



Mayo 2019 - ISSN: 2254-7630

## EL TRABAJADOR SOCIAL Y SUS COMPETENCIAS PROFESIONALES CON LOS FAMILIARES DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN EL CETAD

(Centro de Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otros.

**AUTORES: Mendoza Valdés Génesis Elizabeth;**

Egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la UTM;

**Mg. Mercedes Cedeño Barreto,**

docente principal tiempo Completo del Departamento de Ciencia Sociales y del Comportamiento, de la Universidad Técnica de Manabí, correo; mcedeno@ucm.es; código ORCID 0000-0003-1441-6632, fono: 0990193424;

**Mg. Fabián Menéndez Menéndez,**

profesor principal tiempo completo del Departamento de Ciencias Sociales y del Comportamiento, de la UTM. Correo: fmenendez@utm.edu.ec; fono: 09844880415

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Mendoza Valdés Génesis Elizabeth, Mercedes Cedeño Barreto y Fabián Menéndez Menéndez (2019): "El trabajador social y sus competencias profesionales con los familiares de pacientes drogodependientes en el CETAD", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (mayo 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/05/trabajador-social-familiares.html>

### RESUMEN

El trabajo tuvo como objetivo analizar las competencias profesionales del Trabajador social con las familias de los pacientes drogodependientes en el CETAD de Portoviejo, para lo cual se desarrolló una investigación con enfoque mixto (cuali – cuantitativo) con una metodología diagnóstica – participativa, con los métodos deductivo, analítico y estadístico a las trabajadoras sociales, pacientes y familias que están en la institución, los resultados indican que las acciones encaminadas a la recuperación e inserción del paciente están ligadas a las familias, pues son ellos los que luego de su recuperación en la clínica, reinsertarán a su miembro y tendrán que apoyarles en las etapas de reencuentro con sus seres queridos así como de toda su vida social. Los resultados indican que es complejo el trabajo por las estructuras y condiciones de vida familiares de los pacientes, que en estos casos imposibilita a veces los procesos de recuperación y que más bien provocan recaídas en los mismos. Es necesario tener alternativas con la comunidad, generar compromiso social con las personas que pertenecen a las instituciones no solo de carácter benéfico sino en la totalidad para generar espacios de integración y de oportunidades que le permitan demostrar que son capaces de modificar su conducta, de buscar su propio bienestar y de alcanzar el desarrollo que todos anhelan y espera.

## **PALABRAS CLAVES**

Familias de drogodependientes, Trabajo Social y sus competencias, CETAD, pacientes en tratamiento.

## **SUMMARY**

The objective of this work was to analyze the professional competences of the Social Worker with the families of drug - dependent patients in the CETAD of Portoviejo, for which a mixed - type (quantitative - quantitative) research was developed with a participatory diagnostic methodology, using the methods deductive, analytical and statistical to the social workers, patients and families that are in the institution, the results indicate that the actions aimed at the recovery and insertion of the patient are linked to the families, since they are the ones who after their recovery in the clinic, reinsert their member and will have to support them in the reunion stages with their loved ones as well as their entire social life. The results indicate that the work is complex due to the structures and family life conditions of the patients, which in these cases sometimes makes recovery processes impossible and rather causes relapses in them. It is necessary to have alternatives with the community, to generate social commitment with the people who belong to the institutions not only of a charitable nature but also in the totality to generate spaces of integration and opportunities that allow them to demonstrate that they are capable of modifying their behavior, of seeking their own well-being and to achieve the development that everyone longs for and expects.

## **KEYWORDS**

Families of drug addicts, Social Work and their competences, CETAD, patients in treatment.

## **INTRODUCCIÓN**

Cuando se analiza a la familia se parte desde la conceptualización que es la célula de la sociedad, donde confluyen una serie de normas, reglas, valores, costumbres y tradiciones que la hacen características y diferentes de otra, pero todas convergen en el contexto social donde se desarrolla. (Bejos, 2016). En este sentido las relaciones familiares tienen preponderancia entre la interacción de sus miembros, siendo esto positivo o negativo, todo está en relación a los resultados que se presenten, (Costa, Gómez, 2014). La drogodependencia es uno de los riesgos latentes dentro del este círculo, sobre todo cuando factores sociales como estado emocional, escasa comunicación, hijos adolescentes, maltrato, violencia doméstica, y la inconsistencia efectiva surgen como principales condicionantes de la adicción. Y es que no solo incide en la salud, pues también es vista desde las implicaciones sociológicas, donde las necesidades insatisfechas, la escasa aprehensión de los recursos, el desorden y la insatisfacción son indicadores que análisis, puesto que esta caracterización es común en las familias de los pacientes drogodependientes (Armijos & Quesada, 2015).

En este sentido el Trabajo Social dentro de sus áreas de intervención tiene como eje fundamental estudiar a las familias, en el tema de las adicciones lo toma como indicador primordial puesto que al aplicar procesos metodológicos, técnicas e instrumentos propios de la profesión se elabora un diagnóstico familiar, con el fin de identificar el grado de implicación en la enfermedad del paciente, eso se conoce dentro de área social como análisis de la salud mental, donde es importante identificar el entorno, las necesidades y los recursos que se tienen para tratarlos. (Chagas & Fernandez, 2013).

