie de movimientos que diversos grupos realizan y como consecuencia ya incursionan más hombres a carreras que específicamente eran tradicionalmente desempeñadas por las mujeres y viceversa

Gráfica N° 2

EDAD DE LOS Y LAS TRABAJADORES /AS SOCIALES DE LOS NIVELES LOCALES DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

La mayoría de los profesionales de Trabajo Social en el estudio, o sea un 70%, es una población adulta que sobrepasan los cuarenta años. No hay ningún profesional de Trabajo Social en esta Región en las edades comprendidas de 35 a 39 años.

En esta etapa de la vida generalmente ya se ha formado una familia y se ha alcanzado la madurez individual.

1.2. Creencia Religiosa

Este aspecto es sumamente importante por los valores transmitidos y patrones de conducta asignados de acuerdo a la religión profesada. El 100% de la población entrevistada señaló ser católicos.

1.3 Estado Civil

Gráfica N° 3

ESTADO CIVIL DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



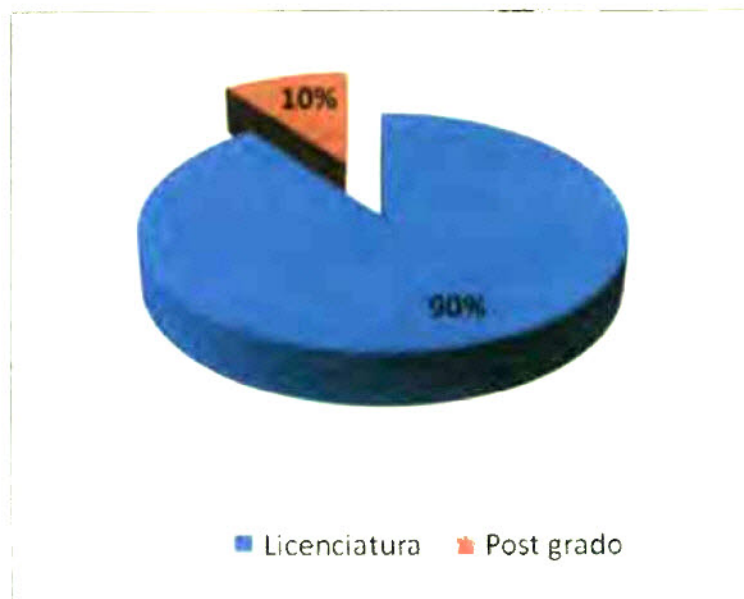
Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

Con respecto al estado civil, el 40% se mantiene soltero, es decir declararon no tener una relación marital; el 50% contestó estar civilmente casado y un 10% mantiene una relación de unión marital.

1.4. Estudios Universitarios

Gráfica n° 4

TÍTULO UNIVERSITARIO OBTENIDO POR LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

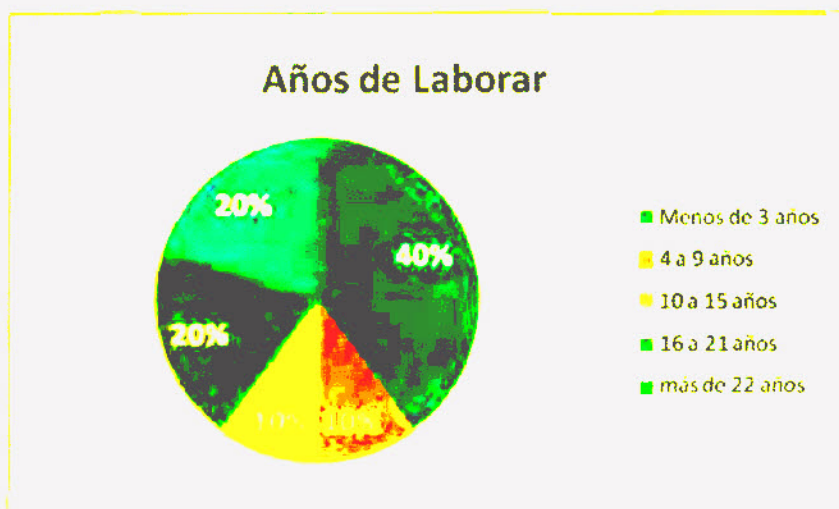
En la gráfica N° 4, observamos que la mayoría (90 %) de los y las profesionales de trabajo social que laboran en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, solamente tienen título universitario a nivel de licenciatura y únicamente un 10 % se ha especializado a nivel de Post Grado en Bienestar Familiar.

Si tomamos en consideración la compleja problemática que confrontan las familias contemporáneas, y especialmente la de este distrito, vemos que la oferta de servicios de Trabajo Social no es cónsona a los desafíos de los servicios de atención que demanda el sistema familiar

1.5 Años de Servicio

Gráfica N° 5

AÑOS DE LABORAR DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

La gráfica nos indica que los y las profesionales de trabajo social que forman parte del estudio, con respecto a su vida laboral en el sistema de salud su distribución es heterogénea, dado que tenemos un 40% de los profesionales que están iniciando a desempeñar el cargo, un 20% que han generado cierta experiencia

comprendido en un intervalo entre cuatro y quince años de labores y 40% de profesionales con mucha experiencia.

Si tenemos en cuenta que esta variable (experiencia laboral), es un factor importante al momento de intervenir porque le permite al profesional poder comprender las situaciones que deben enfrentar en su diario quehacer, erróneamente podríamos concluir que con dicha experiencia tendrían las destrezas necesarias para intervenir con las familias a las cuales brindan atención, sin embargo, tenemos claro que la experiencia o praxis debe de ir de mano con la teoría porque los conocimientos y la realidad social que debemos intervenir son cambiantes, lo que demanda la frecuente capacitación y actualización de conocimientos. En base a lo descrito en la gráfica anterior, podemos concluir que dichos profesionales requieren en materia de intervención familiar ser reforzado a nivel de capacitación

2. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE LOS Y LAS TRABAJADORES /AS SOCIAL EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011

2.1. Personas que solicitan la ayuda profesional

Gráfica N° 6

PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL ANTE UN PROBLEMA DE ADICCIÓN EN LA FAMILIA, SEGÚN LOS Y LAS PROFESIONALES ENCUESTADOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, LasCumbres y Chilibre

Según los profesionales encuestados, el 70% de las personas que solicitan la atención de trabajo social ante un problema de adicción en la familia es algún familiar de la persona que consume droga o presenta alguna adicción. De este grupo el 50% son ambas o alguna de la figura parental, siendo mínimo el porcentaje en donde la persona con problema relacionado al consumo de drogas o adicta es el que solicita la atención.

El especialista en adicciones, Dr. Carlos Smith (Médico Psiquiatra Adiccioniasta en el Instituto Nacional de Salud Mental-MINSA), en diferentes disertaciones de tipo académico ha expresado que cuando aparece una persona con adicción, "**solo se ha agravado el problema familiar**", es decir que independientemente quien busque ayuda es una situación del sistema familiar que amerita una intervención.

Los especialistas en Terapia Familiar, como Bowen, Whitaker, Satir y otros, en su teoría o en sus modelos de intervención, hablan del **portador del síntoma, de la persona identificada**, pero todos describen a la situación como un problema del sistema familiar.

A pesar que en las respuestas obtenidas donde solo un 10% corresponden al cónyuge como persona que en primera instancia busca la atención, la experiencia en el Instituto Nacional de Salud Mental, en el Programa de Tratamiento a la Familia, la persona que más acude a las terapias y que más afectada está, es

quien tiene el rol de cónyuge, especialmente la esposa o pareja mujer en la relación marital; esta figura es quien presenta mayor grado de codependencia

2.2. Percepción de los Trabajadores Sociales sobre los sujetos de atención en caso de adicción.

Gráfica N° 7

SUJETO DE INTERVENCIÓN ANTE UN PROBLEMA DE ADICCIÓN, SEGÚN OPINIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011.