Por ello el Trabajo Social aplica dos modelos directos al momento de trabajar con las familias uno es el Modelo Sistémico y el otro es el Modelo de Gestión de Caso, pues éstos permiten realizar acciones conjuntas entre la investigación y la intervención, con implicaciones a corto y largo plazo en planificaciones que permitan la orientación, funcionamiento, preparación y reinserción del paciente a su familia y por ende a sus ámbitos de vida. (Costa & Gómez, 2014). En el CETAD, se

promueve la labor social de manera importante, pues considera que la labor realizada por estos profesionales promueve sobre la organización del trabajo, la optimización de recursos y en muchos casos la consecución de los objetivos. Junto con este proceso se interviene con las funciones básicas de Atención, Rehabilitación y Prevención son fundamentales en todos los niveles y con el compromiso de todas las instituciones públicas y privadas que deben ser corresponsables de todo el proceso de comunicación y formación en todos los niveles para disminuir, evitar y en lo posible erradicar el consumo de drogas y alcohol. (García, 2003)

Y es que el tema de las adicciones no pasa de moda, como lo sostiene Fernandez, Dema, & Fontanil (2018), quien indica que desde la antigüedad ha estado latente y con el paso del tiempo no ha disminuido sino que más bien ha aumentado, debido a los cambios generacionales de la sociedad, donde el libertinaje, los derechos no bien atendidos, el narcotráfico, la pobreza, la migración y otros fenómenos culturales han ganado campo en los jóvenes sobre todo y se ha generado un desequilibrio total que tiene implicaciones en todos sus ámbitos. (Jaramillo, 2016). por ello estudiar actualmente este tema está generando el conocimiento profundo de las problemáticas de la adicción; se ha generado e identificados teorías que permiten entender y desde luego atender las necesidades de las personas que la padecen; reconocimiento de factores sociales de causa, efecto, prevalencia y abordaje de la problemática de manera integral y la importancia de las intervención desde el Trabajo Social. (González, Reyes & Oliva, 2009).

Y sobre todo se promueve espacios de atención para su tratamiento donde no solo es enfermo el que la padece, sino que también la familia y entorno donde se desarrolla el mismo, con implicaciones parecidas e impactos relevantes y preocupantes que se debe también tratar sin dejar ningún ámbito de intervención.

La conclusión que tiene la investigación es que las adicciones son situaciones latentes de las personas, tienen concentraciones importantes en la actualidad, el hecho de que algunas drogas sean legales e ilegales hace más compleja la intención, casi siempre el adicto empieza en la adolescencia, donde la familia es una de las corresponsables del hecho, pues al no tener conocimientos, herramientas y procesos definidos hacen que no se promueva de controles y acciones para identificarlas, prevenirlas y erradicarlas, factores como la desintegración, el abandono, la pobreza, la migración y los grandes cinturones de miseria social son causales que las desarrolla. Es necesario atender las necesidades sociales del individuo de la familia y de la sociedad, donde todos son parte responsable y corresponsables.

Se debe promover la prevención en las familias, la escuela, y la sociedad en general, con campañas de información a través de buenos y accesibles canales de comunicación donde se capacite y forme a las personas para que sepan lo que son, los riesgos, las consecuencias y las repercusiones que estas provocan al consumirlas no solo a la persona, sino que a la familia y por ende a la comunidad en general. (Institutos Nacionales de la Salud 2010)

En el Ecuador el consumo de drogas está asociado con las estructuras familiares, pues investigaciones recientes indican que las situaciones familiares como la ausencia de los padres, las dificultades económicas, la violencia intrafamiliar, los sentimientos de abandono, soledad son causales indicadoras de las razones por la cual los adolescentes y jóvenes buscan en las drogas satisfacción. (Argudo & Quezada, 2017). Otro de los resultados revela que el aumento de la responsabilidad de los adolescentes, delegada por sus padres debido a la situación económica de la familia también es otra de las causales, así como las compañías inadecuadas, la vulnerabilidad de su edad es causales de esta enfermedad. (Armijos & Quezada, 2015)

En este sentido el problema se agudiza cuando no se tiene el apoyo de la familia, la preocupación de sus amigos y los espacios y oportunidades sociales para promover en ellos la práctica de buenos hábitos, la búsqueda de oportunidades que le permita sobre todo satisfacer sus necesidades básicas para alcanzar su desarrollo persona y por ende familiar.

## **DESARROLLO**

### **Familiares de pacientes Drogodependientes**

Desde el inicio de la humanidad la familia es la principal célula de la sociedad y por ende el primer círculo social de las personas, incluso se le atribuyen a ella condiciones fundamentales para determinar el estado biopsicosocial de sus integrantes sobre el cual recae todas las condiciones base de su formación. (Costa y Gómez, 2014)

En espacios y contextos específicos se llega a demostrar cuán importante es la intervención familiar cuando se habla de problemas sociales, políticos, económicos, salud, educativos, entre otros, en este caso la adicción es una de las condiciones que actualmente tiene un auge de crecimiento que preocupa a los miembros de la sociedad, por todas las implicaciones que esto incurre, y en este campo se ha considerado a la familia como un aliado indispensable para la recuperación del paciente, en este contexto se ha establecido algunas directrices de toma de conciencia en este ámbito como: (Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas, 2013)

1. La familia debe ser un soporte importante en la atención del paciente con adicción, debiendo ser parte del proceso de recuperación en las diferentes formas de atención terapéuticas. Para ello es necesario una formación y capacitación continua que les permita fortalecer las intervenciones.
2. Las intervenciones deben estar articuladas sobre todo para los procesos de reinserción, ya que el paciente debe volver a su espacio social de donde procede y por tanto ese espacio debe estar formado y fortalecido para continuar apoyándole en la recuperación.
3. Es necesario para las familias estar articuladas a redes de apoyo, de manera que se consolide los procesos de acompañamiento y se desarrollen conocimientos y actitudes que les permitan sobre llevar los cambios positivos y las crisis de su familia cuando se produzca.
4. Es necesario que la familia concientice el papel de soporte que se convierte en cuanto al paciente, debe estar preparado para no ser invasivo, sobre protector, dictador, sino que más bien acompañarles para que puedan en algún momento alcanzar su individualidad y autonomía tan necesario para ello.
5. Así mismo dentro de las competencias de la familia en el caso de las adicciones, éstas deben recibir educación sobre todo lo inherente al tema, para estar preparados para las alertas de recaídas, que les permitan luego realizar intervenciones para prevenirlas y aceptarlas.
6. Cuando el paciente no cuenta con familia de apoyo, la institución debe insertarlos en una red de apoyo que en lo posible pueda sustituir lo inherente a la familia y puedan acompañarle en el proceso de recuperación e inserción social.

Estos modelos de atención y ruta de proceso con los pacientes y sus adicciones corroboran la importancia de la familia en la recuperación de los mismos, pues la intervención debe ser integral, la situación de consumo y adicción a las drogas tienen barreras como la inexistencia de una red de apoyo social, la negatividad de la familia a ser parte del tratamiento y la rehabilitación, los trastornos mentales y la negatividad del entorno social para acertar las fases de rescate del paciente existe y se deben superar, se consideran barreras que no permiten alcanzar los objetivos propuestos. (Fatín & García, 2015).

En este sentido es necesario recalcar el trabajo integral que realizan los equipos interdisciplinarios de las clínicas de rehabilitación, pues trabajan de manera articulada con grupos sociales cercanos a sus pacientes, la familia es el primero, luego se extiende a la comunidad y por ende a la sociedad que tiene que recibirlos e insertarlos nuevamente para que tengan oportunidades de mejorar su estilo de vida y así contribuir al desarrollo personal y comunitario que es el fin deseado.

Como modelo terapéutico, se necesita del compromiso de todos sus miembros, de la participación activa en cada una de las acciones propuesta para la consecución de los

objetivos y establece que dentro de la misma tienen dos funciones: las recíprocas y complementarias. (La Sociedad, 2019), es recíproca cuando todos sus miembros sobre todo la familia tienen iguales funciones y acciones dentro de la misma, con complementarias cuando a más de realizar funciones iguales le agregan un plus adicional a las mismas y permiten la corresponsabilidad en las tareas de casa, responsabilidad de la escuela, organización de tiempo no solo de trabajo sino de ocio y recreación, entre otros. (Matos, López. Ramirez & Alba, 2016).

Este modelo terapéutico contiene algunas etapas, todas ellas sentadas en base a la relación del paciente con su familia, uno de sus proyectos está el denominado Terapia Familiar Estructural, la cual ha sido analizada e investigada por varios autores en distintos lugares del mundo y han establecido que tienen grandes beneficios incluso un poco mejores que cuando se realizan terapia individual, pues el trato con las familias permite la mejora de las conductas asociativas, la organización de deberes, derechos y responsabilidades son compartidos, dialogadas, corregidos, mejorados y superados, (Muñoz % Vilas, 2013). Para realizar esto es necesario tener claro las responsabilidades de ambas partes: Una que es el paciente y su familia y la otra que es el equipo interdisciplinario, pues este se realiza dentro de una planificación de intervención y de especialistas preparados para el tema pues la delicadeza de la situación y la vulnerabilidad de los implicados juegan un papel importante. Su proceso es de enfoque estructural proveía un marco conceptual sobre las interacciones de padre-hijo, también se acentuaba en el mantenimiento de los límites entre los dos. (Sáenz & Medici, 2010).

Es relevante destacar que el tema de las drogas no es algo aislado, pues cuando se habla de prevención todos los actores sociales son responsables de promulgar y realizar en sus entornos las mismas, ya que no existen causales propias y sitios específicos para que se pueda caer en esta enfermedad, por ello y para ello es necesario resaltar que las personas deben ser abordadas desde su realidad individual, tomando en cuenta su especificidad, y adaptado los esquemas de prevención familiar a los patrones de referencias generales y globales tanto en el ámbito de la salud como la educativa, social, laboral, formativa entre otros, de manera clara, con acciones puntuales y con un análisis conceptual real, acorde a los procesos y evolución de sus integrantes. (Secretaría Técnica de Drogas, Ministerio de Trabajo, & Ministerio de Salud Pública. 2015).

En este contexto en el Ecuador a través de los diferentes programas de atención en salud sobre el tema de prevención en cuanto a evitar el consumo de drogas, se establece varias consideraciones importantes que se toman en cuenta al momento de generar un plan de intervención que se ajuste a las condiciones del medio en cuanto a recursos sean estos humanos, instituciones y/o financieros como: (Barrios & Verdecía, 2015)

- La convivencia de las familias tanto a lo interno como a lo externo del contexto social, esto es para apropiarse de recursos existentes de manera que se promueve sobre todo llegar y captar la atención de sus miembros usando sus propios recursos.
- EL Modelado, que significa el poder trabar sobre los modelos familiares existentes en la comunidad, haciendo un análisis de sus estructuras base, sus patrones de comportamientos sanos, la representatividad entre ellos como orientadores, guías y cuidados de su salud integral enfatizando el no consumo de drogas de manera particular.
- Apoyo familiar, percibido y aplicado en los hijos desde su nacimiento, estudios realizados por autores como (Newcomb y Bentler, 1988; Anderson y Henri, 1993; Avera y Hesselbrock, 2001), sostienen que mientras más apoyo se recibe de los padres, menor será el índice de consumo de alcohol y drogas en los hijos, pues ellos estarán preparados emocional e inteligentemente para saber detectar el riesgo, decir que no y alejarse del peligro.
- En cuanto a la responsabilidad de los padres, por las múltiples complejidades de estructuras familiares en las que se desarrollan las sociedades actuales, es necesario resaltar en ellos su compromiso no solo como deber, sino que también como derecho

en cuanto a educarles y cimentar en ellos cuestiones sobre la prevención de alcohol, tabaco y otras drogas.