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

El 70 % de los y las profesionales de trabajo social encuestados consideran a la familia como sujeto de intervención en el campo de las adicciones. Es significativo que un 30 % de estos profesionales se centran en una intervención individual, dejando al margen a la familia.

En materia de intervención en el campo de las adicciones esto es preocupante porque como es sabido tanto el individuo como la familia se afectan mutuamente (adicción – co-dependencia) y en su tratamiento se requiere intervenir a nivel individual como a nivel familiar.

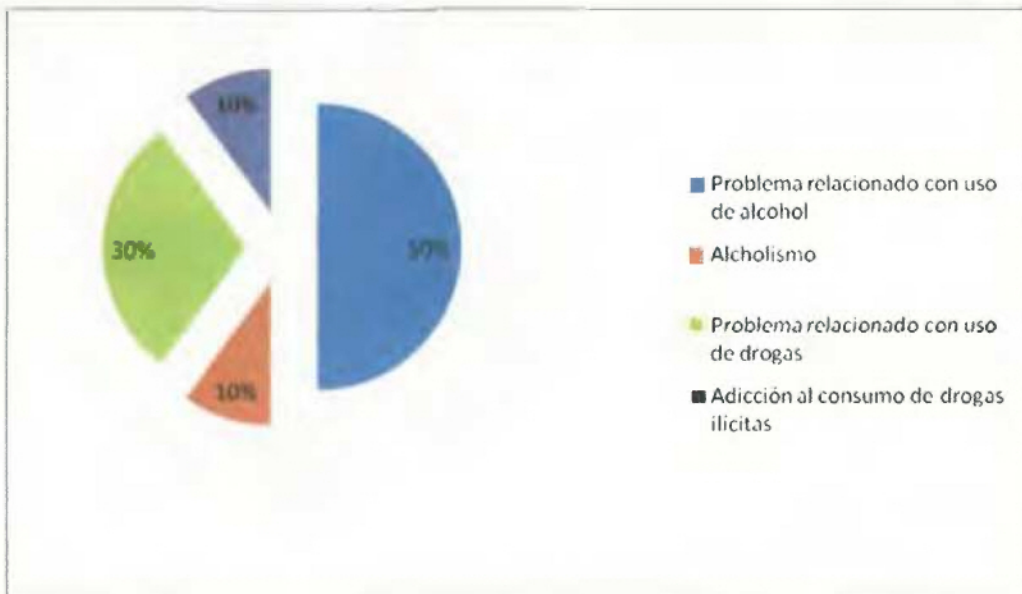
En la experiencia profesional en el Campo de las Adicciones, observamos la que la familia se afecta a tal grado que presenta mayores síntomas de enfermedad y se hace muy difícil la recuperación de la persona adicta.

En el sector salud específicamente se hace necesario ofrecer oportunidades de capacitación al personal que interviene directamente con las familias para que así pueda lograrse los objetivos de la promoción de la salud y la prevención de situaciones críticas a nivel individual y familiar.

2.3. Motivo de Consulta

Gráfica N° 8

MOTIVO DE CONSULTA RELACIONADOS A LAS ADICCIONES SEGÚN OPINIÓN DE PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

En un 80% de los casos refieren los y las trabajadores/as sociales que las personas buscan ayuda cuando presentan un problema relacionado con el uso de alcohol o de otras drogas. Solamente un 20% son las personas que acuden a solicitar ayuda presentando ya un enfermedad de adicción. Teniendo en cuenta el nivel de atención donde los trabajadores sociales encuestados prestan los servicios es razonable que se presenten estos porcentajes, dado que las personas

que sufren de la enfermedad de la adicción deben ser tratadas a otros niveles más especializados. Ya sea a nivel de los programas que se desarrollan en el sector público o de las ONGs

La población que busca ayuda por presentar problemas relacionados al consumo de alcohol o drogas representan una oportunidad en los profesionales de trabajo social de realizar una intervención a nivel de rehabilitación para detener el consumo y evitar que el sujeto y la familia lleguen a enfermar (adicción – co-dependencia). Además pueden desarrollar programas a nivel preventivo con niños, adolescentes y población en general

La adicción es una de las enfermedades más difícil de aceptar tanto en la persona que la padece como en la familia debido a los prejuicios, mitos y sobre todo por el componente de negación, perpetuando así las posibilidades de buscar ayuda de una manera temprana y adecuada

2.4 Acciones Realizadas

Tabla N° 1

ACCIONES REALIZADAS POR TRABAJADORES(AS) SOCIALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES AÑO 2011

<i>Acciones realizadas en la atención de las adicciones en orden de importancia</i>	<i>Frecuencia de respuestas (múltiples)</i>
Entrevista individual	10
Visita domiciliaria	10
Coordinación, gestión de recursos y remisión	9
Orientación familiar	8
Consejería y asesoría	6
Educación en salud	4
Terapia individual y familiar	4
Orientación individual	4
Informe social	3
Evaluación familiar	2
Referencias a grupos	1
Otras	3

Fuente. Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, LasCumbres y Chilibre

La entrevista individual y la visita domiciliaria son las principales acciones realizadas en la atención de las adicciones, ambas con el 100% de respuestas; en este sentido cabe señalar que ambas acciones permiten al profesional recolectar los datos e información necesaria en la fase de estudio del Método de Trabajo Social

Coordinación, gestión de recursos y remisión es la segunda actividad en importancia que realiza la población objeto de estudio. Esta acción está

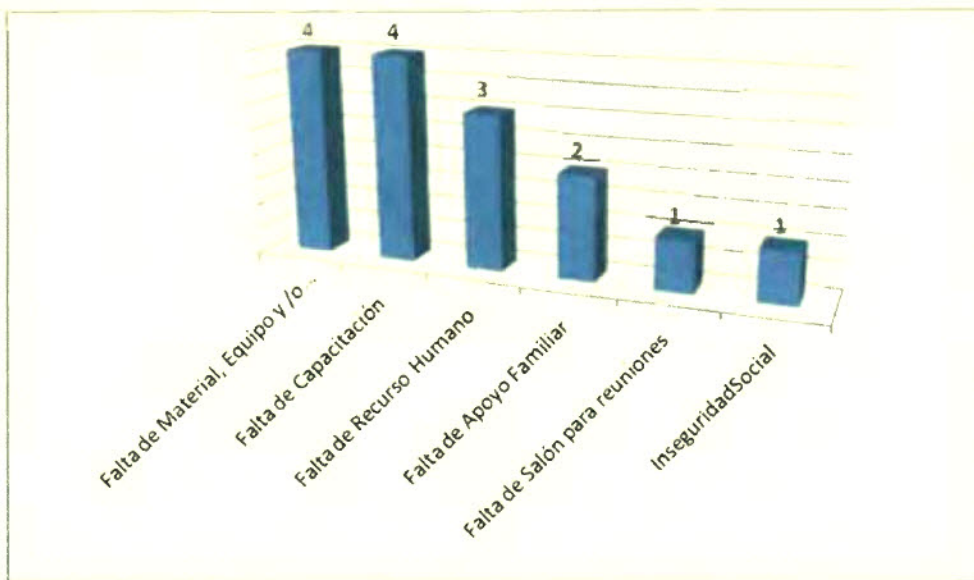
relacionada al rol de movilizador de recursos en la solución de los problemas presentados por el sujeto de intervención

En la tabla podemos observar un porcentaje más o menos similar entre las acciones (fase de ejecución) relacionadas con la educación (orientación familiar, educación familiar y psico - educación) La educación es una de las estrategias que desarrolla el o la Trabajador (a) Social en su intervención como agente de cambio, en la búsqueda de la transformación de la realidad

2.5. Percepción de las limitaciones para trabajar en el área de las adicciones

Gráfica N° 9

LIMITACIONES PARA TRABAJAR EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES, EXPRESADAS POR LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

Las principales limitaciones (respuestas múltiples) para la atención de las personas que acuden con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas o adicción que refieren los y las trabajadores sociales son la falta de capacitación y la falta de material, equipo y /o transporte.

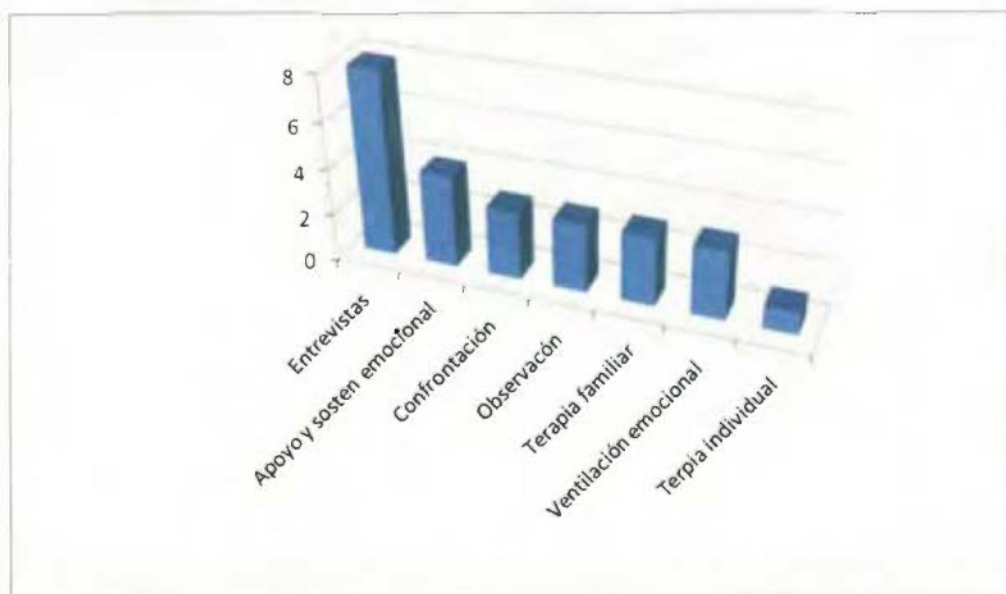
Si relacionamos esta gráfica con la gráfica N° 4 referente a títulos universitarios obtenidos de la población estudiada, colegimos que existe la necesidad de preparación y capacitación del recurso humano para poder abordar la problemática de las adicciones, siendo esta una de las enfermedades de principios del siglo

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL CON LAS FAMILIAS ADICTIVAS DURANTE LA INTERVENCIÓN

3.1. Técnicas aplicadas

Gráfica N° 10

TÉCNICAS APLICADAS POR TRABAJADORES (AS) SOCIALES DURANTE LA INTERVENCIÓN. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

La gráfica N° 9 presenta las técnicas que se aplican durante la intervención en los casos de adicciones (respuestas múltiples), siendo la entrevista en la de mayor respuesta.

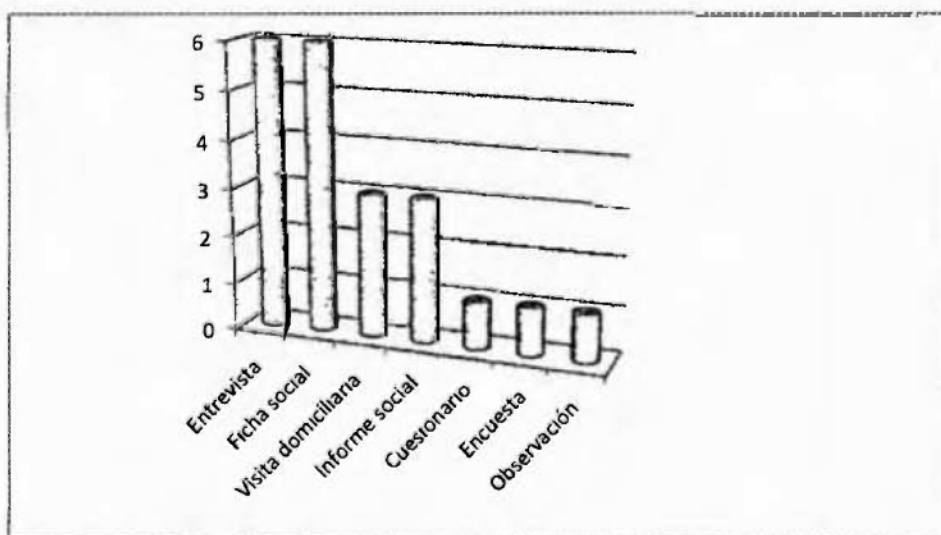
La entrevista, además de ser una acción, es una de las técnicas básicas del Trabajo Social, con ella se establece el contacto con la persona en el proceso de ayuda durante la intervención profesional

El resto de respuestas corresponden a técnicas que se pueden ejecutar durante la interacción dinámica entre el (la) Trabajador (a) Social y el (la usuario (o) en la búsqueda de la solución de la situación objeto de la atención y aplican indistintamente a los diversos modelos de intervención social, como son apoyo y sostén emocional, observación, confrontación, ventilación emocional. La terapia individual y la terapia familiar más que una técnica es una forma de intervención o procedimiento.

3.2. Herramientas de para la Recopilación de Información

Gráfica N° 11

HERRAMIENTAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN UTILIZADAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS Y FAMILIAS CON ADICCIÓN POR LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, LasCumbres y Chilibre.

Dentro de las diferentes herramientas que utilizan los y las trabajadores sociales que laboran en el Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, en la atención de personas y familias con adicción, resaltan el

uso de la ficha social y la técnica de la entrevista, utilizadas en ambos casos en igualdad en las respuestas dadas

La información presentada nos indica la no utilización de herramientas específicas y de gran utilidad para la intervención familiar, tales como: el genograma o familiograma, ecomapa, cronograma familiar, entre otras, que a la vez que sirven para recolectar información valiosa sobre el estructura familiar ayudan a evaluar la composición, dinámica y evolución de dicho sistema

Mientras que se registra una igualdad en la utilización de informes sociales y visita domiciliaria. El primero, documento exclusivo de la profesión que reúne las condiciones de vida del paciente y necesidad de apoyo institucional; y el segundo una estrategia de investigación en el campo de las interacciones y ambiente donde se desenvuelve el sujeto de atención

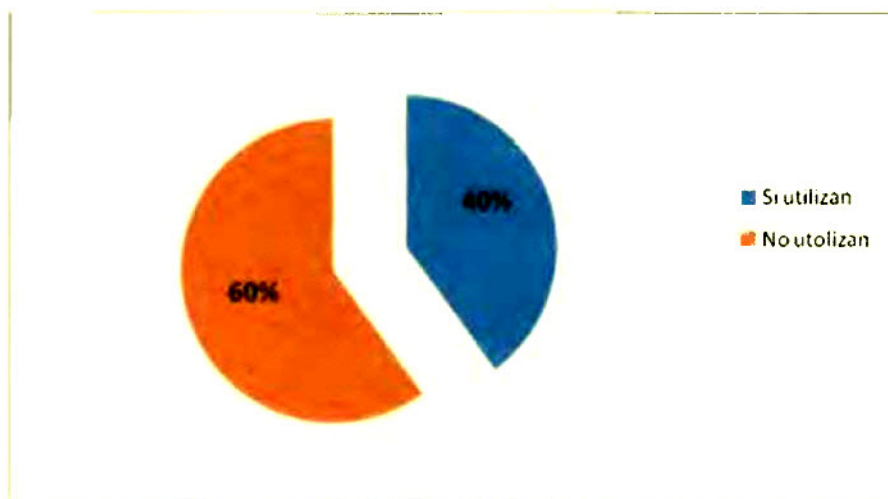
En última instancia el cuestionario, la encuesta y la observación, que constituyen procesos de investigación importantes para el quehacer profesional