- Tiempo de dedicación a la prevención, esto es sobre todo para los equipos interdisciplinarios, los cuales deben tener claro el tiempo de convivencia para que un se vean los efectos de un plan de intervención, pues se debe tomar en cuenta las estructuras familiares, las causales de la enfermedad, el tiempo dedicado a la familia, las actividades que se genera dentro de ellas incluyendo el ocio y la recreación, así como los medios propicios para estar en contacto con sus condiciones sociales tanto si es con pacientes como si es en relación con la prevención.
- Nivel de información de los padres, esto es importante tomar en cuenta, pues depende de los resultados para planificar las estrategias de promoción en contra del uso de las drogas, pues es necesario informar de manera correcta y en el lenguaje apropiado para que las personas que están en el proceso entiendan y atiendan como se debe el tema, muchas de las cosas que suceden dentro del círculo de la adicción es la escasa o incorrecta información que tienen los padres sobre esta enfermedad y no detecta a tiempo en sus hijos el daño que les ocasiona sino hasta cuando ya es tarde.
- Estilo de vida de los padres, por ser ellos los referentes sociales, afectivos y emocionales primarios de las personas es necesario tener en cuenta como se llevan, cuáles son sus interacciones y formas de convivencia para con ello generar un plan de intervención donde se prevalece el trabajo con todo el sistema que rodea al paciente.

Por ello partiendo de este principio de la familia es necesario trabajar con ellos para reconocer y estructurar formación, capacitación y comunicación efectiva y afectiva entre todos los miembros que la integran, ya que las familias son por ende donde se promueven la convivencia permanente de las personas, para los hijos los padres son un pilar fundamental para superar su enfermedad, si esta no es canalizada de la forma correcta podría causar exactamente lo contrario, por ello los planes de intervención deben estar estructurados pensando también en integrarlos a ellos como recurso y técnica idónea en el trabajo de recuperación de los pacientes. (Gonzales, Reyes & Oliva, 2009).

En las clínicas de rehabilitación una situación común entre ellas es cuando están en proceso de rehabilitación quieren incluir y ser partícipes a las familias en este proceso, el rechazo, miedo, vergüenza o la desconfianza hacia las posibilidades de recuperación no les permiten ser parte del proceso de rehabilitación y esto obstaculiza los resultados a futuro, ya que cuando sean reinsertados a la sociedad no contarán con el apoyo de ellos y ellos tampoco sabrán que hacer cuando ocurra recaídas o estados ansiedad, depresión y violencia que suele suceder en estos casos. (Institutos Nacionales de la Salud, 2010).

Ahora en este punto es necesario hacer hincapié a la estructura familiar, la cual es concebida como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan sus miembros, (Colom, 2010); para autores como (Macías, Cedeño, Menéndez, 2018), esta estructura genera interacción de manera repetitiva en un sistema social definido, teniendo en muchos casos un método de clasificación o diagnóstico en donde se establecen claramente los modelos, grupos o tipos característicos que preferentemente se excluyen entre sí. En otras palabras, es la manera en que se forman o agrupan las familias. En este sentido y para este proceso de intervención se identifican dos clases de estructuras familiares según Colom (2011): interna y externa, compuesta por sujetos que forman una familia en función de lazos de filiación, parentesco, afinidad o afecto».

A su vez, se denomina funcionamiento familiar a la estructura interna, donde los roles, jerarquías, reglas, límites los ponen ellos, sobre todo en cuestiones de normas, valores, principios, costumbres, la ausencia de ello ocasiona la pérdida de barreras intergeneracionales, en algunos casos la poca o nula comunicación entre sus miembros, así como el aislamiento y búsqueda de compañía por parte de sus miembros en otras personas o cosas que lo identifiquen y lo hagan sentir realizado, representado, reconocido (Argudo & Quezada, 2017)

Esta estructura es una de las principales a ser analizadas pues se ha demostrado a través de investigaciones que el problema de consumo en muchos casos complejo multicausal se da en el interior de las familias, pues al estar viviendo estos procesos enseñan a los niños que es normal siendo imitadores de lo que los adultos hacen, por ello es uno de los primeros lugares por donde se deben presentar campañas de prevención. (Bejos, 2016). Sin embargo, la presencia de situaciones de riesgo, la escasa supervisión paterna, el abuso de sustancias por los padres, compañeros o hermanos, la disponibilidad de drogas en la escuela y la pobreza, inciden en que se acelere y multipliquen la enfermedad de las adicciones, en este caso se debe trabajar sobre factores protectores, un adecuado control de impulsos, la supervisión paterna, la competencia académica, el uso de políticas antidroga y sólidas redes de apoyo, entre otros.

Entre los factores externos están los socioculturales o contextuales, siendo éstos incluyen la disponibilidad de las drogas, la privación económica, las normas y leyes de la comunidad, y la existencia de un vecindario desorganizado, entre los individuales e interpersonales están los fisiológicos, actitudes familiares hacia el consumo de drogas nocivas, prácticas de dirección familiar pobres o inconsistentes, conflicto familiar, escasa vinculación a la familia, problemas de conducta tempranos y duraderos, fracaso escolar, rechazo del grupo de iguales en los primeros cursos, enajenación y rebeldía, actitudes favorables al consumo de drogas asociadas con el abandono se asocian a mayor experimentación con las drogas. (Costoya & Arroyo, 2018).

Otros autores como Costas & Gómez, (2014), concluyen en sus investigaciones que las familias con farmacodependientes necesitan de un contexto de atención diferente, donde la parte psicológica no solo individual, sino que grupal deben ir en ambas direcciones, y antes de establecer estrategias para su rehabilitación es necesario tener en cuenta sus características es decir: mala integración; separación de los padres; muerte de alguno de los padres; familias poco afectivas; conflictos económicos en mayor o menor grado; relaciones conflictivas entre padres e hijos; abandono temprano del hogar por parte del adicto; antecedentes patológicos y de adicción en la familia; transmisión inadecuada de valores, normas y patrones de conducta, y conflictos continuos entre alianzas o coaliciones visibles. (Fernandez, Dema, Fontanil, 2018).