4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA POR PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

4.1. Descripción del Procedimiento Metodológico

Gráfica N° 12

UTILIZACIÓN DE UN MÉTODO BÁSICO EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES POR TRABAJO SOCIAL. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito

El 60 % de las respuestas dadas por los y las profesionales de trabajo social al respecto revelaron la no utilización de un método en la intervención con las personas y familias con problemas en consumo de alcohol o drogas y adicción. Tan solo un 40 % describió el desarrollo de las fases del método de trabajo social

en su intervención con esta población, y por ende se sobre estima que para intervenir hacen uso del método de trabajo social

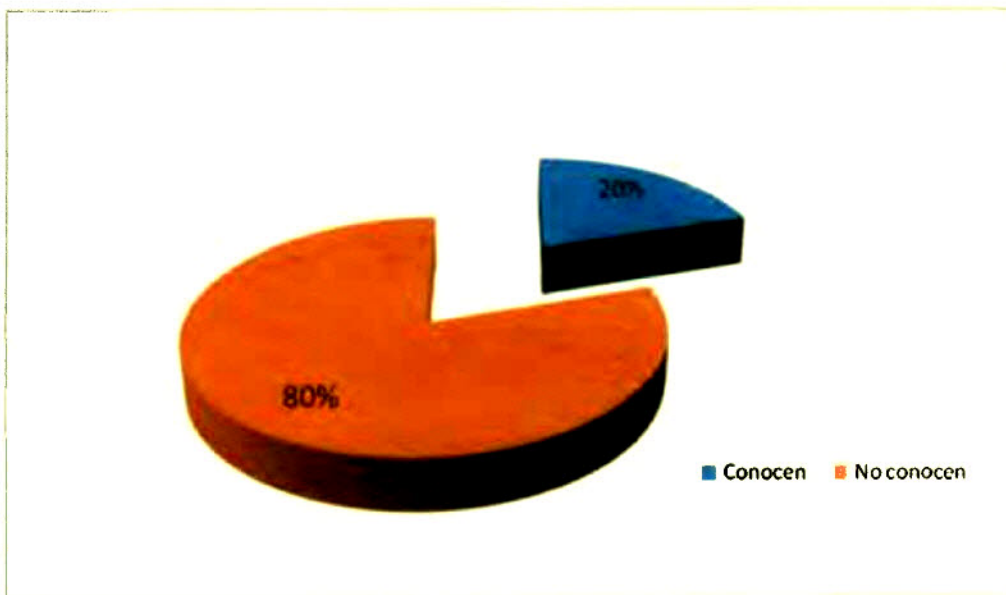
En resumen podemos observar que en su mayoría los profesionales de trabajo social en el campo del tratamiento de personas y familias en materia de adicción realizan una serie de actividades sin una orientación de un método que guíe su intervención

En relación a esta pregunta, los encuestados en su mayoría describen los procedimientos internos de la institución en relación a la atención de casos, incluyen técnicas utilizadas (como orientación, asesoría, otras), acciones (como visitas domiciliarias, redacción de informes, relatos, otras) y referencias internas y externas Solamente señalan algunos aspectos del Método de Trabajo Social como es el diagnóstico y plan de acción como parte del abordaje social

4.2. Conocimiento de los Modelos de Atención Terapéuticos

Gráfica N° 13

CONOCIMIENTO DE LOS MODELOS TERAPÉUTICOS DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL QUE LABORAN EN EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE. AÑO 2011



Fuente: Cuestionario aplicado a Trabajadores/as Sociales del nivel local de La Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre.

El 80 % de los y las profesionales de Trabajo Social encuestados /as manifestaron no conocer los modelos de atención terapéutico (individual, grupal o familiar), tan solo un 20 % hizo referencia de conocer alguno de estos modelos.

De estos últimos mencionaron el conocer la existencia de un Modelo de Intervención en Crisis y el Modelo de Terapia Familiar. Solo una persona manifestó hacer uso en la práctica de un modelo, siendo este el Modelo de Terapia Familiar, sin especificar exactamente a qué fundamento teórico se refiere. En dicho caso este o esta profesional corresponde al que posee la especialización en Bienestar Familiar.

El alto porcentaje de desconocimiento sobre los modelos de atención ha llevado a estos profesionales a no utilizar ninguno en su quehacer profesional.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR DEL TRABAJO SOCIAL CON LAS FAMILIAS ADICTIVAS.

1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1.1 Aspectos Conceptuales

El Trabajo Social, al igual que otras profesiones ha trascendido su práctica y teoría como consecuencia a las crisis que emergen y se visualizan en las diferentes unidades sociales de intervención por las transformaciones estructurales producidas por el modernismo y los efectos de la globalización. Es así como la profesión se ha visto precisada a articular y reformular nuevos aspectos metodológicos en su práctica, abordajes e intervención profesional.

El y la profesional de trabajo social debe estar consciente de la importancia de estar preparado(a) para intervenir con un enfoque sistémico y siguiendo toda una metodología de análisis en su praxis con el propósito de producir un impacto ante las problemáticas sociales que afectan a la familia, especialmente en el caso de las drogodependencias y adicciones en general.

La familia como sistema sufre las consecuencias del consumo de drogas en uno o varios miembros, y al verse afectada, después de intentos fallidos, buscan ayuda en diferentes servicios de orientación y apoyo llegando de esta forma a demandar los servicios de Trabajo Social.

Intervenir en esta área específica exige determinadas competencias cognitivas, técnicas y personales del profesional de trabajo social que

fundamenten todas las acciones instrumentales, metodológicas y éticas que permitan alcanzar los resultados y productos en los procesos de trabajo

Perfil del Profesional de Trabajo Social en adicciones.

El profesional de Trabajo Social que interviene con el sistema familiar en el área de adicciones requiere poseer las siguientes competencias

a. Cognitivo

- Poseer título en licenciatura en Trabajo Social
- Post-grado, Cursos y/ o diplomados en drogodependencias.
- Postgrado en Bienestar Familiar o Maestría en familia (orientación familiar, terapia familiar, consejería familiar).
- Conocer las diferentes etapas del ciclo vital de la persona, la pareja y la familia
- Conocimiento de los modelos de intervención Familiar.
- Conocimiento de la Legislación Social
- Comprensión de los conceptos de promoción, prevención y tratamiento
- Visión de intervención multidisciplinaria, holística e integral.

b. Competencias Técnicas.

- Habilidad en el manejo de la técnica de la entrevista
- Manejo de técnicas de intervención individual y grupal
- Manejo de técnicas de intervención familiar
- Habilidad para suscitar procesos de reflexión

c. Competencias personales (Habilidades sociales)

- Habilidad para resolver problemas
- Habilidad para el manejo de conflictos
- Habilidad para la escucha activa y comunicación asertiva
- Capacidad empática y habilidad para comunicar apoyo
- Manejo adecuado del estrés

El y la Profesional de Trabajo Social en la atención de las familias adictivas ejerce un rol importante en las instalaciones de salud al realizar funciones en dos contextos de vital importancia a nivel de la **Intervención No Clínica**:

- Promoción,
- Prevención
- Educación y Capacitación
- Orientación o asesoramiento psico-social

Y a nivel de la **Intervención Clínica (terapéutica)**.

- Recuperación
- Rehabilitación de la salud del sistema familiar

A continuación describimos las funciones y estrategias que de acuerdo a la propuesta debe desarrollar el o la Trabajador /a Social en cada uno de estos niveles en este campo de intervención especializado.

Intervención en Contexto No clínico.

En el contexto no clínico se busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las familias, superando el anclaje conceptual de la atención médica, de un enfoque centrado en la carencia, el déficit y la patología, se pasa a una intervención proactiva, preventiva y de mejora de la calidad de vida familiar. En el caso de la intervención social los esfuerzos deben dirigirse hacia rumbos que buscan desarrollar en las familias las habilidades y competencias necesarias para analizar mejor su realidad social y buscar las soluciones más adecuadas para tener familias sanas. Cabe señalar que los objetivos de la intervención social en contextos no clínicos son

“Aquellos que consisten en reducir o prevenir situaciones de riesgo social/ familiar y personal, ya sea mediante la intervención en la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos o comunidades aportando recursos educativos materiales o profesionales, o mediante la promoción de una mayor calidad de vida. Esas situaciones de riesgo están referidas, cuando hablamos de intervención social, a la falta de cobertura de necesidades humanas muy básicas que se encuentran directamente condicionadas por el entorno social: necesidades de subsistencia, convivencia e integración social, participación, acceso a la información y a los recursos sociales, igualdad de oportunidades, no discriminación, no exclusión social, etc.” Psicología de la Intervención Social.

Específicamente en Trabajo Social, como señala Ángela María Quintero (1997)

“Los contextos no clínicos refieren las interacciones en orientación/recepción, evaluación y prevención-promoción-educación. Implican cambios de primer orden y acciones centradas en la demanda específica, no compromete modificaciones a la estructura familiar”.

Vemos así como la atención en contextos no clínicos constituye una herramienta de intervención que ofrece la oportunidad de interactuar el o la trabajadora social y la familia, a través de programas de promoción y prevención beneficiosos para la prevención de las adicciones y el desarrollo familiar.

a. Función socioeducativa (promocional y preventiva)

Es en este nivel de intervención donde las familias dejan de ser objeto de atención y se deben de convertir en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades ante ella sugiero que se pueden desarrollar las siguientes estrategias

1 Promoción de estilos de vida saludable y la salud familiar

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los factores protectores frente al uso de las drogas
- Organización de grupos familiares comunitarios que promuevan estilos de vida saludables (libres del uso de las drogas) y la convivencia pacífica y solidaria (cultura de paz)

- Formación de redes intersectoriales para el establecimientos de campañas (Salvando vidas: sí a la vida, no a las drogas) y acciones de promoción y prevención sobre el tema)

b Educación para la salud y prevención de la adicción y la co dependencia.

El o la profesional de Trabajo Social desarrollara una gran variedad de acciones y programas encaminados hacia la educación para la salud que promuevan estilos de vida saludables para evitar el inicio e instauración del consumo de drogas y de conductas obsesivas compulsivas que llevan hacia la enfermedad de la adicción y a la afección de la familia.

Los objetivos específicos a alcanzar deben ser

- Proveer información relevante sobre las adicciones (abordar el tema de los factores protectores y de riesgos internos y exógenos del sistema familiar)
- Entrenar a las familias en habilidades de adaptación a las diferentes etapas del ciclo vital y crisis de desarrollo
- Ofrecer la oportunidad a las familias de compartir y encontrar apoyo entre ellas y la comunidad

Cabe resaltar el hecho que la intervención profesional preventiva debe estar orientada mas a dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los miembros de la familia más que centrarse en proveer información sobre drogas, por eso debe incluir acciones puntuales dirigidas a la familia tales como:

- 1 Talleres dirigidos al fortalecimiento del vínculo padres e hijos (en la institución y en la comunidad)
2. Escuela de padres y madres (Madres, padres y cuidadores, o asociaciones de padres de familia que se les capacita para que puedan desempeñar mejor su rol y el sistema familiar se convierta en un factor protector frente al uso de las drogas y las adicciones)

c Función de Orientación directa a la familia o asesoramiento psico-social.

El asesoramiento en la atención profesional hace reflexionar sobre la fortaleza del Trabajador (a) Social en el proceso de ayuda a los usuarios. Annamaria Campanini y Luppi Francesco en su obra Servicio Social y Modelo Sistémico (1991), señalan que

“El asesoramiento psicosocial se caracteriza como el nivel de intervención en el que los recursos que el profesional pone en juego en el proceso de ayuda a los usuarios se concretan, casi exclusivamente, en la capacidad del asistente social para utilizar la herramienta de la relación y la comunicación”.

La intervención de asesoramiento psicosocial tiende a ser una atención estructurada en donde se aborda situaciones que confronta el o la usuario (a), en este caso una familia que confronta problemas de uso de drogas en uno de sus miembros. La prestación a efectuar consiste en establecer una relación de ayuda

como herramienta para introducir un cambio y facilitar la evolución de la familia que demanda la atención.

El asesoramiento psicosocial se diferencia de la psicoterapia, porque propone reactivar y facilitar la reorganización de los recursos del sistema familiar en crisis de transición, en cambio la psicoterapia tiene la finalidad de la superación de bloqueos evolutivos y la transformación de interacción que pueden ser fuente de patologías graves

En aquellos casos en el que un miembro de la familia haya iniciado el consumo de las drogas, la acción de él o la trabajador /a social deberá orientarse a facilitar los cambios de conductas que permitan buscar la ayuda especializada y tratamiento del problema que afecta a la familia

Desde esta perspectiva el o la trabajador /a social orientara a la familia para que logre.

- 1 El reconocimiento y aceptación del consumo y el riesgo de la enfermedad de la adicción y la codependencia
- 2 El compromiso de la familia para buscar ayuda especializada e incorporarse al plan de tratamiento integral
- 3 El manejo de problemas de interacción o comunicaciones, no patológicos, tendiente a crear un clima de armonía, respeto y confianza que estimule la integración y responsabilidad de todos en la resolución de la problemática que confrontan

d Conexión con la red de apoyo institucional

El o la trabajador /a social a este nivel remitirá a la familia con otros profesionales e instituciones especializadas

e Intervención grupal o psico-educación:

El o la trabajadora Social a través de la acción grupal busca enfatizar las fortalezas de las familias y promocionar la salud y bienestar familiar y en el trabajo en el campo de las adicciones un sistema familiar libre del consumo de drogas

El o la Trabajador (a) Social puede trabajar a nivel:

- 1 **Familiar:** Reconocer que el grupo familiar tiene sus propias fortalezas y es capaz de reestructurar su funcionalidad, ya que una de sus características es la flexibilidad en su dinámica interna. Como sistema permite tratar a las partes desde la circularidad para ayudar a la familia a adquirir una nueva visión del problema.
2. **Con Grupos de Familias (multifamiliar):** El trabajo preventivo - educativo tiene mayor efectividad cuando el enfoque de la acción profesional es participativo y va dirigido a grupos homogéneos.