En el Ecuador este problema de salud se debe a varios factores causales, donde la familia es uno de los principales, como lo establece (Jaramillo, 2016), en una investigación realizada en varios centros de rehabilitación del país, que determina como principales:

- La carencia del apoyo familiar, pues la ausencia de uno o ambos padres no solo física sino también emocional, las dificultades económicas, violencia intrafamiliar, además del sentimiento de abandono, soledad motivó el inicio del consumo de drogas, que los llevaron a cometer alguna infracción y, por consiguiente, a la institucionalización.
- El aumento de la responsabilidad de los adolescentes, delegada por sus padres, no consecuente con lo que se espera, de acuerdo con sus edades cronológicas. Esto en muchos casos por la situación económica de las familias y la necesidad de llevar alimentos a la familia, generando riesgos sociales que favorecer una mala o innecesaria interacción con otros factores como compañías inadecuadas y la disponibilidad de las drogas.

## **TRABAJO SOCIAL Y DROGA**

El Trabajo social como profesión está involucrada en todas las situaciones de la sociedad, en las diversas áreas: Social, Salud, Educación, Laboral, Vivienda, Rehabilitación entre otros (Jaramillo, 2016), así como en los niveles: Individual, familiar y grupal; en el caso de las drogas no está exento de su intervención, sino que más bien es considerado pilar fundamental del equipo interdisciplinario encargado de generar, articular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos para atender, rehabilitar, prevenir y promocionar el no uso de las drogas y como estas inciden en las personas, sus familias y entorno, siendo considerado como un articulador holístico entre los demás profesionales para garantizar un buen proceso de intervención, (Chagas y Fernandez, 2013).

En este sentido la intervención del Trabajo Social en América Latina, está relacionada no solo en la atención a la enfermedad física o biológica, sino que al impacto que esta genera en el individuo y su grupo de convivencia familiar, donde un equipo de profesionales de diversas áreas atiende lo que se conoce como la dimensión social de la salud, (Ander-Egg, 1996). Por ende, el Trabajador Social sanitario forma parte de un equipo de salud, con roles específicos sobre todo a al momento de generar una mirada global de la salud y la enfermedad no solo individual sino familiar y comunitaria, convirtiéndose en una constante, por las mismas condiciones estructurales que genera la enfermedad, y como los factores protectores pueden contribuir a las garantías de salud y mejor calidad de vida de la población. (Montesino, 2008).

Por todo esto la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario están enfocados y en como la enfermedad genera efectos psicosociales, para ello realiza dos procesos: investigación a través del diagnóstico y la evaluación así como de intervención a través de la planificación y ejecución. Todo esto fusionado con metodologías, métodos, técnicas e instrumentos apropiados y articulados con todo el equipo interdisciplinario que garantiza la consecución de los fines propuestos y la contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas y por ende alcanzar su bienestar. (Colom, 2008).

Este proceso metodológico permite abarcar una o todas las funciones básicas del trabajador social: Atención, Rehabilitación, Promoción y Prevención, en sus tres niveles de actuación: individual, grupal y comunitaria, (Ituarte, 2004), esto le permite identificar las necesidades y problemáticas sociales, generan redes de apoyo que soportan y ayudan a la persona enferma: en el hogar, en el trabajo, en la escuela. (Hernández, 1997), se apropia de una dimensión política, promueve acciones ciudadanas en favor de la salud y la vida digna (Mejía, 1996). Por ello el impacto de la profesión es visible y repercute en los niveles de socioeconómicos, culturales, políticos, educacionales, entre otros. (Quintero, 2007)

Ya en el campo de la salud en el ámbito de las drogodependencias los profesionales del trabajo social junto a otros profesionales constituyen el conjunto “mediadores sociales” como núcleo básico capaz de desarrollar una estrategia preventiva en el ámbito comunitario. (Jasso, López, & Días, 2016), éstos profesionales son quienes tienen el primer acercamiento con el paciente y sus necesidades, realizan investigaciones en el entorno de los pacientes y analizan las causales de la adicción, luego diseñan estrategias sobre todo en el ámbito comunitario capaces de informar, prevenir y actuar coordinadamente junto a otros profesionales y sectores. (La Sociedad, 2019); el trabajo con las familias del adicto es de rehabilitación, intentando con los recursos del medio promover la práctica de sanación social ocasionado por las adicciones, sobre todo en el sistema familiar donde luego será reinsertado el paciente el cual debe contar con garantías necesarias y suficientes para evitar las recaídas y en todo caso lograr su recuperación total. (Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero & Sierra, 2015).

El Trabajo Social en su proceso de reconceptualización ha dejado claro las conceptualizaciones sobre su rol dentro del campo de las adicciones, en el caso de Glasgow (1979) con una muestra de 351 casos, concluyó que el 25% del trabajo realizado estaba relacionado con las adicciones, ampliando los resultados según el área geográfica o a que se les haya dado o no un curso informativo sobre el alcohol, previo a la realización del estudio. (LECKIE, 1980), estos resultados evidencian que los trabajadores sociales tienen una posición única para prevenir y hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad, y entre las causas que les posibilita llegar al mismo, genera múltiples causas como: la preparación del profesional, el cual debe estar preparado técnica, metodológica y emocionalmente para intervenir en estos casos, lo importante que es tener claro las necesidades y los recursos con los que cuenta al momento de realizar una intervención sobre todo en el campo familiar, económico, vivienda, atención infantil, delincuencia, entre otros.

La observación también es importante, pues el adicto es reconocido como tal cuando ya no hay mucho que hacer, por eso las funciones de prevención y promoción tienen que ir delineadas en una comunicación asertiva y acorde al contexto donde se ubican la familia y los pacientes. (Institutos Nacionales de la Salud, 2010). EL autor Costoya & Arroyo (2018), insiste que solo la práctica profesional garantiza el desarrollo de las destrezas y habilidades en sus intervenciones,



adquiriendo el compromiso y la responsabilidad de organizar las acciones que permitan rehabilitarlos e insertarlo de nuevo a la sociedad.