Esquema N°1

	Base Conceptual y Teórica	Objetivos	Acción / Estrategia/	Marco Institucional
Intervención No Clínica de Trabajo Social con Familias Adictivas	Modelo socio-educativo	Mejorar la calidad de vida y el bienestar de las familias	Función socioeducativa-promocional	Instituciones de Salud
	Trabajo Social comunitario		<ul style="list-style-type: none"> Promoción Social (estilos de vida saludable y la salud familiar) 	
	Trabajo social de grupo	Desarrollar en las familias las habilidades y competencias necesarias para analizar mejor su realidad social y buscar las soluciones más adecuadas para tener familias sanas.	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud y prevención de la adicción y codependencia. 	Instituciones públicas que presten servicios de Trabajo Social
	Trabajo social con Familias		Función de Orientación directa a la familia o asesoramiento psico-social:	Instituciones de atención a las familias
	Sociología		Conexión con la red de apoyo institucional	
	Teoría del Aprendizaje social		Intervención grupal.	ONG
	Psicología Social			

Intervención en Contexto Clínico

La propuesta de **Intervención Clínica de Trabajo Social con Familias Adictivas** en este contexto que desarrollamos a continuación se basa en una concepción sistémica de los problemas familiares

Según María Lorena Molina en su obra Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social (2,004)

“Al concebir a la familia como el sistema-contexto inmediato al individuo, se plantea que, con base en el relacionamiento circulatorio, el comportamiento de cada miembro de la familia, es resultante de la interacción. Por lo tanto, el tratamiento es llevado a cabo en sesiones familiares tomando en cuenta las interacciones presentes y no las historias personales de los miembros de la familia”.

Objetivos

- Mejorar el conocimiento de los miembros de la familia sobre la enfermedad
- Conseguir en la familia un mejor funcionamiento social
- Ayudar y apoyar a la familia a disminuir el estrés familiar
- Mejorar las habilidades sociales de los miembros de la familia para afrontar y solucionar los problemas
- Mejorar la comunicación familiar
- Prevenir y disminuir las recaídas

Puede apreciarse en el esquema N° 2 que a continuación presentamos

Esquema N°2

Intervención Clínica de Trabajo Social con Familias Adictivas

	Base Conceptual	Objetivos	Método	Marco Institucional
Intervención Clínica de Trabajo Social con Familias Adictivas	Teoría de Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento de los miembros de la familia sobre la enfermedad 	Sesiones Familiares	Instituciones de Salud
	Modelo de Terapia Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir en la familia un mejor funcionamiento social • Ayudar y apoyar a la familia a disminuir el estrés familiar • Mejorar las habilidades sociales de los miembros de la familia para afrontar y solucionar los problemas. • Mejorar la comunicación familiar • Prevenir y disminuir las recaídas. 	Sesiones con grupos de familias	ONG Especializadas en adicciones.

1.2 Propuesta para Intervención Profesional de Trabajo

Social con las Familias Adictivas

La propuesta de intervención que desarrollamos se basa en los siguientes preceptos

- El uso, abuso y adicción a las drogas es un problema familiar.
- La familia de un modo u otro participa en el mantenimiento de la enfermedad de la adicción a través de negar o minimizar las consecuencias, facilitar el consumo, o de insistir en repetir pautas de interacción que han probado no resuelven el problema.
- La necesidad de que la persona con la enfermedad de la adicción y la familia reciban un tratamiento especializado (programa de recuperación) y su posterior integración a un grupo de autoayuda.

En ese sentido, sugerimos que en el contexto clínico la intervención del Trabajo Social se dé mediante un proceso que cubre cuatro etapas.

1). PRE INGRESO.

Es el primer contacto de la familia (uno o varios de sus miembros) con el servicio de atención.

La demanda de los servicios se puede dar por dos vías:

- Demanda espontánea

- Por Referencia

La referencia puede ser generada por instituciones gubernamentales o no gubernamentales. Independientemente de la vía es muy importante que el profesional tenga presente la necesidad de ayuda del usuario.

Una vez se produce el contacto con uno o varios de los miembros del sistema familiar y el servicio se procederá a al llenado de la ficha de ingreso que debe ser elaborada.

Este contacto tiene por objeto conocer datos relativos a la composición familiar, los patrones y las reglas del grupo familiar, la situación socio-económica de la misma y los aspectos generales relacionados a la enfermedad adictiva, favoreciendo así la detección de la problemática familiar existente y de los recursos potenciales con que cuenta la familia, recoge también la percepción de la familia sobre la adicción (significado que le da la familia a la enfermedad y sus consecuencias).

En esta fase se establece la relación usuario (familia consumidora del servicio) – Institución y se recoge los datos necesarios para establecer el abordaje profesional de la sesión inicial.

2) SESIÓN INICIAL (entrevista interaccional de recolección de datos y evaluación familiar).

El objetivo principal es lograr la empatía y obtener la información general para elaborar el diagnóstico estructural del funcionamiento social y dinámica de la

familia, a partir del cual se hará la intervención posterior. Esta etapa se realizará en cuatro partes a saber:

a Fase Social o de Entrada

Esta fase deberá durar alrededor de diez minutos. El papel de él o la Trabajador /a Social es centrar sus preguntas en aquellas esferas de la vida familiar que no esté conectada con los motivos que llevó a la familia a solicitar la intervención profesional. Por ejemplo: Lugar de residencia de la familia, trabajo que desempeñan sus integrantes, entre otras cosas. Él o la Trabajador /a Social recogerá toda esta información de una manera espontánea, no amenazadora. su propósito es disminuir la tensión que traen los miembros de la familia y crear un ambiente propicio para la intervención familiar.

b. Recolección de datos:

Después de la fase social, el o la trabajador/a social pasa a la etapa de recolección de datos la cual puede iniciar con una pregunta como: ¿Qué los motivó a buscar la ayuda y en que ustedes creen que les podemos ayudar? La cual se dirige a la familia en general.

Posteriormente procurará que cada miembro de la familia exprese su punto de vista particular sobre el problema, esta información suministrará a él o la Trabajador /a Social datos adicionales acerca de la forma en que los miembros de la familia se perciben el uno al otro/a y las secuencias (pautas) de sus conductas

El profesional mantendrá una actitud a-crítica y ayudará a la familia a focalizar una meta – objetivo que ayude a diseñar la intervención futura. Esta etapa dura entre 30 y 35 minutos.

Las preguntas usadas en este tipo de entrevista se dirigen sobre todo a abordar los marcos racionales en circunstancias específicas, diferencias en las conductas, jerarquías o cambios en el vínculo antes y después de cierto suceso.

La información recopilada en este momento se complementa o corrobora con otras actividades posteriores, de esta manera, el proceso no sigue un curso lineal sino flexible, que se actualiza y retroalimenta constantemente en la intervención.

Los instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos y la evaluación familiar serán:

- La Historia Familiar
- El Familiograma
- El Afigar Familiar
- El Ecomapa

c. Apreciación diagnóstica

Una vez el o la Trabajador /a Social haya identificado los patrones de interacción familiar, pasa a transmitirle a esta su apreciación diagnóstica, resaltando los aspectos positivos o fortalezas de la familia.

El proceso de diagnóstico termina una vez recopilada toda la información significativa que se necesite para la comprensión de la situación familiar

d Establecimiento de meta y contrato terapéutico

A esta altura de la entrevista es importante obtener de la familia una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, así mismo el o la Trabajador/a Social le explicará el proceso de intervención a seguir, su modalidad, los compromisos y normas del programa, de la familia estar de acuerdo se procederá a establecer el contrato terapéutico y la familia es admitida en el programa de tratamiento

Una vez establecido el contrato terapéutico, la primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita Finaliza la sesión

3) Intervención Familiar

Es la etapa de acción propiamente dicha cuyo objetivo general es producir cambios en la problemática previamente determinada, el éxito o fracaso dependerá de haber realizado adecuadamente la fase de recolección y análisis de la información, del compromiso o acuerdo hecho con la familia sobre los aspectos a intervenir

La intervención del o la Trabajador/a Social a través de las sesiones terapéuticas buscan ante todo, impedir la repetición de las secuencias de conductas que mantienen el problema e introducir mayor complejidad y

alternativas en el comportamiento de la familia, de manera tal que dé lugar a un sistema de actos más diversificado que le brinden a los integrantes de la familia opciones diferentes de comportarse ante la situación problema

El profesional del Trabajo Social debe evidenciar las interacciones que se producen alrededor del problema y operan para mantenerlo, realizar intervenciones y dar directivas que provoquen un cambio en el sistema familiar

El primer paso al impartir una directiva es motivar a la familia a que la acate, deben ser precisas, si la tarea que se realiza es fuera de la sesión debe involucrar de preferencia a todos los integrantes de la familia. Con el fin de que la familia se motive y se le facilite la ejecución de las directivas a la hora de ser impartidas, se debe tener en cuenta los siguientes elementos

- Convencerlos de que la tarea contribuirá a la solución del problema
- Impartir tareas que se adecuen a las características de los miembros de la familia y al sistema familiar.
- Las directivas que se dan para la casa deben ser previamente ensayadas en la sesión (supervisadas).

4) Culminación, cierre o dado de alta

La terminación de la intervención se puede dar de dos formas

- Por abandono del Tratamiento por parte de la familia

- Por la culminación del tratamiento y dado de alta al sistema familiar

En esta última situación se deriva e incorpora al adicto/a (recuperado/a) y a la familia a un grupo de auto ayuda (Alcohólicos Anónimos -A.A-, Narcóticos Anónimos -N.A.- y /o Familiares Anónimos -F.A.-

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los profesionales de Trabajo Social que laboran en Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre son mujeres (un 90%) y son personas adultas que sobrepasan los cuarenta años (70%) con un nivel de estudio universitario de licenciatura y únicamente un 10 % se ha especializado, en este caso a nivel de post grado en bienestar familiar.
2. Estas (e) en su quehacer profesional atienden consultas relacionadas con adicciones siendo el 60 % de las personas que solicitan su atención algún familiar de la persona que consume droga o presenta alguna adicción. De este grupo el 50 % son ambas o alguna de la figura parental, y son pocos los casos donde la persona con el problema sea el que solicita la atención.
3. Aunque el 70 % de los y las profesionales de trabajo social encuestados consideran en el campo de las adicciones a la familia como sujeto de intervención en la práctica la mayoría (60 %) solamente realizan una serie de actividades sin la orientación de un método que guíe su intervención con los familiares o las personas con problemas en consumo de alcohol, drogas o adicción.
4. Las herramientas que utilizan los y las trabajadores sociales en la atención de personas con adicción y sus familiares son las inherentes a la profesión tales como: la ficha social, la técnica de la entrevista, redacción de informes sociales y visitas domiciliarias y no se hace uso de las

herramientas específicas para la intervención familiar como el genograma o familiograma, ecomapa, cronograma familiar, entre otras, que sirven para recolectar información valiosa sobre el sistema familiar y ayuda a evaluar la composición, dinámica y evolución de dicho sistema.

- 5 Casi en su totalidad desconocen los modelos de atención terapéutica (individual, grupal o familiar)
- 6 Las principales limitaciones para la atención de las personas que acuden con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas o adicción son la falta de capacitación, la falta de material, equipo y /o transporte.
- 7 En resumen, los y las los profesionales de Trabajo Social que laboran en Sistema Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre propiamente no intervienen a nivel familiar y en los casos de las personas que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas o adicción o sus familiares que acuden a la consulta su intervención solamente llega a la fase de estudio o investigación con la realización de alguna asesoría y lo refieren a los servicios especializados

RECOMENDACIONES

- 1 Capacitar a los y las Trabajadores (as) Sociales de los niveles locales a cerca de las adicciones y co-dependencia fin de que puedan realizar una mejor interpretación diagnóstica y derivación a los servicios especializados
- 2 Brindar los conocimientos necesarios a los Trabajadores (as) Sociales de los niveles locales para que puedan intervenir en las familias y comunidades con acciones promocionales y preventivas
- 3 Crear servicios especializados de Trabajo Social Familiar en el nivel primario y secundario de la atención de la salud (Centros de Salud y Policentros de Salud)
4. Incrementar el recurso de Trabajo Social en los Equipos de Salud de los niveles locales.

BIBLIOGRAFÍA

BEATTIE, MELODY (2012) *Ya No Seas Más Codependiente (Segunda Edición)*. Estados Unidos Hazelden Educ Material

BEAVERS, W ROBERT Y HAMPSON, ROBERT B. (1995) *Familias Exitosas, Evaluación, Tratamiento e intervención*. Ediciones Paidós, Barcelona – Buenos Aires – México

BERRY, CARMEN (1990) *Cuando ayudarte significa hacerme daño* México. J Vergara Editor

CALVO, ISABEL M., RITERMAN, FRIDA Y CALVO DE SPOLANSKY, TESSIE (2001) *Pareja y Familia Vínculo – Diálogo – Ideología* Amarrortu Editores Buenos Aires, Argentina

CAMPANINI, ANNAIMARIA Y LUPPI FRANCESCO. (1999) *Servicio Social y Modelo Sistémico*. Editorial Paidós Ibérica. Argentina

COLETTI, MAURIZIO Y LINARES, JUAN. (1997) *La Intervención Sistémica En Los Servicios Sociales Ante La Familia Multiproblemática*. Editorial Paidós

DE JONG, ALEXANDER (1994) *Alcoholismo y codependencia* Editorial Unilit, Miami, FL. USA

FERNÁNDEZ F., ALONSO. (2003) *Las Otras Drogas (alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo) Temas de hoy* Madrid España.

FERNÁNDEZ H, JOSÉ RAMÓN Y ROBERTO SECADA V. (2002) *Intervención Familiar en la Prevención de las drogodependencias* Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior Madrid, España.

HERNÁNDEZ Y SECADES. (2002) *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* Plan Nacional Sobre Drogas España. Pág 125

GONZÁLEZ M F Y LÓPEZ, M.E.(2003) *Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil* Ediciones Gamma: Colombia.

GONZÁLEZ MENÉNDEZ, RICARDO (2002). *Contra las Adicciones Clínica y terapéutica* Cuba. Instituto Cubano del Libro: Editorial Científico-Técnica.

JAY JEFF Y JAY DEBRA (2001) Intervención Nunca es demasiado temprano para salvar una vida Un nuevo y eficaz método para combatir las adicciones. PROMEXA, México

JELIN, ELIZABETH. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas Reunión de Expertos. Argentina CEPAL.

LAMMOGLIA, ERNESTO (2000) Las Familias Alcohólicas Editorial Grijalbo México

MÉNDEZ, XIMENA (1998 mayo- noviembre). El Modelo Clínico de Intervención Psicosocial. Revista de Servicio Social. Volumen N° 1. Chile Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Sociales

MINISTERIO DE SALUD, 2012 MANUAL DE ORGANIZACIÓN y funcionamiento del departamento de trabajo social Panamá.

MINISTERIO DE SALUD 2012. Suplemento del Sistema Regional de Salud de San Miguelito Las Cumbres y Chilibre .. 100 días Panamá

MINISTERIO DE SALUD (2008) Cartera de actividades de Trabajo Social Sistema Regional de Salud Metropolitana Departamento de Trabajo Social. Panamá

MUSITI, GONZALO, ROMAN, JOSÉ MARÍA Y GUTIÉRREZ, MELCHOR. (1996) Educación Familiar y Socialización de los Hijos. España Idea Books, S A

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (2012) Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas 2013 – 2025. Cumbre de Las Américas de Cartagena de Indias, Colombia

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (2012). El Problema de las Drogas en las Américas Secretaría General OAS Cataloging – in Publication Data. Estados Unidos

PICK, SUSAN, GIVAUDAN, MARTHA Y MARTÍNEZ, ÁNGELA (1997) Aprendiendo a ser papá y mamá. IMIFAP. México

QUINTERO VELÁSQUEZ, ÁNGELA MARÍA (2007). Diccionario Especializado en Familia y Género. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Argentina.