En este ámbito la familia del paciente con adicción también está enferma, por eso se debe trabajar con ellos en el proceso de rehabilitación, pues esta se ve afectada gravemente durante todo el periodo en que se desarrolló la adicción, (Macias, Cedeño & Menéndez, 2018); y es necesario que la intervención se realice también con ellos, ya que también necesitan recuperarse y vivir una nueva vida, libre de adicciones y con una mejora calidad de vida. Es necesario restablecer los derechos de vivir sanos, de crear lazos afectivos y sociales buenos, así como de insumos necesarios para apoyar a la integración total del usuario de manera correcta, estable y razonable, sobre todo. (Moreno, Villatoro, Bustos, Fregoso, Mujica, Amador & Medina-Mora., 2013).

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS**

La investigación realizada fue de mixta con un enfoque cuali – cuantitativo, con una metodología diagnóstica - participativa, con los métodos deductivo, analítico y estadístico, así como de las técnicas bibliográfica que permitió la obtención de información relevante desde la perspectiva de diferentes autores, se realizó una entrevista estructurada a la totalidad de Trabajadoras sociales de los clínicas de rehabilitación, para la aplicación de encuestas se tomó una muestra aleatoria no probabilística de 60 pacientes divididos en los tres centros; a través del método estadístico se procesó los datos obtenidos para su presentación y análisis, lo que permitió llegar a las conclusiones del trabajo

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales que laboran en los centros de Rehabilitación de Drogodependencia del CETAD del cantón Portoviejo, todas ellas son de sexo femenino y tienen entre tres meses y dos años laborando para uno de estos centros, sus experiencias en el ámbito de salud y rehabilitación no eran amplias, pero desde que trabajan en estas áreas han estado capacitándose y formándose para brindar calidad y calidez en la atención, pues están conscientes que su accionar necesita y exige de destrezas y habilidades, pues no solo es trabajar con el paciente sino que también con la familia, la cual es considerada un pilar fundamental para los procesos de recuperación. Entre sus funciones específicas dentro del equipo interdisciplinario están las de prevención, atención y rehabilitación, (Tabla No. 1) con ello se conjugan otras actividades asignadas dentro de los centros, donde la organización del tiempo, el trabajo planificado, el respeto a los demás, la empatía, y las actitudes y aptitudes aplicadas en el mismo son necesarias e importantes. Se menciona como protocolo de atención los que se detallan a continuación:

- ✓ Acogimiento del paciente solicitando la documentación correspondiente
- ✓ Entrevista: esta se da tanto al paciente como a la familia, en relación a su situación socioeconómica, familiar y laboral, a partir del cual se elaborará el diagnóstico social de manera integral.
- ✓ Evolución en la Historia Clínica: se da el registro de la intervención del trabajo social en la atención de cada uno de los casos.
- ✓ El Trabajador social como parte de un equipo multidisciplinario realiza las visitas en conjunto con el psicólogo clínico, orientador, y rehabilitador como seguimiento, acompañamiento y orientación según las necesidades y los recursos que dispongan.
- ✓ El acompañamiento social en las terapias tanto individuales como familiares, para poder realizar observaciones y análisis de las situaciones, sus avances, su realidad, que luego presentará a través de informe a quien corresponda.
- ✓ Las trabajadoras sociales realizan visitas domiciliarias cuando el caso lo amerite y bajo la coordinación de todo el equipo interdisciplinario.
- ✓ Elaboración de informes sociales para apoyar la solicitud de los demás miembros del equipo multidisciplinario.

- ✓ Entre otras funciones se encuentra la gestión de trámites que permitan las respuestas inmediatas a la atención de salud del paciente, por ello debe mantener una relación y coordinación con las demás entidades de salud sean públicas o privadas.

El tiempo que demora una intervención del trabajo social con los pacientes se dividen en dos partes una que se realiza cuando son internos y la otra que se la realiza en un tiempo entre seis meses y año de seguimiento cuando son insertados en la sociedad, todo está en relación con el avance del tratamiento, los resultados del proceso de inserción de los mismos, así como de la calidad de vida que lleven ellos.

Los pacientes que atienden a diario están en promedio de cinco a ocho, no todos están internos, en muchos casos se trabaja de manera articulada con el Consejo de Protección de Derechos y en algunos casos se realizan acogimiento externo a personas que están en el consumo pero que aún no se los considera externos como para ser intervenidos, ellas contribuyen con este equipo interdisciplinario y también brindan su contingente sobre todo para realizar informes sociales, y efectuar actividades como visitas domiciliarias, entrevistas personas y familiares, investigaciones sobre las condiciones de vida, observación directa de la realidad en las que están inmersas y contactos y gestiones con otras instancias para proponerles alternativas de intervención, así como seguimiento oportunos a todos los casos. ¿Una de las preguntas realizadas fue Cuántos de los pacientes que han sido reinsertados ya se le ha dado el alta definitiva?, en este aspecto ellas manifestaron que de todos los casos que han sido atendidos en las clínicas 28 ya están dados de alta es decir ya no están siendo parte del proceso de recuperación, y hasta la actualidad no se presentan situaciones de recaídas.

Todo este apartado hace evidenciar que la intención del Trabajador Social en este ámbito es el Sanitario, donde su rol es claro y relevante dentro de los equipos interdisciplinarios, sobre todo porque identifican los factores de prevalencia de la enfermedad en todo el contexto donde se desarrolla el paciente, así como la conexión con los diversos programas de asistencia social acordes a su realidad, siendo representativa todas sus acciones, esto se corrobora con lo que manifiesta Monrós & Zafra (2012) donde indica que el trabajador social sanitario es parte de un equipo, por las destrezas y habilidades para reconocer las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad.

Tabla No. 1

*Resumen de las funciones, los Roles y actividades que desarrolla el Trabajo Social en las Clínicas de Rehabilitación de Drogodependencia CETAD de la ciudad de Portoviejo.*

FUNCIONES	ROLES	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS
Atención	Asistencia	Acogida del paciente y la familia	Ficha social Historia social Historia clínica
	Acompañamiento	Registro de avances del tratamiento. Acompañamiento social	Visitas domiciliarias Ruta de procesos Informe social
Rehabilitación	Gestión	Coordinación de tratamientos dentro y fuera del Centro Elaboración de una ruta de procesos Planificación de actividades individuales, grupales y familiares para la	Plan de trabajo individual, grupal y comunitario.  Registro de actividades  Bitácora de procesos.

		rehabilitación.	
	Educador	Elaboración de documentos junto con el equipo interdisciplinario de temas inherentes a la rehabilitación	Manual informativo y de comunicación,
	Evaluador	Ejecuta un plan de evaluación definido previamente en sus tres momentos antes, durante y después.	Matriz de evaluación
Prevención y Promoción	Investigación	Realiza trabajos empíricos para entender la problemáticas de los pacientes y sus familiares y promover estrategias de intervención que tengan el impacto deseado.	Proyecto e informe de investigación
	Gestión	Busca los recursos necesarios para la implementación de los programas de rehabilitación tanto internos como externos.	Ruta de procesos Convenios específicos Bitácora de actividades
	Planificación	Elabora planes de trabajo en razón de campañas y compromete a las organizaciones para que puedan ser partícipes del proceso	Planificación de actividades diarias, mensuales, semestrales y anuales.
	Orientación	Realiza acompañamiento y seguimientos a los diversos procesos de prevención en temas de drogas coordinando con el equipo del centro así como demás instituciones que requieren de la intervención.	Planificación de actividades diarias, mensuales, semestrales y anuales.  Bitácoras de actividades.

Fuente: Trabajadoras Sociales del centro de atención del CETAD

Responsable: Los autores.

En la entrevista aplicada a los familiares de los pacientes que asisten a los centros de rehabilitación coordinados por el CETAD en Portoviejo, se identificó que el tipo de lazos familiares que les unen con los pacientes el 45% son hijos, jóvenes que no pasan de los 30 años de edad, el 25% son esposos y/o convivientes en edades entre los 30 y 55 años de edad, 16% son tíos, primos y/o cuñados que están en proceso de recuperación y que estas familias asumen su cuidado y un 14% están solos, no tienen familias que lo representen y más bien han ido por voluntad propia y en casi todos los casos de este porcentaje asumen sus gastos de rehabilitación.

El nivel de clase social de las familias es de clase media baja en un 60%, pero el otro 40% es de clase media alta, las familias sostienen que prefieren las clínicas que están bajo las normativas de regulación, control y gestión del CETAD, pues tienen garantías y han demostrado que sus tratamientos funcionan y son sostenibles y sustentables en el tiempo y el espacio.

El tiempo de internamiento que tienen los pacientes el 45% están ya así un año, consideran que seis meses es muy poco tiempo, el 25% tiene más de un año y se han quedado en algunos casos como voluntarios y colaboradores en las diversas actividades del centro, y de paso participan de las terapias grupales, contribuyen económicamente en la manutención del lugar y así mismo hacen los papeles de guías, acompañantes, orientadores al resto de los internados. El 30% asisten al centro de día y son parte de los tratamientos, esto lo consiguen cuando se sienten seguros y

preparados para estar en el entorno externo de la clínica y con la familia preparada para recibirlo y apoyarlos en su reintegro social.

De este número de encuestados el 30% han recaído y están por segunda y en muchas ocasiones por tercera vez internados en menos de cinco años, esto consideran que es consecuencia de la escasa o poca capacitación que se tiene en el exterior para atender a sus necesidades y también de ellos que no tienen un equilibrio emocional para decir que no al uso de las sustancias y afrontar las situaciones de la vida de forma diferente que no sea refugiándose en esta enfermedad.

El CETAD tiene un equipo interdisciplinario conformado por dos médicos generales, tres psicológicos clínicos, tres trabajadores sociales, dos facilitadores comunitarios, todos formados y capacitados para atender a las personas con problemas de adicción y sus familias, trabajan en terapias individuales, tratamientos médicos de salud, terapias familiares y grupales dentro y fuera del Centro, así como en los campamentos de gestión y formación que les invita sobre todo a realizar campañas permanentes a nivel de instituciones educativas, labores, sociales donde la presencia de las personas es masiva y permanente para a través de diferentes medios de comunicación generar conocimiento sobre el tema y generar conciencia social sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas.

El mismo Gobierno Autónomo Descentralizado de Portoviejo tiene dentro de sus actividades en el Plan Operativo Anual diferentes actividades encaminadas a reducir, prevenir si fuera posible en lo posterior erradicar el consumo de sustancias estupefacientes en el cantón. Además, el área de bienestar social está trabajando para certificar al municipio con la nominación "Municipio Saludable", y para ello debe garantizar que en el cantón no se usa estas sustancias, ni siquiera fumar y tomar en espacios públicos y de libres accesos a las personas. Se está realizando investigaciones sobre el tema pues se tiene previsto presentar una ordenanza que permite regular, armonizar y hacer tomar conciencia ciudadana de las consecuencias de abuso de consumo de los mismos, con actividades concretas y con sanciones si no se cumplen las medidas previstas dentro de la misma para lograr el objetivo propuesto.

## **CONCLUSIONES**

Las competencias profesionales de los trabajadores sociales con las familias de los pacientes drogodependientes en el CETAD de Portoviejo están en función de las acciones que cada centro de rehabilitación establece, pero entre las consideradas como propias para todos las saber hacer que tiene relación con la estructura, ejecución y planificación de acciones que permitan y propuesta formación y capacitación a los miembros de la misma, en temas de atención, comunicación, promoción y acompañamiento a los pacientes cuando son integrados a sus familias, de la misma manera otra de las acciones que también le competen está el hecho de ser promotor ante la sociedad sobre los procesos de adaptación y cambio que tienen los enfermos en drogadicción, de los derechos que poseen a tener oportunidades que le permitan desenvolverse en el medio, de la responsabilidad social generada al ser parte de la misma y de las garantías civiles, sociales, culturales y estructurales de las personas establecidas en la Constitución del Ecuador a tener una calidad de vida digna que le permita y posibilite un Bienestar Social.