QUINTERO VELÁSQUEZ, ÁNGELA MARÍA (1997) Trabajo Social y Procesos Familiares Editorial Lumen Humanitas Argentina

TEJADA, HILDAURA DE (2013) Trabajo Social ante los procesos humanos y la teoría relacional sistémica. Tejiendo y reconstruyendo historias familiares.

STENACK, RICHARD J (2004) Deja de Controlarme. Estados Unidos

RISO, WALTER (1999) Amar o Depender. Como Superar El Apego Afectivo Y Hacer Del Amor Una Experiencia Plena Y Saludable Colombia. Editorial Norma S A.

SATIR, VIRGINIA (1978) Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar Editorial Pax-Mexico

INFOGRAFÍA

Acecho Net/archivos /.. / Familia La familia Funcional y Disfuncional – Acecho (17- 07-2013)

Alvarado, Saul. Las Adicciones (En línea)
<http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion> (15 de marzo 2010)

COP. Psicología de la Intervención Social. (En línea)
www.cop.es/perfiles/contenido/is.htm (3 de junio 2010)- En caché

Corvalán, Javier (1996) Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad. (En Línea)
<http://es.scribd.com/doc/53146339/corvalan> (16 de agosto 2010)

Sánchez, Juan. Relaciones Adictivas (En línea)
<http://www.suite101.net/profile.cfm/juanjsanchezorti> (10 de mayo 2010)

Trabajo Social, UAC (2010) El Método de Trabajo Social Elementos y Fases (En línea)
<http://trabajosocialuac2010.blogspot.es/img/elmetodoentrabajosocial.pdf> (17 de septiembre de 2013)

WIKIPEDIA Alcoholismo (En línea) es.wikipedia.org/wiki/Alcoholismo (15 de marzo 2010)

Psicología de la Intervención Social (En línea)
www.cop.es/perfiles/contenido/is.htm (4 de julio 2012)

Anexos

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR DE

**ESTUDIO SOBRE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL
CON LAS FAMILIAS ADICTIVAS EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN
MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE.**

Como estudiante de la maestría en Política, Promoción e Intervención Familiar estamos realizando un estudio que servirá para elaborar la tesis profesional y de igual manera presentar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social en el sector Salud para el tratamiento de las familias adictivas

Su participación en este estudio es de gran importancia en el diseño de nuestra propuesta, ya que la información proporcionada a través de este cuestionario nos permitirá obtener datos valiosos para sustenerla

La información que usted nos proporcione será manejada de manera confidencial y será utilizada únicamente para los fines propuestos

Le solicitamos con todo respeto conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

Instrucciones

El cuestionario consta de 16 preguntas cerradas y abiertas, le agradecemos leer con cuidado y seguir las indicaciones correspondientes a cada pregunta

Sugerimos usar lápiz para contestar. No tache Marque con gancho cuando sea necesario y llene los espacios en blanco de acuerdo a su opinión

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

Consentimiento Informado

Luego de haber leído y de haber recibido suficiente información sobre los objetivos y el propósito de la investigación, de igual manera que no me comprometo en mi área laboral, profesional ni personal acepto participar voluntariamente contestando las preguntas.

Firma de la persona Encuestada

Fecha

I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

1. Edad

- Menor de 30 años..... 1
- 30 a 34 años..... 2
- 35 a 39 años..... 3
- 45 a 44 años..... 4
- 45 y más..... 5

2. Sexo

- Hombre..... 1
- Mujer..... 2

3. Estado conyugal

- Soltero/a..... 1
- Unido/a..... 2
- Casado/a..... 3
- Separado Unión..... 4
- Separado de Matrimonio..... 5
- Viudo/a..... 6

4. Título Universitario

- Licenciatura..... 1
- Post Grado..... 2
- Maestría..... 3

Si tiene estudio(s) de Post grado o maestría(s) por favor especifique el o los título/s Obtenidos: _____

5. Creencia Religiosa

- Católica..... 1
- Evangélica..... 2
- Musulmán..... 3
- Budista..... 4
- Testigo de Jehová..... 5
- Mormón..... 6
- Otra..... 7
- Especifique _____

6. Años de laborar en el sector Salud
- | | |
|----------------------|-------------------------|
| Menos de 3 años..... | <input type="radio"/> 1 |
| De 4 s 9 años..... | <input type="radio"/> 2 |
| De 10 a 15 años..... | <input type="radio"/> 3 |
| De 16 a 21 años..... | <input type="radio"/> 4 |
| Mas de 22 años..... | <input type="radio"/> 5 |

II. INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES.

7. Persona que solicita (o que demanda) la atención o ayuda
- | | |
|---------------------|-------------------------|
| Persona adicta..... | <input type="radio"/> 1 |
| Madre..... | <input type="radio"/> 2 |
| Padre..... | <input type="radio"/> 3 |
| Cónyuge..... | <input type="radio"/> 4 |
| Hermana/o..... | <input type="radio"/> 5 |
| Abuela..... | <input type="radio"/> 6 |
| Abuelo..... | <input type="radio"/> 7 |
| Otro familiar..... | <input type="radio"/> 8 |
| Otra persona..... | <input type="radio"/> 9 |
| Especifique _____ | |

8. En la intervención del trabajo social en el campo de las adicciones ¿Quién considera usted es el sujeto de intervención?

¿Por qué?

9. Situación o problemática en relación con las adicciones por la cual solicita (n) la atención del o la Trabajador/a Social

- | | |
|--|-------------------------|
| Problemas relacionados al uso del alcohol..... | <input type="radio"/> 1 |
| Alcoholismo..... | <input type="radio"/> 2 |
| Problemas relacionados con Consumo de drogas Ilícitas..... | <input type="radio"/> 3 |
| Adición al Consumo de drogas ilícitas..... | <input type="radio"/> 4 |

- Ludopatía..... 5
- Otras adicciones..... 6

10. Tipo de acción realizada (puede marcar más de una opción)

- Entrevista..... 1
- Orientación individual..... 2
- Orientación familiar..... 3
- Psico Educativo..... 4
- Asistencialismo..... 5
- Consejería..... 6
- Terapia individual..... 7
- Terapia Familiar..... 8
- Evaluación Familiar..... 9
- Visita y Asistencia Domiciliaria..... 10
- Coordinación y remisión a recursos externos a la Institución..... 11

11. Enliste según orden de importancia (De mayor importancia hasta la de menor importancia) diez (10) actividades que realiza en la atención de las adicciones.

12. Mencione las limitaciones que usted reconoce para trabajar en el campo de las adicciones en la institución donde usted labora.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL CON LAS FAMILIAS ADICTIVAS DURANTE LA INTERVENCIÓN.

13. Mencione algunas de las técnicas que usted utiliza durante la intervención a la familia adictiva.

14. Señale que herramienta o instrumentos usted aplica para recopilar información y evaluar a la familia:

IV. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN UTILIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES.

15. Describa el Procedimiento Metodológica utilizado para brindar la atención.

16. Conoce los modelos de atención terapéutica

No..... 1

Si su respuesta es negativa aquí termina el llenado del cuestionario.

Si..... 2

Mencione el o los que conoce

17. Su intervención está basada en algunos de esos modelos de atención de tipo terapéutica:

No..... 1

Si..... 2

En cual?

Describa brevemente sus fases:

Muchas Gracias

Observaciones: _____

Fecha de aplicación del cuestionario _____

Nombre de la persona que lo aplica _____