## **BIBLIOGRAFIA**

Ander-Egg, E. (1996). Introducción al trabajo social (2nd ed.). Madrid: Siglo Veintiuno.

Argudo, E., & Quesada, V. (2017). Una Visión desde el trabajo social a las adicciones (Tercer Nivel: Licenciada en Trabajo Social). Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, Carrera de Trabajo Social.

- Armijos, D., & Quesada, V. (2015). La Drogadicción Juvenil en el Cantón Cuenca: Un problema Social (Tercer nivel: Licenciada en Trabajo Social). Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, Carrera de Trabajo Social.
- Barcelona: UOC. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedades renales. Estadísticas mundiales. Factográfico de Salud [Internet]. 2016Feb [citado 12 marzo 2018];2(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf>
- Barrios, Y., & Verdecía, M. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción Y Ciencia*, 4(1). doi: ISSN: 2172-6450
- Bejos, M. (2016). Familia y adicciones. *Liberaddictus*.
- Castro, C., y Garcia-Castilla, J. (2013). La influencia de la familia en el desarrollo y adquisición
- Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Perú: Alessandra Canessa.
- Chagas, E., & Fernandez, J. (2013). Trabajo Social con familias; Un estudio comparado sobre la Intervención en los CRAS de Fortaleza. CE. Brasil y en los CSS de Barcelona - ES (Cuanto Nivel: Doctorado). Universitat de Barcelona, facultad de Pedagogía, Departamento de trabajo Social y Servicios Sociales.
- Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y especializada. Teoría y
- Colom, D. (2011). El Trabajo social sanitario: los procedimientos, los protocolos y los procesos.
- Colom, M. D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad
- Costa, M., & Gómez, R. (2014). Funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación (Tercer nivel: Licenciatura en Psicología). Universidad Abierta Interamericana.
- Costoya, À., & Arroyo, Á. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: recuperar el territorio colaborando. *Revista De Educacion Social*, 26(2). doi: ISSN 16989007 de actitudes violentas. *Trabajo Social Hoy*, 69, 21-30
- Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. Comunitaria. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 0(13), 101-120. doi:<https://doi.org/10.5944/comunitania.13.5>
- Fantin, M., & Garcia, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 193-214.
- Federación Colombiana De Trabajadores Sociales, FECTS. (2009) Estatutos: artículo 1. Cali: FECTS,
- Fernández Garcia, T. (2017). Trabajo social con casos (5th ed., pp. 85-103). Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Fernández Rodríguez, M., Dema Moreno, S., & Fontanil Gómez, Y. (2018). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. doi: 10.20882/adicciones.1003

- Fernández, T., & Ponce, L. (2014). *Nociones básicas de trabajo social*. Madrid: UNED, Ediciones Académicas.
- Flores, J., & Montiel, M. "El Rol Del Trabajador Social En Los Actuales Escenarios Del Sector, Salud" -Una Perspectiva Internacional XV Seminario Latinoamericano Del Trabajo SOCIAL "Nuevos Escenarios Del Trabajo Social En América Latina". Ponencia, El Salvador.
- García, J. (2003). *FAMILIA Y DROGAS: ASPECTOS PSICOSOCIALES*. SOCIOTAM, (Vol. 13).
- González, M., Reyes, L., & Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de Drogas en los Adolescentes de Xalapa Veracruz. *Revista Electronica De Psicologia Iztacala*, 12(1).
- González, A. (2008). *Salud: campos de actuación profesional*. Bogotá: Fundación Universitaria <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>
- Institutos Nacionales de la Salud. (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción*. Estados Unidos: NIH Publicación No. 10-4180(S).
- Jaramillo, J. (2016). *Terapia familiar estructurada y sentido de comunidad dentro de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencias (Tercer nivel: Licenciatura de Psicología Clínica)*. Universidad San Francisco de Quito.
- Jasso Medrano, J., López Rosales, F., & Díaz Loving, R. (2016). *Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil*.
- La Sociedad. (2019). *El trabajo social, imprescindible en la intervención de la persona con adicción [In person]*. Madrid.
- Macías J. Cedeño, M. Menéndez, F. (2018) "El trabajo social sanitario: un análisis en los centros de diálisis del Cantón Portoviejo", *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* (marzo 2018). En línea: [//www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/trabajo-social-sanitario.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/trabajo-social-sanitario.html)
- Matos, J., López, P., Ramírez, M., & Alba, R. (2016). *Intervención educativa en familiares de pacientes alcohólicos*. *Revista Información Científica*, 95(3). doi: ISSN 1028-9933
- Moreno M, Fleiz C, Villatoro J, Oliva N, Bustos M, Fregoso D, Mujica A, Amador N, Medina-Mora ME. (2013). *¿Y la familia? Su papel en la prevención del consumo de drogas: Resumen Ejecutivo*. México DF.: INPRFM, IAPA, AFSEDF.
- Muñoz, J., & Vilas, L. (2013). *Trabajo Social y Alcohol: Estudio Comparativo del Modelo Francés y español (Tercer Nivel: Licenciatura en Trabajo Social)*. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencia Sociales y del Trabajo, Grado en Trabajo social.
- Sáenz, I., & Medici, S. (2010). *La Relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y adolescencia (Tercer nivel: Licenciatura en Psicología)*. Universidad Abierta Interamericana.
- Secretaría Técnica de Drogas, Ministerio de Trabajo, & Ministerio de Salud Pública. (2015). *Programa integral de prevención y reducción del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el ámbito laboral*. Quito: Ministerio de Salud Pública. servicios sociales, (47), 109-119. Recuperado de
- Torres, L. (2007). *EL Adicto y la familia en recuperación*. Nudando. *Revista CES Psicología*. Volumen 2, Número 2. pp. 86-94

Vargas, P., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J., & Sierra, M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 44(3), 166-176. Retrieved from <http://www.elsevier.es/rcp>

Zapata, M. (2009) *La Familia, Soporte Para La Recuperación De La Adicción A Las Drogas*